



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# Motivationsarbete under covid-19 pandemin

Vårdgivares erfarenheter vid en  
öppenvårdsmottagning för patienter med samsjuklighet  
och alkohol- och drogproblematik

Jill Lundberg

Examensarbete för hälso- och sjukvårdskuratorsexamen  
SAHS05  
VT 2021  
Handledare: Åsa Ritenius Manjer

# Abstract

Author(s): Jill Lundberg

Title: Motivational work during the covid-19 pandemic – caregivers' experiences at a clinic for patient with comorbidity and alcohol- and drug problems

Supervisor: Åsa Ritenius Manjer

Assessor: Alexandru Panican

The purpose of the study is to investigate caregivers' experiences of motivational work under limited conditions for physical meetings with patients who have addiction problems. The intention was to gain a deeper understanding of what advantages and disadvantages this has entailed. Qualitative content analysis of semi-structured interviews was performed. Eight caregivers from a clinic for addictive disorders were interviewed. The conclusion of the study was that caregivers felt that in some cases it was more difficult to conduct motivational work over the telephone. Some difficult-to-motivate patients were considered to need physical appointments, but in some cases the telephone contact provided an opportunity to establish contact with patients who would otherwise be discharged from the clinic due to missed visits. The results also showed that telephone contact with patient who was motivated to stop using drugs worked well. Many of the caregivers wished to combine physical visits with telephone visits in the future.

# Innehållsförteckning

<b>Kapitel 1. Inledning.....</b>	<b>5</b>
Syfte.....	6
Frågeställningar.....	6
<b>Kapitel 2. Bakgrund.....</b>	<b>7</b>
Beroendesjukdomar – ett allvarligt problem för samhälle och individ.....	7
Riskbruk, kontra missbruk och beroende.....	7
Många sätt att förstå och förklara missbruk och beroende av alkohol och/eller droger.....	8
Samsjuklighet vid missbruk- och beroendeproblematik.....	9
Lagstiftning för missbruk- och beroendevård.....	9
Samverkan.....	10
Betydelsefulla faktorer för att bryta ett drogberoende.....	10
Motivation, samt inre och yttre motivationsfaktorer.....	11
Ambivalens och förändring.....	11
<b>Kapitel 3. Kunskapsläge.....</b>	<b>12</b>
Motiverande samtal.....	12
Betydelsefulla faktorer för tillfrisknandet från alkohol- och drogmissbruk.....	13
Behandlares och patienters erfarenheter av internetbaserad missbruksbehandling.....	14
<b>Kapitel 4. Teoretiska perspektiv.....</b>	<b>15</b>
Latent/manifest motivation.....	15
Motivationsrelationen.....	16
Motivationsrelationens sex grundstenar.....	16
Transteoretiska modellen.....	17
<b>Kapitel 5. Metod och metodologiska överväganden.....</b>	<b>19</b>
Val av metod.....	19
Deltagare och urvalsprocess.....	21
Empiri.....	21
De praktiska detaljerna kring intervjuundersökningen.....	22
Utförandet av intervjuerna.....	23
Analys.....	23
Studiens tillförlitlighet och begränsningar.....	24
Forskningsetiska krav.....	24

<b>Kapitel 6. Resultat</b> .....	<b>25</b>
Omställningen från fysiska patientbesök till patientkontakter via telefon.....	25
Förlusten av det sociala utbytet.....	27
Uteblivna alkohol- och drogprovers påverkan på motivationsarbetet.....	29
Förlusten av den okulära bedömningen.....	30
Svårigheter med latent motiverade patienter över telefon.....	31
Fördelar med latent motiverade patienter över telefon.....	33
Bristen på yttre motivationsfaktorer – en utmaning för alla.....	34
<b>Kapitel 7. Diskussion</b> .....	<b>36</b>
Slutdiskussion.....	38
Referenser.....	39
Bilaga 1. Informationsbrev.....	48
Bilaga 2. Intervjuguide.....	49
Bilaga 3. Klassificeringssystem för missbruk och beroende.....	50
Bilaga 4. Exempel ur analysprocessen.....	51

## **Kapitel 1. Inledning**

Missbruk och beroende av alkohol och narkotika är ett allvarligt problem som orsakar negativa konsekvenser för såväl samhälle, som för personen med beroendeproblematik och dennes anhöriga (Johnson, et al. 2017). Alkohol- och drogberoende handlar om när en person överdrivet använder en sinnesförändrande substans och som trots dess negativa konsekvenser är oförmögen att på egen hand bryta sitt missbruk (ibid.). I dessa fall krävs ofta behandlingsinsatser från samhället. Trots att missbrukets konsekvenser kan vara en motiverande faktor för att sluta med droger kan den som missbrukar vara ambivalent inför beslutet att göra en livsstilsförändring (Kristianssen, 1999; Prochaska & Diclementes, 1982). Den som söker vård för sin beroendeproblematik kan behöva stöd i att finna och bibehålla sin motivation inför denna förändring.

Vid den öppenvårdsmottagning för beroendesjukdomar där min verksamhetsförlagda utbildning genomförts är mötet mellan patienten och vårdgivaren i fokus. Här avses vårdgivaren vara sjukhuskuratorer och/eller sjuksköterskor. Detta innebär bland annat stödsamtal med inslag av motiverande samtal och återfallsprevention och sker oftast individuellt men ibland också i grupp. Parallellt med samtalskontakten tillhandahåller mottagningen även alkohol- och drogprover. Utifrån patientens behov kan vårdkontakten också innebära farmakologisk behandling och möjlighet till psykologutredningar. För goda behandlingsresultat framhålls patientens motivation och behandlingsrelationen som viktiga (Öjehagen & Cruce, 2010). Detta ställer krav på vårdgivaren att dels kunna skapa en tillitsfull och bärande allians, dels att väcka och bibehålla den hjälpsökandes motivation och stödja patienten i dennes förändringsprocess.

Den 10 mars 2020 bedömde Folkhälsomyndigheten att det förelåg en smittspridning av covid-19 virus (SARS-coV-2) i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2020) och under våren fick det svenska hälso- och sjukvårdssystemet ställa om på grund av utbrottet av covid-19. Detta innebar bland annat ett minskat antal genomförda besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården i stort (Socialstyrelsen, 2020). Effekterna av pandemin är mångdimensionella och har påverkat olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet på olika sätt (ibid.). Under 2020 var det flera regioner som påbörjade en digitalisering av vårdtjänster för att göra vården mer tillgänglig. En sammanställning från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) visar att användningen av regioners egna digitala tjänster nästan tiodubblats under de första månaderna under 2020. På många vårdinrättningar ersattes de fysiska besöken med telefonsamtal. Flera

samhällsinsatser såsom möjligheten till praktik för arbetslösa, sysselsättning och sociala aktiviteter, vilka kan ses som yttre motivationsfaktorer har varit begränsade till följd av restriktionerna (Hein, 2012). Förutsättningarna för en person med allvarlig beroendeproblematik att göra en livsstilsförändring under rådande omständigheter antas ha varit svårare på grund av svårigheterna att komma igång i arbete, hitta nya sociala sammanhang etc.

De förändrade förutsättningarna för behandling- och stödåtgärder i form av digital kontakt kan innebära både fördelar och nackdelar. Personer med svår beroendeproblematik lever ofta i social utsatthet och hemlöshet, som på olika sätt kan påverka tillgången till mobiltelefon och/eller dator (Johnson, et al. 2017). Således riskerar en redan sårbar grupp att gå miste om en kontinuitet i vård och stöd när den inte kan tillhandahållas på det traditionella sättet. Samtidigt har det digitala arbetssättet som fick införas inneburit att vården blivit mer lättillgänglig då patienterna inte längre behöver ta sig till mottagningen. Å andra sidan riskeras ramarna för samtalet att förändras. Samtal över telefon och videochatt kan innebära att den icke-verbala kommunikationen riskerar att missas. Även den kliniska bedömningen går förlorad, till exempel att se om patienten är synligt påverkad, klädsel, kroppsspråk etc. som kan vara betydelsefullt i bedömningen av patientens mående. Ändrade samtalsformer riskeras också att bli mer opersonliga när det fysiska mötet inte äger rum. Frågan är om det är möjligt att skapa en god behandlingsrelation och bedriva motivationsarbete utan fysiska personliga möten.

## **Syfte**

Syftet är att förstå och analysera vårdgivares erfarenheter av motivationsarbete med personer med alkohol- och/eller drogproblematik under begränsade förutsättningar för fysiska möten under pågående covid-19 pandemi.

## **Frågeställningar**

1. Hur upplever vårdgivarna att pandemin påverkat dem i det dagliga arbetet med att motivera och bidra till förändringsprocesser för patienter som behandlas för sin alkohol- och/eller drogproblematik?
2. Vilka för- och nackdelar har vårdgivarna upplevt att det nya arbetssättet under begränsade möjligheter för fysiska möten haft för motivationsarbetet med patienter med alkohol- och/eller drogproblematik?

## **Kapitel 2. Bakgrund**

Följande avsnitt ges som bakgrund för att skapa en förståelse för de konsekvenser som beroendesjukdomar kan innebära för såväl den som använder droger, de anhöriga och samhället i stort. Det finns många förklaringsmodeller för att förstå och förklara missbruk och beroende, som vart och ett bidrar till en ökad förståelse varför en del utvecklar missbruk- och beroendeproblematik. Förklaringsmodellerna är viktiga eftersom de kan stödja vårdgivaren att få en så välgrundad bild av patientens situation som möjligt, så att rätt insatser kan ges. Kapitlet tar också upp samsjuklighet vid missbruk och beroende av alkohol och narkotika, lagstiftning, samverkan och behandlingsinsatser (till exempel motiverande samtal).

### **Beroendesjukdomar – ett allvarligt problem för samhälle och individ**

Beroende kan innefatta sådant som inte är substansmissbruk i form av alkohol och droger, utan också överdrivna sätt att utöva en aktivitet på, till exempel tränings-, sex-, spel och matmissbruk. Kostnaderna för narkotikamissbruk i Sverige var enligt missbruksutredningen (2011) cirka 24 miljarder år 2008 (Socialstyrelsen, 2019). Av dessa utgjorde 26 procent kostnader för socialtjänst och hälso- och sjukvård (ibid.). Kostnader för statliga myndigheter (rättsväsende och förebyggande arbete) utgjorde 27 procent. Produktionsbortfall vid sjukskrivning och för tidig död och andra indirekta kostnader utgjorde 42 procent. De övriga 5 procenten är kostnader som uppstår i privat sektor, såsom företagshälsovård och försäkringskostnader. Kostnaderna för alkohol beräknas vara omkring 103 miljarder kronor (ibid.). Utöver de höga kostnaderna innebär beroendesjukdomar ofta ett stort psykiskt och fysiskt lidande, hemlöshet, trasiga relationer, följsjukdomar samt en hög dödlighet. Under 2018 dog 903 personer till följd av narkotikamissbruk (CAN, 2019) och 1941 personer till följd av alkoholmissbruk (Socialstyrelsen 2019).

### **Riskbruk, kontra missbruk och beroende**

När det handlar om problematisk användning av alkohol används ofta begreppen riskbruk, missbruk och beroende (Johnson, et al. 2017). Det kan vara svårt att dra gränsen mellan dessa fenomen, då de påverkas av individuell sårbarhet samt vilken nivå av skador som accepteras av samhället (ibid.). Gränsen för riskbruk i Sverige baseras på mängden alkohol som konsumeras under en vecka: för män anges 168 gram i veckan och för kvinnor 108 gram (ibid.). Vårdgivarna som intervjuas i denna undersökning riktar inte sina insatser till personer

med riskbruk, utan personer med beroendeproblematik. Med det avses personer som uppfyller kriterierna för missbruk och/eller beroende och som behöver professionellt stöd för att kunna bryta sitt missbruk. Två typer av klassificeringssystem används för att diagnostisera missbruk och beroende. Inom hälso- och sjukvården används ICD-10 (International statistical classification of diseases and related health problems) medan DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) oftare används inom psykiatri och forskning (CAN, 2020). Kriterier som kännetecknar missbruk och beroende enligt nämnda klassificeringssystem, se bilaga 3.

### **Många sätt att förstå och förklara missbruk och beroende av alkohol och/eller droger**

Förklaringsmodellerna kring missbruk och beroende har varierat över tid. Sällan finns det en förklaring som forskarna kan enas över. En del teorier kring missbruk och beroende av såväl alkohol som narkotika säger emot varandra (Billinger & Hübner, 2009). Genom biologiska, psykologiska, sociologiska, medicinska och antropologiska perspektiv har forskare försökt finna förklaringar för missbruk och beroende (Blomqvist, 2009). Uppfattningen kring missbruk skiljer sig inte bara inom forskarkretsar utan också bland missbrukarna själva, allmänheten och bland yrkesverksamma inom området (ibid.). En del hävdar att det är en sjukdom eller att en medfödd sårbarhet är orsaken. Andra pekar på karaktärssvaghet eller viljesvaghet och en del menar att missbruk och beroende bottnar i social utsatthet och är ett sätt att fly ifrån personliga och/eller psykiska problem (ibid.). Den varierande uppfattningen kring missbruk och beroende försvårar arbetet med behandling och insatser, samt försvårar samverkan mellan olika professioner (Blomqvist, 2009).

Insatserna kan till exempel vara av kategorierna psykoterapeutisk behandling, psykosocial behandling samt farmakologisk behandling (Bergmark & Oscarsson, 2000). Metoder som används inom dessa är psykodynamiskt orienterade metoder, tolvstegsmodellen, kognitiv beteendeterapi, MI (motivational interviewing) och läkemedelsbaserade metoder, till exempel antabus (ibid.). Det är svårt att hävda någon specifik psykosocial behandling som mer effektiv än någon annan för att behandla missbruk (Öjehagen & Cruce, 2010). Däremot betonas behandlingsrelationens roll samt patientens motivation som viktiga för behandlingsresultaten (Öjehagen & Cruce, 2010; Revstedt; 2014).



## **Samsjuklighet vid missbruk- och beroendeproblematik**

Samsjuklighet betyder att patienten uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar (Socialstyrelsen, 2019). Personer med missbruk- och beroendeproblematik har en förhöjd risk för olika former av psykisk ohälsa. Sambandet kan också vara det omvända, det vill säga att personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser har en ökad risk för beroende (ibid.). Det finns ett tydligt samband mellan personer som har ett skadligt bruk eller beroende och psykisk sjukdom. Den statliga missbruksutredningen som publicerades 2011 kartlade samsjukligheten i Sverige och konstaterades vara ett utbrett problem. Samsjuklighet försvårar diagnostik och behandling och kräver samverkan mellan inblandade aktörer såsom psykiatri och beroendevård.

## **Lagstiftning för missbruk- och beroendevård**

Socialtjänstlagen (SFS 2001:453), SoL utgör grunden för socialtjänstens verksamhet i Sverige och innehåller bestämmelser kring både socialt och ekonomiskt stöd samt övriga skyldigheter till kommuninvånarna. Socialtjänsten eftersträvar att utifrån demokratins och solidaritetens grund främja människors behov av ekonomisk och social trygghet och eftersträvar jämlikhet i levnadsvillkor och deltagande i samhället. Socialtjänstens verksamhet ska bygga på respekt för människors rätt till självbestämmande och integritet (Socialtjänstlagen 2001:453, 1 kap 1 §). Socialtjänsten har ett ansvar enligt 5 kap. 9 § SoL att aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som hen behöver för att komma ifrån missbruket. I samförstånd med den enskilde ska hjälpen och vården planeras, samt noga bevakas så att planen fullföljs (SoL 2001:453). Socialtjänstens arbete med människor med missbruksproblem utgår ifrån att motivera dessa att frivilligt ta emot vård (Fahlberg, Julin & Rundqvist, 2004).

Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (SFS 1988:870), LVM, är en tvingande subsidiär vårdlag som kompletterar SoL och tillämpas då den enskilda inte kan beredas frivillig vård. Syftet med lagen är att bryta den enskildes destruktiva missbruk och motivera denne att frivilligt ta emot vård (Fahlberg, 2006). LVM kan bli aktuellt om en individ har ett varaktigt missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel. Därtill behöver ett eller flera av följande indikationer uppfyllas:

- individen utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
- individen löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
- kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

## **Samverkan**

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett ansvar att erbjuda god vård för personer med missbruk. Behovet av samverkan kan förklaras av den ökade komplexiteten avseende patienternas behov och därmed ökad efterfrågan på välfärdstjänster (Axelsson & Axelsson, 2006). Inom olika professioner och samhällsfunktioner har det skett en ökad specialisering, vilket lett till en uppdelning av insatserna (Nordström, 2016). Till exempel kan det för en patient som har insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten finnas ett samverkansbehov för att undvika otydlighet kring vem som bär huvudansvar och att patienten hänvisas mellan verksamheter. I strävan efter att kunna erbjuda stöd och god vård krävs att alla inblandade verksamheter har en strukturerad samverkan (ibid.). Ofta är personer som söker vård som mest motiverade i det initiala skedet då de nyligen sökt vård, vilket gör det viktigt att insatser från samtliga hjälpinsatser sätts igång omgående (Öjehagen, 2011). För patienter som både har missbruksproblematik samt lider av psykisk ohälsa är en välfungerande samverkan särskilt viktigt då dessa ofta har kontakter inom såväl kommun som landsting (ibid.).

Patienten spelar en viktig roll i planeringen (Inspektionen för vård och omsorg, 2016). Att patienten är delaktig och bestämmer kring sin vård är viktigt utifrån flera faktorer. Dels är det lagstadgat att patienten ska vara en del i planeringen av sin vård, dels är det viktigt i missbruksärenden då patientarbetet syftar till beteendeförändring. Patientens inflytande och självbestämmande över vården ökar sannolikheten för att behandlingen ska lyckas, eftersom vården blir individanpassad och sker i enlighet med patientens egna önskemål. Detta bidrar till en säkrare vård, ökad följsamhet och förbättrade behandlingsresultat (ibid.).

## **Betydelsefulla faktorer för att bryta ett drogberoende**

Långvarigt beroende av droger leder ofta till negativa konsekvenser för individen (Kristianssen, 1999). Konsekvenserna är varierande men kan röra sig om psykiska, fysiska, sociala eller ekonomiska problem. Trots dess negativa påverkan i personens liv kan konsekvenserna vara motiverande faktorer som skapar en viljekraft hos individen att vilja lämna missbruket bakom sig. Kristianssen (1999) använder begreppet ”rock bottom” och förklarar detta som en existentiell kris där den som missbrukar upplever att den nått botten och har ett behov och önskan om att förändra sitt liv. Vändpunkter för drogberoende kan enligt Kristianssen (1999) handla om att man blir förälskad i någon som inte missbrukar, börjar umgås med vänner som inte missbrukar, blir antagen till en utbildning, arbete, samt

religiösa eller spirituella upplevelser. Johansson et al. (2009) beskriver vändpunkter för missbruk som ett tillfälle då den drogberoende stannar upp och tar en paus för att välja en ny riktning i livet. Detta kan handla om att personen blir tvungen att ifrågasätta sin inställning till livet, sina rutiner och sin hållning. Dessa vändpunkter beskrivs ofta med en efterföljande känsla av lättnad och en upplevelse av ett mer betydelsefullt livsinnehåll än tidigare (ibid.).

### **Motivation, samt inre och yttre motivationsfaktorer**

Begreppet motivation har olika definitioner och förklaringar. Synonymer till detta ord är drivkraft, intresse, viljeinriktning, inspiration, lust, ambition etc. Flertalet definitioner utgår ifrån att motivation handlar om någon form av rörelse och förändring av beteenden (Johnson m.fl., 2000; Jenner, 2004; Revstedt, 1995; Karlsson, 1998). Karlsson (1998:271) menar att motivation går att se som ”... *en inre process som påverkar beteendens inriktning, styrka och uthållighet*”. Hein (2012:12) beskriver motivation som ”... *de faktorer hos en individ som väcker, kanaliserar och bevarar ett visst beteende gentemot ett givet mål*”. Hein (2012) menar att denna definition är bred, men att motivation också kan innebära ett emotionellt eller psykologiskt tillstånd.

Det finns både inre och yttre motivationsfaktorer. Den inre motivationen är den egna drivkraften att göra något då man finner själva aktiviteten i sig tillfredställande. Yttre motivation handlar om de resultat som aktiviteten bidrar till, till exempel belöningar i form av pengar, beröm, etc. Det kan också handla om sådant som man vill undvika, till exempel påföljder eller bestraffningar (Hein, 2012).

### **Ambivalens och förändring**

Motiverande samtal framhålls som användbart i samtal med patienter som bland annat har missbruksproblematik då det kan främja beteendeförändringar hos individen, samt minska drogbegär (Söderlund, 2010; Walker, et al., 2011, Aldemir, Berk & Coskunal, 2018).

Samtalets huvudsakliga fokus är att starta en förändringsprocess hos patienten, genom att denne till exempel börjar ifrågasätta sitt droganvändande och känner motstridiga känslor inför sitt missbruk (Prochaska & Diclementes, 1982). Dessa motstridiga känslor är vad man i MI benämner *ambivalens* och den ses som en nödvändig faktor för förändring. Behandlaren undersöker ambivalensen tillsammans med patienten och kartlägger hur missbruket påverkar det vardagliga livet. Genom detta kan man urskilja hur situationen ser ut och hur väl det överensstämmer med patientens önskemål och värderingar (ibid.).

### **Kapitel 3. Kunskapsläge**

Studiens syfte är att undersöka vårdgivares erfarenheter av motivationsarbete med personer med alkohol- och/eller drogproblematik under begränsade förutsättningar för fysiska möten. Många yrkesverksamma inom både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten använder sig av ett MI-inspirerat förhållningssätt för att bedriva motivationsarbete. Därav bedömdes forskning kring motiverande samtal (MI) som relevant, vilket kommer presenteras i början av kapitlet. Därefter kommer ett stycke som handlar om betydelsefulla faktorer för tillfrisknade från alkohol- och drogmissbruk. Detta stycke ämnar belysa vikten av en god behandlingsrelation och viktiga behandlingsfaktorer. Slutligen redovisas forskning om behandlares och patienters erfarenheter av internetbaserad missbruksbehandling, för att ge en bild av hur en behandlingsform utan möjlighet till det fysiska mötet kan upplevas. Sökmotorer som LUBsearch, google och google scholar har använts för att få tillgång till forskningsmaterialet.

#### **Motiverande samtal**

Forskning visar att motiverande samtal (MI) är ett effektivt tillvägagångssätt för att hjälpa patienter att förändra sin livsstil och sina beteenden på en mängd olika livsområden, till exempel alkohol- och drogvvanor, mat- och motionsvanor etc., (Burke et al. 2003; Hetteima et al. 2005; Rubak et al. 2005; Martins & McNeil, 2009). MI används ofta av vårdpersonal (Lundahl & Burke, 2009; Madson et al. 2009; Soderlund et al. 2011) och mycket forskning har gjorts inom området. MI kan reducera skadligt bruk av droger och har i kombination med annan behandling visat ha god effekt då MI visat sig öka patienters följsamhet (Forsberg, Ernst & Farbing, 2010; Burke m.fl. 2003; Hetteima m.fl., 2005; Rubak m.fl., 2005). En översikt från 2009 (Lundahl & Burke, 2009) visar att MI är betydligt mer verksamt för att stödja patienter till livsstilsförändringar än ingen behandling eller behandling i form av till exempel skriftlig information och rådgivning. MI gav ungefär samma resultat som andra behandlingar (till exempel kognitiv beteendeterapi eller tolvstegsprogram) (ibid.). I en forskningsöversikt av Knight, et al. (2006) framkommer att MI är mer effektivt än traditionella rådgivningssamtal. MI är både tidseffektivt och har högre kostnadseffektivitet än alternativa behandlingar (Lundahl & Burke, 2009). MI fungerar för patienter oavsett problemets svårighetsgrad, kön, ålder och kan vara ännu bättre för patienter tillhörande etniska minoriteter (ibid.).

I en forskningsöversikt från 2009 (Martins & McNeil, 2009) som fokuserade på diabetes, kost, motion samt oral hälsa stödjer den positiva effekten av MI, både i kombination med

andra behandlingar och MI ensamt. Patienternas beteendeförändringar har också visat sig vara varaktiga över tid och i många fall upp till minst ett år och mer. MI har visat sig vara mer effektivt för beteendeförändring än vanlig vård. Dock finns det en hel del studier som visar att MI inte haft någon effekt (Miller & Rollnick, 2013; Hollis, et al. 2014).

### **Betydelsefulla faktorer för tillfrisknandet från alkohol- och drogmisbruk**

Tillfrisknande från alkohol- och drogproblem beskrivs ofta som en process influerad av interna, sociala och behandlingsrelaterade faktorer (Trulson & Hedin, 2004; Ammon et al. 2008; Laudet & White, 2008; Hibbert & Best, 2011). Tidigare forskning visar att förutsättningarna för tillfrisknande varierar mellan individer (Ammon et al. 2008; Morgonstein et al. 2008; von Greiff & Skogens, 2017). Behandlingsfaktorer som visat sig vara betydelsefulla enligt forskning inkluderar tillhandahållande av hopp, kunskap, stöd, basala behov och en terapeutisk allians (von Greiff, Skogens & Topor, 2018). Patienter med beroendeproblematik och samsjuklighet kan sakna ett socialt sammanhang samt ha behov av ekonomiskt stöd. Eftersom patientens problematik ofta är mångfacetterad är samverkan mellan berörda verksamheter betydelsefullt, så att stöd ges till samtliga delar (ibid.).

Tidigare forskning gällande behandlingsrelaterade faktorer för patienter med alkohol- och drogproblematik betonar vikten av individens delaktighet i processen (von Greiff, Skogens & Topor, 2018). Ansvar bör först och främst ligga hos patienten och vårdgivarens roll är att stödja patientens individuella förmågor och förutsättningar för tillfrisknande och att förmedla hopp (Davidson and White, 2007; Cabassa, Nicasio & Whitley, 2013; Mueser & Gingerich, 2013; Roush et al. 2015). För att kunna förmedla hopp, behöver vårdgivaren själv ha hopp om situationen (Saelor et al, 2015). Vidare ingår det i vårdgivarens roll att bidra med kunskap om psykisk hälsa och alkohol- och drogproblem (Green et al. 2015; Roush et al. 2015; Pallaveski et al. 2013). Patientens sociala nätverk som accepterar individen som den är har en betydande roll (Pallaveshi, et al. 2013; Roush et al. 2015) och här kan självhjälpgrupper fylla en viktig funktion (Laudet, et al. 2000).

Den terapeutiska alliansen som nämnts tidigare betonas som viktig i arbetet med patienter med psykosocial problematik (Wampold, 2001; Dong-Min, Wampold, & Bolt, 2006; Denhov & Topor, 2012). För patienter med alkohol- och drogproblematik beskrivs den terapeutiska alliansen som ett viktigt verktyg för att skapa tillit, trygghet, acceptans och samarbete mellan vårdgivare och hjälpsökande (von Greiff & Skogens, 2014). Den terapeutiska alliansen kan

påminna om en vänskaplig relation (Ljungberg, Denhov & Topor, 2015). Det kan vara en utmaning för vårdgivaren att separera sitt privata jag från sin professionella roll. Den organisatoriska kontexten och tillämpandet av metoder kan skapa tydliga ramar för den professionella rollen och förhindra privat sammanblandning i patientärenden (Skogens, von Greiff & Ekström, 2017).

### **Behandlares och patienters erfarenheter av internetbaserad missbruksbehandling**

I dagens moderna samhälle finns en uppsjö behandlingsalternativ till den traditionella samtalsformen där behandlare möter patienten ansikte mot ansikte (Ekström and Johansson, 2019). Inom området för substansmissbruk har forskning visat att internetbaserade insatser är effektiva vid alkoholreducering (Kaner et al. 2019). I en studie som undersökte användarnas erfarenheter av internetbaserade självhjälpsprogram mot alkoholproblematik framhölls integriteten som viktig då användarna kunde söka efter hjälp utan risk för stigmatisering och skamkänslor (Khadjesari et al. 2011). I en forskningsöversikt (Knowles, et al. 2017) angående e-hälsobehandlingars för- och nackdelar framkom bland annat att den internetbaserade behandlingen krävde mer självdisciplin och motivation från patienten för att inte hoppa över delar av behandlingen. Frånvaron av icke-verbal kommunikation mellan behandlare och patient kunde upplevas som mindre empatiskt av några användare (ibid.). Därtill framkom att det kunde vara svårare för patienterna att förklara komplexa situationer i textmeddelanden och detta kunde leda till missförstånd. Några deltagare i studien uttryckte att de saknade ansikte mot ansikte och att de hade önskat att ha närmre kontakt med sin behandlare. Dock uppskattade många smidigheten med internetbaserad behandling och att det besparade tid från resor till och från mottagningar. Detta gav patienterna en känsla av autonomi. Många upplevde att förhållandet till behandlaren ibland var lika nära som vid behandling ansikte mot ansikte (Knowles et al. 2017).

I en studie där man undersökte skillnader i internetbaserad missbruksbehandling jämfört med ansikte mot ansikte, framkom både fördelar och nackdelar (Ekström & Johansson, 2019). Dels framhölls anonymiteten som något positivt, då patienterna vågade berätta mer om sin problematik (ibid.). Samtalen mellan patienten och behandlare skedde över textmeddelanden vilket bidrog till att samtalsutbytet inte var lika snabbt som vid ett vanligt samtal. Detta upplevdes som positivt då det gav behandlaren större utrymme att reflektera och att prata med kollegor innan ett meddelande besvarades. En fördel var också att dialogen mellan parterna sparas, vilket gör att patienten kan gå tillbaka flertalet gånger och läsa vad som skrivits. En

negativ aspekt var att det kunde ta flera dagar för behandlarna att motta ett svar från patienterna ibland, vilket kunde göra behandlingen lite endimensionell. Något som också togs upp var avvägningen kring hur man skulle svara patienten. Utan att kunna avläsa kroppsspråk och se hur svaren mottas av patienten, innebär det ett större ansvar för behandlaren att välja sina ord rätt. Distansen mellan behandlare och patienter upplevdes som både positiv och negativ. En del upplevde att de inte lärde känna patienten på samma sätt som om de hade mötts ansikte mot ansikte, medan några upplevde detta som något befriande (ibid.).

## **Kapitel 4. Teoretiska perspektiv**

I detta avsnitt kommer teoretiska perspektiv på motivationsarbete att presenteras.

Inledningsvis beskrivs begreppen *latent/manifest motivation*, samt *kontaktrebus*. Utifrån studiens syfte bedömdes detta relevant, eftersom patienter i vissa fall kan vara svåra att motivera och detta skapar förståelse för hur vårdgivarna kan förhålla sig till det.

Motivationsrelationen handlar om samspelet mellan vårdgivare och patient och viktiga aspekter på densamma kommer att beskrivas. Slutligen kommer ett avsnitt om den transteoretiska modellen som beskriver förändring utifrån fem faser, vilket ansågs lämpligt eftersom vårdgivarna motiverar och vägleder patienterna i deras förändringsprocesser.

### **Latent/manifest motivation**

Utifrån motivationsarbetets definition av motivation betraktas människor som mer eller mindre motiverade (Revstedt, 2014). Innerst inne har alla människor en motivation och strävan efter att leva ett meningsfullt liv. Motivationen finns alltså hos alla, men hos en del människor märks eller syns den inte i deras handlingar utåt, eftersom den är latent (vilande). För den som är latent motiverad har de destruktiva krafterna tagit över de konstruktiva. Detta betyder inte att individen är ett offer för sitt inre, utan snarare att man upplever sig ha ett fåtal eller inga konstruktiva alternativ att välja bland. Den latent motiverade individen är inte i tillräckligt god kontakt med sin inre positiva kärna och kan därför inte se några valmöjligheter (ibid.).

En manifest motiverad individ är det motsatta till latent motiverad (Revstedt, 2014). Manifest motiverad betyder tydlig och synlig. Här åsyftas en individ som har tillräckligt god kontakt med sin inre positiva kärna att den upplever sig ha valmöjligheter. De konstruktiva krafterna är starkare än de destruktiva krafterna. Problemen hos en manifest respektive latent motiverad individ kan vara liknande, men huvudpoängen är att individerna handskas med dessa problem

på antingen konstruktiva eller destruktiva sätt (ibid.).

Hos latent motiverade individer är försvaret, till exempel motståndet till kontakt med motivationsarbetaren, det mest iögonfallande. För motivationsarbetaren kan detta försvar vara känslomässigt svårt att handskas med. Detta kan handla om att motivationsarbetaren får negativa bekräftelser från patienten, till exempel att patienten inte vill träffa behandlaren eller inte bryr sig om vad denna säger. Detta försvar kan antingen innebära att patienten försöker skydda sig mot känslomässig smärta eller vara ett rop på hjälp. I motivationsarbetet ses försvaret i första hand som ett indirekt kontaktförsök, en så kallad kontaktrebus. Rebus betyder ordgåta och i det här sammanhanget menar man att kontaktrebus är en indirekt kommunikation där det finns ett dolt budskap. Motivationsarbetaren kan tro att patienten inte vill ha kontakt, eftersom denne utåt sett verkar ointresserad. Detta kan leda till att motivationsarbetaren ger upp sina försök att nå patienten. Enligt teorin om kontaktrebus så hjälper detta motivationsarbetaren att behålla en positiv syn på patienten och inte ge upp.

### **Motivationsrelationen**

Relationen mellan behandlare och patient är grundläggande för ett lyckat samarbete. Relationen kan utifrån motivationsarbete kallas för motivationsrelation (Revstedt, 2014). Behandlarens roll är att fylla patienten med energi och därigenom ska patienten finna sig egna inre motivation till förändring. Utan motivationsrelationen är metoder och tekniker verkningslösa, dock kan tillämpandet av dessa underlätta och möjliggöra ett relationsbyggande. Behandlaren bör ta hänsyn till patientens familjesystem, särskilt om familjen har en bristande motivation gentemot patienten. Patientens sociala situation spelar en viktig roll för individens motivation, då en fungerade socialt situation kan vara ett stöd i patientens förändringsprocess. Andra bidragande faktorer som är viktiga för patientens förmåga till förändring är dennes fysiska hälsa, meningsfull fritid, samhällsengagemang, livsåskådning samt känslomässiga behov (Revstedt, 2014).

### **Motivationsrelationens sex grundstenar**

*Engagemang* för patienten, är en av de viktigaste grundstenarna. Behandlarens engagemang för patienten bör vara äkta och komma inifrån för att därigenom kunna visa att patienten är betydelsefull som människa. Behandlarens handlingar spelar en avgörande roll för patientens upplevelse av behandlarens engagemang och välvilja. Den andra grundstenen är att behandlaren ska inte *hopp* om att förändring är möjlig utifrån realistiska mål. Behandlaren bör vara positiv och bära en känsla av att lyckas, till dess att patienten lämnat sina



hopplöshetskänslor åt sidan och vågar ha hopp. Hoppfullheten om att lyckas ska också vara rimlig och något som patienten kan uppnå. *Tilltro* till patientens egna resurser är viktigt för att patienten ska tro på sig själv och att den har resurserna att göra en förändring. *Aktning* betyder att patienten har ett värde som människa oberoende av sina handlingar. Det är viktigt att behandlaren kan förmedla det till patienten. *Förståelse* innebär att behandlaren bör visa förståelse för patientens känslor. Slutligen är den sjätte grundstenen *ärlighet*, som betyder att behandlaren ska vara ärlig i de tidigare nämnda grundstenarna och att behandlaren är genuin utifrån sina egna känslor (Revstedt, 2014).

### **Transteoretiska modellen**

Den transteoretiska modellen eller Stages of change-modellen, som den också kallas, är en teori som beskriver den process som individer genomgår när de gör en avsiktlig förändring i sina liv. Modellen innefattar fem faser som beskriver de olika stegen mot förändring. Varje fas innebär olika utmaningar av psykologisk karaktär som individen måste hantera för att komma vidare till modellens nästa fas. De fem faserna är: 1) före begrundan (pre-contemplation), 2) begrundan (contemplation), beslut/förberedelse (preparation), 4) handling (action) och 5) stabiliserings- och upprätthållande fasen (maintenance). Modellen är flexibel, då patienten kan stanna i en fas eller återgå till en tidigare fas om den inte lyckas hantera utmaning i den fas som patienten för närvarande befinner sig i (Barth & Näsholm, 2006).

#### *Fas ett – före begrundan (pre-contemplation)*

Den första fasen, före begrundan, utgörs av tiden innan patienten blivit medveten om sitt problematiska beteende och dess konsekvenser (Barth & Näsholm, 2006). I det här stadiet underskattar individen ofta fördelarna med att förändra sitt beteende. Patienter kan vara medvetna om sina problem och förstå att det finns behov av förändring, men på grund av tidigare misslyckade försök känner de sig maktlösa och uppgivna. I de fall då patientens tankar domineras av maktlöshet och förnekelse finns risken att patienten blir kvar i den första fasen och kommer därför inte vidare tills nästa fas i förändringsprocessen. Som behandlare bör man i denna fas stödja patienten att vidga sitt perspektiv kring missbruket. I förlängningen kan detta bidra till att patienten blir medveten om sin problematik och börjar överväga en förändring. Behandlaren kan bidra med ny kunskap, hjälpa patienten att se orsakssamband, till exempel vilka konsekvenser missbruket för med sig, vilket gör att patienten lättare kan börja se förändringsmöjligheter (ibid.).

### *Fas två – Begrundan (contemplation)*

Den andra fasen, begrundan, handlar om det skedet då patienten börjar bli medveten och börjar reflektera över att deras beteende kan vara problematiskt (Barth & Näsholm, 2006). Övergången från före begrundan-fasen till begrundans-fasen kan vara både glädjefylld eller smärtfylld. Hos en del patienter väcks skamkänslor i samband med erkännandet av till exempel alkoholproblem. I vissa fall kan patienten reagera på detta genom att försöka ignorera och förneka problemet. I denna fas sker ett tankemässigt övervägande kring för- och nackdelarna med att ändra på beteendet, med lika betoning på båda. Det kan fortfarande finnas mycket ambivalens inför att göra en beteendeförändring trots att patienten börjar få mer insikt i konsekvenserna som beteendet för med sig. Behandlaren bör vara uppmärksam på patientens ambivalens och utforska den. Genom samtalsstöd kan behandlaren hjälpa patienten att behålla sitt fokus och sin motivation. Det är också viktigt att stärka patienten i att orka hålla ut, så att patienten inte börjar tränga bort problemet. Det kan vara utmanande och känslomässigt smärtsamt för patienten att befinna sig i detta stadie och att övergå till nästa. Patienten kan försöka söka andra lösningar, bland annat på grund av rädslan att misslyckas. Som behandlare är det viktigt att vara försiktig och ödmjuk gentemot patienten. Övergången till fas tre kan vara skamfylld och osäker, därför behöver behandlaren vara stödjande i patientens process (Barth och Näsholm, 2006; Billinger, 2007).

### *Fas tre – Besluts- och förberedelsefasen (preparation)*

Fas tre – besluts- och förberedelsefasen utgörs av tiden då patienten fattar ett beslut om att genomföra en förändring och förbereder sig inför det genom upprättandet av en plan. I detta stadie börjar patienten ta små steg i riktningen att förändra sina problem och börjar tro på att beteendeförändringen kan leda till ett bättre liv. Patienten kan fortfarande känna sig ambivalent och ha svårt att fokusera på lösningar och handlingar i den nya riktningen. I detta skedet behöver patienten stöd att hålla fast vid beslutet och fokusera på de fördelar som förändringen kommer innebära (Barth & Näsholm, 2006; Billinger, 2007).

### *Fas fyra – Handlingsfasen (action)*

Fas fyra – handlingsfasen handlar om att patienten ska omsätta sina insikter och motivation i handling. Detta är en beteendemässig utmaning för patienten. Patienten kan se beteendeförändringens resultat vilket bidrar till att patienten blir mer aktiv och utåtriktad. Omgivningen börjar i detta skede se patientens förändringar vilket kan innebära ett ökat stöd och uppmuntran att fortsätta med det nya beteendet. Det utmanande i denna fas kan vara

svårigheter för patienten att bibehålla sin motivation över tid. Därför bör behandlaren stödja patienten i att tydliggöra målet med förändring och hålla energin uppe (Barth & Näsholm, 2006).

#### *Fas fem – Stabilisering- och upprätthållandefasen (maintenance)*

Fas fem – stabiliserings- och upprätthållandefasen innebär att förändringarna ska integreras och förankras i patientens vardag. Problemet ska sakteliga ta mindre plats i patientens liv och i förlängningen är det inte längre ett problem i patientens liv, utan en erfarenhet. De nya beteendeförändringarna införlivas i patienten och förändrar dennes självbild och identitet. I denna fas kan patienten behöva stöd i att automatisera det nya beteendet samtidigt som patienten bör vara vaksam på problemet för att förebygga återfall. Behandlaren bör stödja patienten, särskilt då det handlar om missbruk- och beroendeproblematik då återfallsrisken är hög. Patienten kan behöva verktyg för att kunna hantera eventuella risksituationer (Barth & Näsholm, 2006; Billinger, 2007). I detta stadiet kan patienten återgå till problembeteendet, vilket då kallas för återfall (relapse). Detta kan även hända i de tidigare faserna i de fall då patienten inte lyckas hantera de känslor och utmaningar som vardera fas innebär. Vid ett återfall förflyttas patienten en eller två faser bakåt i modellen. Återfall i den första fasen kan handla om att patienten har bristande motivation, resurser eller förmåga att genomföra förändringen (Barth & Näsholm, 2006; Billinger, 2007).

## **Kapitel 5. Metod och metodologiska överväganden**

I detta avsnitt redogörs den datainsamlingsmetod som använts för denna studie. Avsnittet beskriver val av metod, övervägningar gällande urval samt tillvägagångssätt vid genomförandet av intervjuerna. En beskrivning av hur den insamlade empirin har bearbetats och analyserats presenteras också. Slutligen beskrivs de forskningsetiska kraven.

### **Val av metod**

Metoden som valts för genomförandet av föreliggande studie är en kvalitativ metod. Kvalitativa metoder inbegriper alla metoder som bygger på intervjuer, observationer eller analys av textmaterial (Ahrne & Svensson, 2018). Insamlandet av empiri har i denna studie varit intervjuer, vilket inom kvalitativ forskning är den vanligaste forskningsmetoden bland både forskare och studenter (ibid.). Eftersom syftet med studien var att undersöka vårdgivares erfarenheter av motivationsarbete under begränsade förutsättningar för fysiska möten med patienter som har alkohol- och/eller narkotikaproblematik, ansågs intervjuer lämpa sig bäst

för ändamålet. Metoden kan bidra till ökad insikt kring de förhållanden som råder inom det område som valts att undersökas genom intervjuer med de individer som är en del av den sociala miljön, organisationen eller det sociala nätverket (Eriksson-Zetterquist & Ahrne, 2018). Ytterligare en förtjänst med intervjuer är att de kan användas för att spegla individers erfarenheter, bidra till nyanser samt fånga värderingar (Ahrne & Svensson, 2018).

För att spegla subjektiva upplevelser lämpar sig kvalitativ metod bättre jämfört med kvantitativ metod, då kvantitativ metod är avsedd att belysa objektiva data (Starrin, 1994). Kvantitativa data har sin utgångspunkt i siffror som kan bearbetas statistiskt för att kunna dra allmängiltiga slutsatser, generalisera resultaten och finna statistiska samband. En kritik gentemot kvalitativa studier är att resultaten inte går att generalisera. Dock är den kvalitativa metodens syfte att beskriva fenomen och nå insikt om individers upplevelser och deras sociala verklighet, snarare än att mäta dem. Syftet med kvalitativ metod är att inhämta information om individers tankesätt och attityder samt bilda en förståelse för det som undersöks (Bryman, 2018; Dalen, 2014). Kvalitativ forskning försöker få grepp om helheten och vad individer upplever subjektivt och fångas genom individers egna ord och beskrivningar (Larsson, 2005). Detta kan beskrivas som att forskaren försöker ”*se världen med den andres ögon*” (ibid.).

Syftet med studien var att undersöka vårdgivares erfarenheter av motivationsarbete med patienter som har alkohol- och/eller drogproblematik under begränsade förutsättningar för fysiska möten och därmed bedömdes intervjuer att vara en lämplig metod för att fånga vårdgivarnas upplevelser, tolkningar och känslor (Eriksson-Zetterquist, 2018). Intervjuer kan utformas på olika sätt och i det här fallet ansågs semistrukturerad intervju bäst kunna ge svar på studiens syfte. I en semistrukturerad intervju utgår intervjuaren ifrån en intervjuguide som innehåller de teman som forskaren önskar att beröra. Intervjuaren behöver inte nödvändigtvis följa intervjuguiden punktligen, utan kan under samtalets gång ställa frågor som inte ingår i det förberedda frågeformuläret (ibid.). En begränsning med denna metod är att intervjuaren fastnar på något som informanten sagt som upplevs intressant och ställer följdfrågor, som kanske i efterhand är irrelevanta i förhållande till studiens ändamål.

Intervjuguiden (se bilaga 2) innehöll teman som studien önskade att belysa. Inledningsvis inhämtades bakgrundsuppgifter om informanterna, såsom ålder, arbetslivserfarenhet, hur länge de arbetat på nuvarande arbetsplats samt utbildning. För att sedan lotsa informanten i intervjun informerades denna om vilket område som skulle belysas. Detta efterföljdes av

öppna frågor för att minimera styrning av samtalet: ”Kan du berätta om dina erfarenheter av motivationsarbete?” Den semistrukturerade intervjun gav möjlighet att ställa följdfrågor såsom ”Kan du berätta mer?” och ”Hur påverkades du?” i syfte att fördjupa intervjun samtidigt som den var ett stöd för att leda tillbaka samtalet på intervjuens huvudsakliga syfte.

### **Deltagare och urvalsprocess**

Under utbildningen tilldelades alla studenter en praktikplats för att varva den teoretiska inläringen med praktisk kunskap. Studenterna uppmuntrades också att använda sina praktikplatser för genomförandet av examensarbetet. Min verksamhetsförlagda utbildning utfördes vid en psykiatrimottagning för beroendesjukdomar under våren 2021. Det var vid denna åtta vårdgivare intervjuades. Informanterna bjöds in genom ett bekvämlighetsurval, vilket betyder att personer som fanns tillhands tillfrågades om medverkan i studien. En anledning till bekvämlighetsurval var som tidigare nämnt på grund av universitetets inrådan att genomföra en studie kopplat till den verksamhetsförlagda utbildningen.

Bekvämlighetsurvalet innebär att intervjumaterialet inte är representativt för alla vårdgivares erfarenheter av motivationsarbete under begränsade förutsättningar för fysiska samtal, utan kan endast säga något om de informanter från praktikplatsen som valde att delta i studien.

När det gällde vilka vårdgivare som var aktuella för deltagande i studien ansågs såväl kuratorer, sjuksköterskor och psykologer som lämpliga. Samtliga professioner har vissa gemensamma arbetsuppgifter där motivationsarbete utgör en stor del av patientarbetet, vilket gjorde dessa lämpliga för deltagande i studien. Detta kunde till exempel handla om att motivera patienterna till drogfrihet genom stödsamtal och återfallsprevention. Två yrkesgrupper uteslöts: läkare och medicinska sekreterare. Deras arbetsuppgifter bedömdes ligga utanför ramen för det motivationsarbete som jag ville undersöka. Inledningsvis var avsikten att även inkludera patienternas erfarenheter av motivationsarbete under de begränsade förutsättningarna för fysiska möten. Dock bedömdes det inte som etiskt försvarbart under de aktuella förutsättningarna för fysiska möten som förelåg under den här tiden. Avsaknaden av patienternas upplevelser är en brist i föreliggande studie.

### **Empiri**

Informationsbrev (se bilaga 1) om studien mailades till aktuell vårdpersonal. De presumtiva deltagarna informerades om att deras deltagande skulle vara anonymt och att inga personliga uppgifter om informanterna skulle registreras. De informerades också om att deltagandet var

helt frivilligt och om deras rätt att avbryta studien närhelst de önskade. Vid intresse för deltagande i studien ombads vårdpersonalen att besvara mejlet så att tid och plats för intervju kunde bestämmas. Tio vårdgivare mottog informationsbrevet, varav två stycken var sjukhuskuratorer, två stycken psykologer och sex stycken sjuksköterskor. Två sjukhuskuratorer och sex sjuksköterskor tackade ja till deltagande i intervjun, medan psykologerna avböjde. Verksamhetschefen på mottagningen informerades om genomförandet av studien samt vilka som skulle bli berörda.

### **De praktiska detaljerna kring intervjuundersökningen**

De praktiska detaljerna kring intervjun bör beaktas med noggrannhet (Bryman, 2018). För att intervjun ska kunna genomföras tryggt och ostört är det viktigt att den omgivande miljön där intervjun ska äga rum är en lugn plats. Samtliga intervjudeltagare erbjöds möjlighet att bestämma plats för intervjun. Därtill fanns även möjlighet till telefon- och intervju över zoom om så önskades. Ingen av informanterna hade några särskilda önskningar kring var intervjuerna skulle hållas. Av smidighetsskäl beslöts fyra intervjuer att genomföras de dagar då jag var på den verksamhetsförlagda utbildningen och fyra intervjuer beslöts hållas över videolänk genom det digitala samtalsverktyget Zoom. Med hänsyn till rådande corona-restriktioner om social distansering för att minska smittspridning, ansågs det mest lämpligt att utföra intervjuerna digitalt för att begränsa antal besökare på mottagningen.

Eftersom samtliga informanter hade egna kontorsrum på mottagningen kunde intervjuerna ske i avskildhet. Detta gällde även då intervjuerna hölls över videolänk. Informanterna hade större frihet att själv bestämma plats för intervju när det skedde över Zoom vilket förhoppningsvis bidrog till en förstärkt känsla av trygghet under samtalet. Även om ämnet för intervjustudien inte bedömdes utgöra en så stor risk för att bli alltför personlig och känslös, ansågs det viktigt att informanterna befann sig på en plats som ingav trygghet. Jag såg till att vara ensam i mitt hem när video-intervjuerna skulle hållas för att försäkra intervjudeltagarens anonymitet. Det var också viktigt att kamera och ljud fungerade väl och att tillgången på nätverk var god för att minska störningar under intervjun.

Beträffande de praktiska detaljerna kring intervjun hör det också till att forskaren har en välfungerande ljudupptagare som ordagrant uppfattar informanten. Vid inspelning av intervjuerna användes en ljudinspelningsfunktion på mobiltelefonen. För att försäkra ljudkvaliteten provades inspelningsfunktionen innan intervjuerna startade. Samtliga

informanter gav samtycke till att intervjuerna spelades in. De informerades också om att ljudfilerna skulle förvaras oåtkomligt för obehöriga och att dessa skulle raderas när de blivit transkriberade. Inspelning av intervjuerna ansågs lämpligt då de underlättade mitt fokus på intervjun i jämförelse med att nedteckna intervju svaren under tiden, vilket kan leda till att man distraheras från samtalet (jfr Bryman, 2018).

### **Utförandet av intervjuerna**

Fyra intervjuer genomfördes på öppenvårdsmottagningen för beroendesjukdomar och resterande fyra hölls över Zoom. Eftersom Zoom-applikationen tillåter videosamtal hade vi också möjlighet att se varandra under samtalet, till skillnad från ett telefonsamtal. Dock finns det en risk att vissa subtila uttryck såsom kroppsspråk och liknande missades. Vid transkribering och analysering av materialet bedömdes dessa intervjuer ändå vara tillfyllest. De övriga intervjuerna hölls på respektive informanters kontorsrum. Innan intervjuerna påbörjades försäkrade jag mig om att informanterna tagit del av informationsbrevet. Samtycke till deltagande i studien inhämtades. De informerades på nytt om sina rättigheter att avbryta intervjuerna om så önskades och att deras bidrag då inte skulle inkluderas i undersökningen. Vidare delgavs information om att deras deltagande var anonymt och att det insamlade materialet kommer att förstöras efter det att transkriberingen är färdig. Ljudinspelningsfunktion via en mobilapplikation användes under intervjuerna. Ljudkvaliteten kontrollerades innan intervjuerna påbörjades. Intervjuernas längd varierade mellan 45 till 60 minuter. Samtliga informanter erbjöds möjligheten att ta del av sitt intervjumaterial för godkännande men tackade nej. Vid eventuella frågor och oklarheter gällande intervjuerna gav informanterna samtycke till att bli kontaktade om behov skulle finnas.

### **Analys**

Metoden som valts för genomförandet av föreliggande studie är en kvalitativ metod, innehållsanalys, inspirerad av Graneheim & Lundman (2004). Intervjuerna transkriberades ordagrant i nära anslutning till att intervjuerna ägt rum. Detta bedömdes vara en fördel då intervjuerna var färskare i minnet, till exempel om det skulle uppstå oklarheter kring vad någon har sagt. Det var också en fördel att minnas sådant som kan vara viktigt för att fånga den professionellas subjektiva upplevelse, såsom exempelvis känslöstämningar. När transkriberingen var färdig skrevs intervjuerna ut för att sedan läsas igenom flera gånger för att få en ökad förståelse för intervjuernas innehåll. Text som kunde relateras till studiens syfte och frågeställningar markerades med färgpennor. Analysen utmynnade slutligen i ett

övergripande tema: *fördelar och nackdelar med omställningen från fysiska besök till patientkontakter över telefon*. Citat som passade med detta tema färgmarkerades. Valda citat presenteras i studiens resultatavsnitt. Det bedömdes viktigt att lyfta fram informanternas citat, eftersom studien ämnar spegla deras subjektiva erfarenheter och berättelser. Detta är ett fördelaktigt tillvägagångssätt för undvikandet av läsarens ifrågasättande av forskarens oberoende, samt ger det läsaren möjlighet att bedöma intervjumaterialet (Brinkmann & Kvale, 2009). För exempel ur analysprocessen, se bilaga 4.

### **Studiens tillförlitlighet och begränsningar**

I föreliggande studie deltog åtta stycken informanter. På grund av det insamlade materialet var det inte möjligt att uppnå mättnad, vilket innebär att man inte kan säga om informanternas svar är allmängiltiga eller återkommande. Om studien hade genomförts på liknande mottagningar på andra geografiska platser och dessa informanter uppgett liknande svar, så hade det stärkt tillförlitligheten.

### **Forskningsetiska krav**

Det finns fyra etiska riktlinjer som forskare behöver förhålla sig till för att bedriva forskning i Sverige. Dessa är *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (Bryman, 2018). Informationskravet uppfylldes då informanterna tilldelades informationsbrev som innehöll en beskrivning om studiens syfte. I informationsbrevet stod också om informanternas rättigheter att avbryta intervjun närhelst de ville samt att de kunde välja om de inte ville svara på vissa frågor. Samtyckeskravet uppfylldes muntligen genom att informanterna gav sitt samtycke innan intervjun ägde rum. Kravet på konfidentialitet uppfylldes genom att all information som kunde härledas till enskild person avidentifierades för att värna om informanternas integritet. Eftersom studien gjordes på en mindre mottagning där personalen känner varandra, bedömdes det ännu viktigare med noggrannhet kring avidentifiering, såsom exempelvis ålder och kön. Nyttjandekravet uppfylldes genom att det insamlade materialet endast används i forskningsändamål. Det insamlade materialet förvarades oåtkomligt för obehöriga. När studien har examinerats och godkänts kommer materialet raderas.



## Kapitel 6. Resultat

Resultatet från analysen utmynnade i huvudkategorin *Fördelar och nackdelar med omställningen från fysiska besök till patientkontakter via telefon* och flera underkategorier. Följande underkategorier framkom: *Omställningen från fysiska patientbesök till patientkontakter via telefon, Förlusten av det sociala utbytet, Uteblivna alkohol- och drogprovers påverkan på motivationsarbetet, Förlusten av den okulära bedömningen, Svårigheter med latent motiverade patienter över telefon, Fördelar med latent motiverade patienter över telefon och Bristen på yttre motivationsfaktorer – en utmaning för alla.*

### Omställningen från fysiska patientbesök till patientkontakter via telefon

Informanterna uppgav att det var en utmaning i att hitta ett säkert arbetssätt i det inledande skedet av pandemin. Enligt informanterna påverkade det motivationsarbetet till största del negativt, eftersom det skapade fördröjningar innan man kunde etablera kontakter med nya patienter. En del digitala verktyg med videofunktion provades men på grund av sekretesskäl fungerade inte dessa alternativ. Därför beslöt man att ersätta de flesta fysiska besöken med telefonbesök. Den inledande fasen av pandemin beskrivs som svår enligt två informanter, eftersom pandemisituationen var ny för såväl vårdgivare som patienter, vilket skapade otydlighet kring hur vården skulle utformas.

*”... när covid kom, så visste vi inte hur länge vi skulle vara begränsade av det. Det har ju varit svårt hela tiden att veta liksom... hur länge ska det här pågå liksom? Hur länge ska vi... det var nytt för oss alla... för först så träffade vi ingen. Och sen träffade vi bara dem som var medicinskt prioriterade som kom hit, var kanske liksom superinstabila eller liksom, återföll jättemycket eller blev psykotiska, ja men så. Då var det ganska strikt kring vilka som alls kom, liksom. Och då utredde psykologerna ingen alls och vad skulle dem då göra istället liksom? Och sen ändrades det till att tänka ”ja, men nu ska det här fortsätta länge, alltså vi vet inte hur länge, så då måste vi hitta ett sätt att jobba som håller länge... alltså hur kan vi ha besök, fast på ett säkert sätt? Och hur länge kan man sitta och prata med någon... och vad kan man göra på telefon och vad måste man göra på plats...”*

Inför varje nybesök utgår personalen utifrån ett frågeformulär där de ställer kartläggande frågor till patienten för att få en så välgrundad helhetsbild av patientens situation som möjligt. Frågorna handlar till exempel om hur patientens sociala nätverk ser ut, somatisk och psykiatrisk anamnes, vårdkontakter, ekonomisk situation etc. Informationen som framkommer under kartläggningen tas sedan upp på mottagningens team-möten där personal med olika professionstillhörighet deltar, däribland läkare, psykologer, sjuksköterskor,

kuratorer och medicinska sekreterare. I teamet tas sedan ett gemensamt beslut kring vilka insatser patienten bedöms vara i behov av. Flera informanter har uppgett att kartläggningarna fungerar bra över telefon. En informant önskade att man i ett tidigare skede insett att kartläggningarna fungerade bra över telefon så att det inte behövt uppstå någon väntan innan man kunde etablera en vårdkontakt.

*”Jag tänker att vissa saker kunde man ha kommit igång med lite snabbare, alltså lite, ja men kartlägga i telefon istället för att det skulle bli väntetid där men det är ju sånt där som... det blir ju sådär i början att det blir lite handfallet och man blir lite ”ahh, hur gör man nu då?” så det tar ju lite tid... så jag tänker att det man kunde ha gjort annorlunda var kanske att startat igång liksom vissa sådana saker lite tidigare och inte väntat för länge med sånt till exempel, för det har ändå funkat ganska bra att kartlägga på telefon.”*

Ovanstående citat kan kopplas till tidigare forskning kring missbruksvård, som betonar vikten av att insatser sätts in omgående då patienten sökt vård, eftersom dessa personer oftast är som mest motiverade i det initiala skedet (Öjehagen, 2011). Dock beskriver informanterna att motivationen hos nysökande patienter lätt kan tappas också, vilket stärker behovet av att etablera en vårdkontakt så tidigt som möjligt. Informanterna beskriver att kartläggningen ger en uppfattning om patientens motivation och vad den önskar få hjälp med. Utifrån ett transteoretiskt perspektiv kan patientens beskrivning av sin beroendeproblematik och dess konsekvenser ge en bild av var patienten befinner sig i förändringsprocessen (Barth & Näsholm, 2006). Informanterna menade till exempel att det fanns vissa patienter som enbart sökte sig till mottagningen för att få en psykologutredning eller farmakologisk behandling för exempelvis ADHD, utan att förstå fördelarna med vad en stabil drogfrihet skulle medföra. I enlighet med den första fasen – före begrundan, i den transteoretiska modellen, behöver vårdgivaren hjälpa patienten att vidga sitt perspektiv, få motivation och stöd i att börja överväga en förändring (ibid.). Informanterna uppgav att patienter som befinner sig i de tidigare stadierna av förändringsprocessen ansågs mer lämpliga för fysisk samtalskontakt, medan de som bedömdes kommit längre i sin process kunde tas över telefon (ibid.).

*”Och där ser man också skillnaden i vad motivationen gör. För har man en patient som är jättemotiverad så, så kan det faktiskt hjälpa att höras på telefon och ha samtal via telefon, kanske en gång i veckan, för att en förändring ska ske. Då kan man lyckas, såhär. Men är det en patient som är ambivalent, då tycker jag att det är svårare att ha det här motivationsarbetet över telefon. Jag tror att man hade ett bättre resultat om patienter kom hit.”*

Utifrån tidigare forskning betonas patientens motivation och behandlingsrelationen som mest betydelsefulla för goda behandlingsresultat (Öjehagen & Cruce, 2014). I de fall då patientens motivation är låg, ställs högre krav på vårdgivaren att etablera en god behandlingsrelation. Utifrån majoriteten av informanternas utsagor verkar det vara svårare att skapa tillit, trygghet, acceptans och samarbete mellan sig själv och patienten utan att fysiskt träffas (von Greiff & Skogens, 2014). Dock uppgav en informant att hen hade erfarenhet av att under ett halvår enbart ha telefonkontakt med en patient och aldrig några fysiska möten, men att detta hade fungerat då hen haft en tydlig struktur för telefonsamtalen. Informanten tillade dock att det var speciellt att lära känna någon utan att veta hur denne ser ut.

### **Förlusten av det sociala utbytet**

Tidigare hade mottagningen haft gruppverksamhet i form av en introduktionsgrupp, där vårdgivare samlade nytilkomna patienter blandat med patienter som gått på mottagningen länge. Syftet med denna introduktionsgruppen var att patienterna tillsammans med andra skulle formulera sina mål med vårdkontakten, till exempel att bli drogfri och så småningom få en psykologutredning. Informanterna betonade flertalet gånger att de patienter som bedömdes mest motiverade var de som hade ett tydligt mål. Detta kan dels kopplas till att patientens inflytande ökar sannolikheten för att behandlingen ska lyckas (Inspektionen för vård och omsorg, 2016). Dels kan det kopplas till Heins (2012) definition av motivation som "... *de faktorer hos en individ som väcker, kanaliserar och bevarar ett visst beteende gentemot ett givet mål*". Att tydliggöra målet tillsammans med andra, låta sig inspireras och utbyta kunskap kan ses som sådana faktorer. Under pandemin kunde dessa grupper inte hållas längre, vilket flera informanter framhöll som ett hinder för motivationsarbetet. En informant uppgav att hen istället hållit i introduktionen individuellt över telefon, vilket fungerat bra.

*"Och då hade vi precis innan pandemin haft detta i grupp på plats och det var ganska bra och alla fick börja i det. Nu har det övergått till att bli individuellt över telefon, och den är ganska bra, det blir en tydlig såhär: "vad är det som motiverar mig, liksom? Här är jag nu, och vart ska jag liksom? Vad kan jag göra själv och vad behöver jag hjälp med, liksom?" så, har haft lite så tydligt material från början och det har funkade bra över telefon liksom. Och har typ samma effekt som innan."*

Även om introduktionsmaterialet gick att göra individuellt över telefon, betonade informanterna bristen i att patienterna gick miste om det sociala sammanhanget. Flera

informeranter uppgav att patienternas ofta svaga sociala nätverk kunde vara ett hinder i förändringsprocessen och att motivationsarbetet också handlade om att motivera patienterna att söka sig till nya sociala sammanhang, till exempel självhjälpgrupper såsom Anonyma Alkoholister, som visat fylla en viktig funktion som socialt stöd i tillfrisknandet från beroendesjukdomar (von Greiff, Skogens & Topor, 2017; Laudet, et al. 2000).

*”Det sparar ju tid, och alltså resurser, samtidigt som patienterna har ett bra utbyte av varandra. Och introduktionsgruppen är ju alla patienter som skulle gå den... det var ju många som sa att de var rädda för att vara i grupp, att de tyckte att det var jobbigt, men har ändrat lite uppfattning efter introduktionsgrupperna, att man känner att det är en trygg miljö och att man kanske vågar gå vidare till grupp i andra sammanhang. Som till exempel AA eller NA, eller en ÅP-grupp här eller liknande.”*

Flera informanter menade att introduktionsgruppen kunde ses som en form av motivationsbedömning. Introduktionsgruppen var förlagd på fyra träffar och ibland kunde det bli ett bortfall bland patienterna om de inte fullföljde introduktionen. Detta, menade informanterna, gav en bild av patientens motivation. Detta kan kopplas till Revstedts (2014) resonemang om latent motiverade patienter, där patientens frånvaro kan tolkas som ett ointresse av behandlingen. Bara ett fåtal av informanterna överförde introduktionsmaterialet till telefonsamtalen, medan de flesta hoppade över det helt och hållet. Flertalet informanter önskade att introduktionsgruppen kunde starta upp så fort restriktionerna tillät det igen. En informant uppgav också att arbetet med patienterna blivit mer ensamt, eftersom patienterna inte kom till mottagningen och träffade andra vårdgivare.

*”Men man har känt sig mer ensam med sina patienter. Sen vet jag inte om det är mer påtagligt för oss än vad det är för dem. Men att om, när vi har öppet helt som vanligt, och de kommer hit lite oftare, då är man ju fler som träffar dom på mottagningen liksom, dom såg liksom fler här på något sätt liksom, och nu liksom kan man sitta själv och veta ganska mycket om en patient och sen att vi själva också har pratat mindre med varann för att vi ska begränsa kontakten här. Alltså personal. Det har ju också påverkat det liksom.”*

Eftersom färre vårdgivare var inblandade i patienterna minskade detta möjligheten för vårdgivarna att bolla patientärenden mellan varandra. Detta framhölls som något negativt för motivationsarbetet, då informanterna menade att man gick miste om andras viktiga synpunkter. En informant betonade hur viktig den interna samverkan var för att patienten skulle få så god vård som möjligt. Informanten menade att man ibland behövde andra

vårdgivares syn, dels för att kunna motivera patienten på rätt sätt och dels för att bibehålla ett professionellt förhållningssätt och inte bli för personlig (Skogens, von Greiff & Ekström, 2017).

### **Uteblivna alkohol- och drogprovers påverkan på motivationsarbetet**

Restriktionerna resulterade inte bara i att man fick begränsa de fysiska samtalen, utan också andra former av fysiska möten såsom att patienter kom för att lämna alkohol- och drogprover. En informant menade att mottagningens arbete som tidigare genomsyrats av kontroll genom att man tog prover, var nu förändrat på grund av pandemin. Informanten menade att det skapade andra förutsättningar för motivationsarbetet, eftersom man inte med säkerhet visste om patienten faktiskt var drogfri eller inte. Det var svårt att enbart baserat på patientens utsagor bedöma i vilken förändringsfas patienten befann sig i. En annan informant menade att proverna var en positiv kontrollfunktion för patienterna många gånger och att den kunde fungera som en motiverande faktor för att upprätthålla drogfriheten. Att som vårdgivare veta om patienten var drogfri, hjälpte också vårdgivaren att kunna vara ärlig gentemot patienten, vilket kan kopplas till en av grundstenarna för att skapa en motivationsrelation (Revstedt, 2014).

*”Överlag så förlorar man mycket på att de inte kommer hit och lämnar prover. För det är ju... alltså det är ju inte, ja visst det är ju viktigt för del också att jag vet om människan är drogfri eller inte så att människan faktiskt... så att det blir sanningsenligt och man faktiskt kan vara ärlig kring det men framförallt är det också för dem. De har ju, de ger ju en press på dem också. Till viss del gillar vi ju... behöver vi alla kontroll.”*

Två andra informanter menade också att det var en brist att inte kunna ta proverna. Dels på grund av bristen på information kring patientens drogfrihet, men också för att man som vårdgivare inte heller kunde uppvisa provresultaten för patienterna. En informant beskrev att många patienter uppskattade att ta del av provsvaren och att de blev stolta när de svart på vitt kunde se att mängden alkohol eller narkotika minskade i kroppen. Då möjligheten till detta var begränsad på grund av pandemins restriktioner, menade en informant att det påverkade relationen då man inte kände sig lika delaktig i patientens förändringsprocess. Hen menade att när man tillsammans tar del av provsvaren, blir det tydligt att man som vårdgivare är en del av patientens resa och att man har en gemensam strävan att patienten ska bli drogfri. Det försvårade möjligheten att stärka patientens tilltro på sig själv och att genuint kunna förmedla hopp om att förändring var möjlig när dessa konkreta bevis på drogfrihet inte kunde uppvisas

(Revstedt, 2014).

*”I vanliga fall brukar jag annars visa upp provsvaren för patienten, så att de kan se och så hejar jag på! Många ser det lite som en belöning... ”Titta, nu är du helnykter!” ”Åh, vad bra att du visade det”. Så känns det som att man åstadkommit något tillsammans. Nu när man inte har setts och de inte kommer hit och lämnar prover... det finns inget konkret att utgå ifrån eller peka på.”*

Proverna kan också vara ett stöd för vårdgivarna för att med säkerhet veta hur det faktiskt går för patienten. Återfall innebär enligt den transteoretiska modellen att patienten tar några kliv bakåt i förändringsprocessen, vilket vårdgivarna behöver vara uppmärksamma på för att kunna ge rätt sorts stöd (Barth & Näsholm, 2006).

*”... det är ofta lättare när man har saker svart på vitt. Provsvar. ”Titta här, det är rött på dina prover, vad har hänt? Varför funkar inte det som vi har planerat, vad behöver vi ändra?” Det är svårare nu när man inte ibland inte kunnat se det. Har man svart på vitt att patienten tagit återfall så kan man utforska vad man ska göra istället, vad behöver ändras...”*

Informanterna uppgav att en del patienter medgav när de tagit återfall, medan andra undanhöll det. För de patienter som undanhöll om de tagit återfall, var det en brist att inte kunna se på provsvaren. Dock uppgav de informanter att de patienter som var ärliga och berättade i telefonkontakten underlättade motivationsarbetet. Några informanter menade att de upplevde att vissa patienter hade lättare att berätta om återfall över telefon. Forskningen som tagits upp i tidigare arbete handlar om internetbaserad missbruksbehandling och den minskade risken för stigmatisering och skamkänslor kan möjligen kopplas till detta (Khadjesari et al. 2011). Kanske kan det vara mindre skamfyllt att berätta om återfall över telefon och slippa möta vårdgivaren ansikte mot ansikte när detta förmedlas. Informanterna var samstämmiga i att det var viktigt för motivationsarbetet att bemöta patienten respektfullt och icke-dömande vid återfall. Detta överensstämmer med Revstedts (2014) resonemang om grundstenar för motivationsrelationen, däribland *aktning*, som handlar om att människan har ett värde oavsett sina handlingar.

### **Förlusten av den okulära bedömningen**

Flertalet informanter uppgav förlusten av den okulära bedömningen som en nackdel för motivationsarbetet. Informanterna uppgav att det var svårare att bedöma patientens mående

när man inte kunde se personen. Avgörandet om en patient var drogfri eller påverkad försvårades och likaså suicidbedömningar. Även om man ställde samma typ av frågor till patienten som man hade gjort vid ett fysiskt möte, så upplevde några av informanter att patientens kroppsspråk och gester var viktiga vid denna typ av bedömning.

*”Klart det är svårare att göra vissa bedömningar på telefon, det är det ju. Man kan lättare bedöma måendet på en person som sitter här ju kanske än i telefon, precis ja. Kroppsspråk och man kan ju se. Så suicidbedömningar är ju svårare... det är ju lättare när patienten är här, det är svårt på telefon. Men, så, det är en övning, en träning att göra det på telefon, vissa saker.”*

Det hade betydelse för motivationsarbetet med patienterna att veta om patienterna var drogfria eller inte, eftersom man som vårdgivare då fick en uppfattning kring vad motivationsarbetet skulle utgå ifrån (Barth & Näsholm, 2006; Revstedt, 2014).

*”Jag tror det är svårt att ha uteslutande telefon, det tror jag, för man använder också sin blick mycket, och kroppsspråk och nä, alltså bara telefon tror jag inte blir lika bra som att ha den kliniska blicken liksom såhär.”*

Flertalet informanter betonade att även i de fall då telefonbesök fungerade bra och patienterna bedömdes som stabila, var det önskvärt att ändå se patienten vid något tillfälle för att kunna göra bedömningar.

### **Svårigheter med latent motiverade patienter över telefon**

Trots att en del patienter som bedömdes ha stor återfallsrisk fick fortsätta komma till mottagningen så fick de flesta besök hållas över telefon. En informant uppgav att det kunde vara svårt med telefonkontakt med de patienter som bedömdes latent motiverade inför att bli drogfria och som behövde motiveras ytterligare (Revstedt, 2014).

*”... om patienten inte är helt med och behöver motiveras mycket, då kanske man tappar lite av kontakten. Det är just den delen som man behöver pusha och inspirera. Så. Den tar man bort på telefon. Det är just den där ambivalenta: ”ehh jag vill inte” ... det, det tycker jag inte har funkade bra.”*

För att kunna stödja patienter som befinner sig i fas ett – före begrundan där patienten

fortfarande kan underskatta fördelarna med att göra en förändring kan vårdgivaren behöva bedöma och skapa kontakt med patienten (Barth & Näsholm, 2006). Patienter i den första fasen kan vara i behov av vägledning och stöd för att minska känslor av maktlöshet och vägledning inför sitt problem (ibid.). Vårdgivaren kan behöva stödja patienten att vidga sitt perspektiv kring sin drogproblematik och förstå olika orsakssamband samt ha behov av psykoedukation. Detta överensstämmer med tidigare resonemang om att det ingår i vårdgivarens roll att bidra med kunskap om psykisk hälsa och alkohol- och drogproblem (Green et al. 2015; Roush et al. 2015; Pallaveshi et al. 2013). Innan de sociala restriktionerna för att minska smittspridning infördes använde vårdgivarna sig ofta av tavlor där de kunde rita och förklara för patienten. Eftersom det fysiska möten hindrades av restriktionerna var detta inte längre möjligt.

*”Jag tror att där kanske många har fallit bort på något sätt. Det gör ju någonting, det här att fysiskt komma hit, ha en tid att passa, lämna prov, sitta här, ha samtal, ramar in på något sätt hela grejen. Det hela sker i en annan form av kontext, man kan använda sig av till exempel tavlan, alltså jag då, vita tavlan, och skriva på och såhär, så att man får en visuell bild också patienten. För dom kan det ha varit... jag upplever att det har varit svårare och att man kan ha förlorat många, eller så.”*

Flera informanter uppgav också att det var svårare att knyta an och skapa en relation med patienten utan att träffa dem:

*”Jag tycker personligen att mötena när de kommer hit och man träffar dem gör att man knyter an på ett helt annat sätt, eftersom en stor del av behandlingsarbetet enligt mig är att man knyter an till patienten och att... så det är viktigt att de kommer.”*

Svårigheten att skapa en motivationsrelation och förmedla engagemang och hopp till patienten försvårade motivationsarbetet (Revstedt, 2014).

*”... Jag tänker om man ska ha nya patienter och man ska i den initiala fasen jobba lite motiverande eller sådär, då kan det vara viktigt i alla fall att träffas den första gången så att man inte bara blir en röst liksom på andra... för då blir det också väldigt distanserat liksom redan från start... och det har gjort uppstartningsfasen lite trögare ibland.”*

Flera vårdgivare var ense om att det kunde vara begränsande med telefonsamtal, i synnerhet om det rörde sig om nya patientkontakter. Flera intervjudeltagare påtalade att det hade



underlättat motivationsarbetet att träffa patienten ansikte mot ansikte åtminstone en gång i det inledande skedet av vårdkontakten.

### **Fördelar med latent motiverade patienter över telefon**

Fördelar med telefonsamtal med patienterna lyftes också fram. Många påpekade svårigheten i att skapa en motivationsrelation utifrån de begränsade förutsättningarna för fysiska möten. Samtidigt menade flera informanter att man också fick kontakt med patienter som man vanligtvis inte skulle fått tag i. Vid avbokade besök har man tidigare försökt nå patienten för att boka en ny tid, eller skickat ett intressebrev. Om patienten inte velat boka ett nytt besök, kan man tänka sig att dessa patienter verkat ointresserade och bedömts som omotiverade. Vårdgivarna har oftast gett upp kontaktförsöken med dessa patienter eftersom de inte kommit på besöken. Detta överensstämmer med Revstedts (2014) resonemang om kontaktrebus. Under dessa begränsade förutsättningar för fysiska besök så har vårdgivarna istället ringt patienten och på så sätt kunnat få kontakt:

*”Sen har vi en del patienter som bara har varit ett namn på en lista och misslyckats i flera år på grund av att man har haft eller jag har varit så inkörd på att de ska komma hit. Och de gör aldrig det. De ställer in och så bryr de sig inte eller så är de på akuten... men så är det just det, man kan faktiskt bara ringa dem.”*

Informanterna uppgav att man har kunnat etablera kontakter med dessa patienter som vanligtvis hade skrivits ut från mottagningen. Detta har gjort det möjligt för vårdgivarna att försöka så ett frö hos patienten och förmedla hopp till patienten om att hjälp finns, även om denne inte är mottaglig för det just nu (Barth & Näsholm, 2006; Revstedt: 2014). Telefonkontakten har möjliggjort att vårdgivaren kunnat utforska patienten ambivalens vilket i vissa fall gett effekt (Prochaska & Diclementes, 1982). Utforskandet av ambivalens är en nödvändig faktor för förändring, då vårdgivaren på så sätt kan kartlägga hur missbruket påverkar patientens vardagliga liv samt urskilja hur väl livssituationen överensstämmer med patientens önskemål och värderingar (ibid.).

*”... en människa som har varit på akuten år ut och år in i lång tid, och istället då för att människan ska komma hit, så kan jag ringa och ha ett samtal i veckan. Ibland svarar hon, ibland inte, och det har gjort att det åtminstone är längre mellan de här akutbesöken. Hon upplever att hon har ett bättre mående och det hade vi aldrig gjort, eller ens tänkt om vi inte hade varit tvungna med de här telefonkontakterna. Det är positivt.”*

Detta kan förstås utifrån den transteoretiska modellen, det vill säga att den latent motiverade patienten kan ha befunnit sig i den första fasen – före begrundan, och känt en uppgivenhet kring möjligheten att bli hjälpt med sin problematik. Tack vare telefonkontakten, har vårdgivaren kunnat stödja dessa patienter att delvis stiga in i nästkommande fas, det vill säga begrundan. Här har patienten fått en större medvetenhet kring sin beroendeproblematik och börjat reflektera över beroendets konsekvenser, vilket kan ha bidragit till att patienten dragit ner lite på sin alkohol- och/eller drogkonsumtion (Barth & Näsholm, 2006). Flera informanter lyfte också att telefonsamtalen gjorde kontakten med vissa patienter mer flexibel och lättillgängligare. Enligt informanterna kunde de fysiska besöken vara en utmaning för patienterna om de till exempel hade social fobi eller svårt att ta sig hemifrån. Detta är i enlighet med forskning kring internetbaserad missbruksbehandling, där patienterna upplevt vården som mer smidig och tidsbesparande då man inte behövde resa till och från mottagningar (Knowles et al. 2015). Informanterna menade att också att telefonsamtalen gjorde att man kunde ha kortare men tätare kontakt med patienterna som på så sätt möjliggjorde att man skapade en relation med annars svårtillgängliga patienter.

*”...man kan ringa och kanske ha lite tätare kontakt men inte så långa samtal, men man kan ringa upp liksom såhär ”hur går det?” att man ändå stöttar på vägen, så att man inte tappar någon, för det är lätt också att patienter som uteblir så får man ha en ny tid och så ska man hitta dem igen liksom sådär. Jag tycker på telefon så tycker jag nog att man inte tappar patienten så lätt, utan jag kan ringa bara fem minuter ett samtal och se, kolla av läget.”*

En informant lyfte också att telefonkontakten innebar en slags förlängning av mottagningen och att det kunde ses som något positivt att prata med patienten när denne befann sig i sin hemmiljö. Samtalet kunde handla om sådant som hänt patienten där och då och detta främjade relationen. Informanterna uppgav att de blev delaktiga i patientens privatliv på ett annat sätt än vid de fysiska besöken på mottagningen. Utifrån Revstedt (2014) kan detta stärka vårdgivarens *engagemang* för patienten, vilket är en betydelsefull faktor för motivationsrelationen.

### **Bristen på yttre motivationsfaktorer – en utmaning för alla**

Yttre motivation handlar om de resultat som en aktivitet bidrar till, till exempel belöningar i form av pengar etc., (Hein, 2012). För patienterna kan aktiviteten i detta fall ses som att bli drogfri och yttre motivationsfaktorer kan till exempel vara att få ett arbete, hitta en ny

fritidsaktivitet eller liknande. De patienter som befinner sig i fas tre – besluts – och förberedelsefasen och börjar ta steg i riktningen mot att leva ett drogfritt liv, där vårdgivarna haft längre kontakt och etablerat en relation fungerade telefonkontakt bra (Barth & Näsholm, 2006). Det som informanterna uppgav som hinder för motivationsarbetet för dessa patienter var många gånger sådant som låg utanför vårdgivarens makt att påverka, till exempel väntetider till psykologutredningar. I början av covid-19 utbrottet gjorde psykologerna på mottagningen inga utredningar på patienterna, på grund av smittorisken som förelåg. När psykologutredningarna i ett senare skede kom igång igen resulterade detta i att det blev långa köer för patienterna att få en utredning. Flera vårdgivare uttryckte att psykologutredningar i syfte att få en diagnos, till exempel ADHD, var en yttre motiverande faktor. Det påverkade därför motivationsarbetet negativt eftersom man inte med säkerhet kunde garantera patienterna när en utredning skulle påbörjas efter det att kravet om drogfrihet uppnåts.

*”Det har varit ganska utmanande liksom, att inte kunna ge patienterna svar på när kan en utredning komma igång då... eller liksom. Ja. Det har ändå... det har påverkat det ganska mycket. Att liksom, att vi har tvingats... att vi inte heller haft svar på när det där ska ta slut eller aa, när kan vi erbjuda det som det är tänkt att vi ska, liksom... Det tycker jag är speciellt med våra patienter att liksom deras motivation kan ju svaja och det kan ju hända ganska mycket under en ganska kort tid liksom, man vill gärna liksom kunna ge dem liksom något, typ en belöning för det som de kämpar för eller aa, amen att det ska komma när man liksom säger att det ska det. Det har ju varit svårt nu faktiskt.”*

Andra utmaningar som vårdgivarna stod inför var att försöka stödja manifest motiverade patienter i bibehållandet av deras motivation under de rådande förutsättningarna som pandemin medfört. Flertalet vårdgivare beskrev att patienterna har haft svårt att till exempel komma igång med sysselsättning, hitta sociala sammanhang att vara i och att hantera tristessen. Nedanstående informant menade att avsaknaden av så kallade yttre motivationsfaktorer var utmanande för såväl den som hade en längre tids drogfrihet och för den som fortfarande försökte bli drogfri (Hein, 2012).

*”... och då är det ”ja, vad har hänt sedan sist?” ”ja, ingenting, jag har inte gjort någonting, kan inte göra något”. Och ja visst, han är ju drogfri för att det var han innan, men de människorna som inte har längre drogfrihet eller... det är jättesvårt för dem. De är ju precis som vi andra – tristess. Jag menar, det är alltid en orsak till att man missbrukar, väldigt ofta är det dåligt mående liksom och då plötsligt nu i en pandemi där du inte kan göra någonting. Du kan inte... du får ingen praktikplats såklart, du får inte träffa människor, du kan inte ens gå ut och gå liksom och träffa andra människor på ett café eller ens gå i en galleria liksom. Och då blir det ju svårare för dem, de mår ju sämre och det gör ju i sin tur att de dricker mer eller tar mer droger. Det är min tanke åtminstone kring det.”*

Fysisk hälsa, meningsfull fritid och samhällsengagemang är bland annat sådant som bedöms viktigt för patienters förmåga till förändring (Revstedt, 2014). Det framkom i intervjuerna att det varit en utmaning för motivationsarbetet att väcka och bibehålla patienternas motivation utifrån pandemins förutsättningar.

*”Och det är ju en del av motivationen på något sätt, att liksom någonting ska hända som inte händer här utan, jobb eller så, och då kanske man har blivit av med jobbet, eller det finns inga jobb, eller.. någon som har så, ja men hjälp med någon kontakt för att komma ut i arbetslivet så är det också på telefon. Så att de har alla sina kontakter på telefon. Det gör ju... sen vet ingen av de här kontakterna när något ska förändras. Det gör ju mycket med dem. Att man tappar motivationen på det stora hela, liksom så. Det har ju varit svårt att förhålla sig till det.”*

Informanterna beskrev att det ställde högre krav på deras engagemang som motivationsarbetare. En informant menade att det var svårt att som vårdgivare att förmedla hopp till patienten i den här situationen, eftersom man förstod att situationen var svår för patienterna. Informanten uppgav att det var viktigt att validera patientens känslor och bekräfta att det var svårt, samtidigt som man betonade vikten av att patienten inte skulle ge upp. Revstedt (2014) betonar bland annat *engagemang, hopp, tilltro, förståelse* som viktiga för motivationsrelationen. Utifrån den rådande situationen med sociala restriktioner tycks dessa egenskaper ha varit ännu mer betydelsefulla för att bedriva ett bra motivationsarbete.

## **Kapitel 7. Diskussion**

Syftet med denna studie var att undersöka vårdgivares erfarenheter av motivationsarbete under begränsade förutsättningar för fysiska möten med patienter med samsjuklighet samt alkohol- och drogproblematik. Det empiriska underlaget analyserades med utgångspunkt i Revstedts teori om motivationsarbete, begrepp såsom motivationsrelation, latent/manifest

motivation och kontaktrebus samt tidigare forskning. I analysen blev det tydligt att det hade betydelse var i förändringsprocessen patienten befann sig, varför den transteoretiska modellen också applicerades på materialet. Resultatet visar att informanterna upplevde både för- och nackdelar med motivationsarbetet under rådande förhållanden. När de sociala restriktionerna infördes upplevde informanterna att det var en utmaning att hitta nya sätt att tillhandahålla vården på eftersom man nu skulle begränsa antalet fysiska besök. Man provade flera samtalsverktyg innan man slutligen fann att telefonsamtal var det som fungerade bäst, vilket påverkade motivationsarbetet eftersom man under denna tid hade mindre kontakt med patienterna. Det visade sig att kartläggningar fungerade bra att hålla över telefon, vilket man hade hoppats att man insett tidigare då det uppstod en del väntetid innan man kunde etablera vårdkontakt med nya patienter. Hur de begränsade möjligheterna för fysiska möten påverkade motivationsarbetet var varierande. De flesta informanterna var ense om att det var svårare att skapa en tillitsfull och bärande relation med nya patienter som var i behov av motivationshöjande samtal. Resultaten visar att det bästa för relationskapandet hade varit att träffa patienten åtminstone en gång.

Informanterna uppgav att de sociala restriktionerna också påverkat möjligheten till gruppverksamhet som mottagningen tidigare haft. Detta påverkade motivationsarbetet negativt, eftersom man inte kunde ersätta det sociala stöd som grupperna inneburit över telefon. Informanterna uppgav också att det var svårt att stödja patienterna i att hitta nya sociala sammanhang i samhället, eftersom samhället i stort påverkats av de sociala restriktionerna. Det var också en nackdel för motivationsarbetet att patienterna inte träffade annan vårdpersonal, som de naturligt hade gjort om de kommit till mottagningen för att exempelvis ta prover. Informanterna arbetade ensamma med patienterna i större utsträckning och kunde inte få samma kollegiala stöd som de annars skulle ha fått. Detta bedömdes också påverka motivationsarbetet negativt, då man gick miste om andra vårdgivares synpunkter. Alkohol- och drogprover gjordes inte i lika stor utsträckning längre, vilket informanterna menade var en nackdel eftersom det var svårt att veta om patienterna var drogfria eller inte. Man kunde inte heller uppvisa provresultaten för patienterna vilket framhölls som negativt för motivationsarbetet, då man annars använde dessa för att ha något konkret att utgå ifrån. Flertalet informanter tog också upp negativa aspekter av att inte se patienterna och kunna göra bedömningar kring patientens status.

I de flesta av fallen visar resultaten att fysiska besök var att föredra framför telefonbesök, i synnerhet när det gäller nya patienter som bedöms lågmotiverade. Dock uppgav informanterna att man genom telefonkontakten fångat upp en grupp patienter som man vanligtvis skulle ha tappat på grund av kravet på att patienterna måste komma på plats. Slutligen framhölls utmaningen i att bedriva motivationsarbete med brist på yttre motivationsfaktorer, såsom begränsade möjligheter att hitta sysselsättning och ha en meningsfull fritid. Flera informanter uppgav också de långa väntetiderna till psykologutredningar som uppkommit till följd av pandemin hade negativ inverkan på motivationsarbetet. Motivationsarbetet under den rådande situationen har handlat om att försöka upprätthålla patienternas motivation att inte ge upp. Informanternas erfarenhet av samtalskontakt över telefon har varit positiv i de fall då en bärande relation till patienten redan existerar. I dessa fall fungerar telefonsamtal bra och flertalet informanter önskar att kombinera fysiska besök med telefonbesök med vissa patienter efter det att pandemin är över.

### **Slutdiskussion**

Motivationsarbete är ett arbetsområde som många olika yrkeskategorier bedriver. Utöver att bedriva motivationsarbete bidrar kuratorn även med det sociala perspektivet. Förståelse för patientens sociala kontext har betydelse för tillfrisknandet. En missbrukare som är arbetslös, ensam och isolerad kan kanske inte tillfriskna om inte denne får hjälp och stöd med sin sociala situation. I detta sammanhang har kuratorn en viktig roll.

Det viktigaste resultatet i föreliggande studie är att vissa patienter som av olika skäl tidigare inte etablerat någon kontakt med mottagningen kunde etablera kontakt via telefon. Det visar att traditionella personliga möten inte passar alla patienter. För många patienter kan det vara en trygghet att inte sitta mittemot behandlaren. En telefonkontakt kan leda till att en del patienter vågar öppna sig mer.

Rådande pandemi har orsakat stora problem för samhället i form av mänskligt lidande. Den har kanske också bidragit till att utvecklingen av mera okonventionella former för patientkontakt har skapats inom hälso- och sjukvården. Framtida forskning får undersöka i vad mån telefonkontakter i samband med motivationsarbete kan vara ett viktigt instrument.

## Referenser

Ahrne, G. & Svensson, P. (2018). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap. I Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber.

Ammon, L., J. Bond, H. Matzger, and C. Weisner. 2008. "Gender Differences in the Relationship of Community Services and Informal Support to Seven-Year Drinking Trajectories of Alcohol-Dependent and Problem Drinkers." *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 69 (1): 140–150. doi:10.15288/jsad.2008.69.140.

Aldemir, E, Berk, G & Coskunol, H 2018, 'The Effects of the Addiction Programme of Probation on Treatment Motivation, Abstinence and Quality of Life: a Comparative Study with Motivational Interviewing and Individual Intervention', *NOROPSIKIYATRI ARSIVI-ARCHIVES OF NEUROPSYCHIATRY*, vol. 55, no. 3, pp. 261–270.

Axelsson, R & Bihari Axelsson, S. (2006). *Integration and collaboration in public health – a conceptual framework*. *The international journal of health planning and management*, 21(1):75-88.

Barnes R.D. & Ivezaj V. (2015) *A systematic review of motivational interviewing for weight loss among adults in primary care*. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity* 16(4), 304- 318.

Barth, T & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI, att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Bergmark, A & Oscarsson, L (2000). Vilket är problemet? I: Berglund, M. (red.), *Behandling av alkoholproblem*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete.

Billinger, K & Hübner, L. (red). (2009) *Alkohol och droger: samhällsvetenskapliga perspektiv*. Malmö: Gleerups.

Billinger, Kajsa (2007) *Motivationsarbete i missbruksvården*. I: Kajsa Billinger och Lena Hübner (red.), *Alkohol och droger - samhällsvetenskapliga perspektiv*. Malmö: Gleerups

utbildning AB

Blomqvist, J. (2009) Vad är problemet? Perspektiv på missbruk och beroende. I *Missbruk och behandling*, (red): *Gamla problem – nya lösningar?* (elektronisk resurs). Socialtjänstforum - ett möte mellan forskning och socialtjänst. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och social forskning – FAS. Tillgänglig:

<http://www.fas.se/upload/dokument/publiktioner/pdf/Missbruk.pdf> (2012-03-05).

Brinkmann, S & Kvale, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. London: Sage.

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Burke B.L., Arkowitz H. & Menchola M. (2003) *The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(5), 843-861.

Cabassa, L., A. Nicasio, and R. Whitley. 2013. “*Picturing Recovery: A Photovoice Exploration of Recovery Dimensions among People with Serious Mental Illness.*” *Psychiatric Services* 64 (9): 837–842. doi:10.1176/appi.ps.201200503.

CAN (2019). *Drogutvecklingen i Sverige 2019 – med fokus på narkotika*. Rapport nr. 180. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Davidson, L., and W. White. 2007. “The Concept of Recovery as an Organizing Principle for Integrating Mental Health and Addiction Services.” *Journal of Behavioural Health Services and Research* 34 (2): 109–120. doi:10.1007/s11414-007-9053-7.

Denhov, A., and A. Topor. 2012. “*The Components of Helping Relationships with Professionals in Psychiatry: Users’ Perspective.*” *International Journal of Social Psychiatry* 58 (4): 417–424. doi:10.1177/0020764011406811.

Dong-Min, K., B. Wampold, and D. Bolt. 2006. “*Therapists Effect in Psychotherapy: A Random-Effects Modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression*



*Collaborative Research Program Data.*” *Psychotherapy Research* 16 (2): 161–172.  
doi:10.1080/10503300500264911.

Dunn C., Deroo L. & Rivara F.P. (2001) The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 96(12), 1725-1742.

Eriksson-Zetterquist, U & Ahrne, G. (2018). *Intervjuer. I: Handbok i kvalitativa metoder.* Ahrne, G & Svensson, P (red) 2.4 Uppl. Malmö: Liber.

Ekström, V., Johansson, M. (2019). *Sort of a nice distance: a qualitative study of the experiences of therapists working with internet-based treatment of problematic substance use.* *Addict Sci Clin Pract* **14**, 44.

Fahlberg, G. (2006) *Socialtjänstlagarna.* Stockholm: Liber AB.

Fahlberg, G. Julin, S. & Rundqvist, K. (2004) *Lagtexter för socialtjänsten.* Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Folkhälsomyndigheten. (2020). Folkhälsomyndigheten utlyser en mycket hög risk för samhällsspridning i Sverige: [https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv\(2020/mars/flera-tecken-pa-samhallsspridning-av-covid-19-i-sverige/](https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv(2020/mars/flera-tecken-pa-samhallsspridning-av-covid-19-i-sverige/), [Hämtad: 2021-02-18]

Forsberg, L. Ernst, D. & Farbring, C, Å. (2010). *Learning motivational interviewing in a real-life setting: A randomised controlled trial in the Swedish Prison Service.* *Criminal Behavior and Mental Health.* Vol: 21, ss. 177-188. DOI: 10.1002/cbm.792.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness.* *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Green, C., M. Yarborough, M. Polen, S. Janoff, and B. J. Yarborough. 2015. “*Dual Recovery among People with Serious Mental Illnesses and Substance Problems: A Qualitative*

*Analysis.*” Journal of Dual Diagnosis 11 (1): 33–41. doi:10.1080/15504263.2014.975004.

Heilig, M. (2011) *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hein, H. H. (2012). *Motivation: Motivationsteorier & praktisk tillämpning*. Malmö: Liber AB.

Hettema J., Steele J. & Miller W.R. (2005) *Motivational interviewing*. Annual Review of Clinical Psychology 1, 91-111.

Hettema J.E., Ernst D., Williams J.R. & Miller K.J. (2014) *Parallel processes: using motivational interviewing as an implementation coaching strategy*. The Journal of Behavioral Health Services & Research 41(3), 324-336.

Hibbert, L., and D. Best. 2011. “Assessing Recovery and Functioning in Former Problem Drinkers at Different Stages in Their Recovery Journeys.” Drug and Alcohol Review 30: 12–20. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00190.x.

Hollis J.L., Williams L.T., Collins C.E. & Morgan P.J. (2014) *Does motivational interviewing align with international scope of practice, professional competency standards, and best practice guidelines in dietetics practice?* Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 114(5), 676-687.

Inspektionen för vård och omsorg. (2016) *Samverkan för patienter och brukares välbefinnande. Missbruks- och beroendevården*. Utgiven: www.ivo.se , december 2016.

Jenner, H. (2004). *Motivation och motivationsarbete i skola och behandling*. Skolverket: Stockholm.

Johnson, E. mfl. (2000). *Narkotikamissbruk: Debatt, behandling och begrepp*. Studentlitteratur: Lund.

Johnsson, Eva, Laanemets, Leili & Svensson, Kerstin (red.) (2009). *Narkotikamissbruk: debatt, behandling och begrepp*. 2., [red.] uppl. Lund: Studentlitteratur.

Johnson B, Richert, T & Svensson, B. (2017). *Alkohol- och narkotikaproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Kaner EF, Beyer FR, Garnett C, Crane D, Brown J, Muirhead C, et al. *Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations*. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9:011479.

Khadjesari Z, Stevenson F, Godfrey C, Murray E. *Negotiating the “grey area between normal social drinking and being a smelly tramp”*: a qualitative study of people searching for help online to reduce their drinking. *Health Expect*. 2015;18(6):2011–20.

Knight K.M., McGowan L., Dickens C. & Bundy C. (2006) *A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings*. *British Journal of Health Psychology* 11(2), 319-332.

Knowles SE, Toms G, Sanders C, Bee P, Lovell K, Rennick-Egglestone S, et al. *Qualitative meta-synthesis of user experience of computerised therapy for depression and anxiety*. *PLoS ONE*. 2014;9(1):e84323.

Kristiansen, Arne. (1999). *Fri från narkotika - Om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare*. Diss., Umeå universitet.

Larsson, S. (2005). *Kvalitativ metod I*: S. Larsson, J. Lilja, K. Mannheimer (red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Laudet, A., S. Magura, H. Vogel, and E. Knight. 2000. “*Support, Mutual Aid and Recovery from Dual Diagnosis*.” *Community Mental Health Journal* 36 (5): 457–476.

Laudet, A., and W. White. 2008. “*Recovery Capital as Prospective Predictor of Sustained Recovery, Life Satisfaction, and Stress among Former Poly-Substance Users*.” *Substance Use and Misuse* 4 (1): 27–54. doi:10.1080/10826080701681473.

Ljungberg, A., A. Denhov, and A. Topor. 2015. “*The Art of Helpful Relationships with*

*Professionals: A Meta-Ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness.*” *Psychiatr Quarterly* 86 (4): 471–495. doi:10.1007/s11126-015-9347-5.

Lundahl B. & Burke B.L. (2009) *The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses.* *Journal of Clinical Psychology* 65(11), 1232-1245.

Lundahl B., Moleni T., Burke B.L., Butters R., Tollefson D., Butler C. & Rollnick S. (2013) *Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* *Patient Education and Counseling* 93(2), 157-168.

Lundahl B.W., Kunz C., Brownell C., Tollefson D. & Burke B.L. (2010) *A metaanalysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies.* *Research on Social Work Practice* 20(2), 137-160.

Madson M.B., Loignon A.C. & Lane C. (2009) *Training in motivational interviewing: a systematic review.* *Journal of Substance Abuse Treatment* 36(1), 101-109.

Martins R.K. & McNeil D.W. (2009) *Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors.* *Clinical Psychology Review* 29(4), 283-293.

Miller W.R. & Rollnick S. (2013) *Motivational interviewing: helping people change.* Guilford Press, New York.

Miller W.R. & Rose G.S. (2009) *Toward a theory of motivational interviewing.* *The American Psychologist* 64(6), 527-537.

Morgenstein, J., A. Houge, C. Dasaro, A. Kuerbis, and S. Dauber. 2008. “*Characteristics of Individuals Screening Positive for Substance Use in a Welfare Setting.*” *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 69 (4): 561–570.

Morton K., Beauchamp M., Prothero A., Joyce L., Saunders L., Spencer-Bowdage S., Dancy B. & Pedlar C. (2015) *The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review.* *Health Psychology Review* 9(2), 205-

223.

Mueser, K., and S. Gingerich. 2013. "Treatment of Co-Occurring Psychotic and Substance Use Disorders." *Social Work in Public Health* 28 (3–4): 424–439.

doi:10.1080/19371918.2013.774676.

Nordström, Erik, Josephson, Iréne, Hedberg, Berith & Kjellström, Sofia (2016). *Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan (SIP)*. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1:35-57, 23 s

Revstedt, P. (2014). *Motivationsarbete*. Stockholm: Liber utbildning AB.

Roush, S., M. Corbett, E. Carpenter-Song, and R. Drake. 2015. "First-Person Perspectives on Dual Diagnosis Anonymous (DDA): A Qualitative Study." *Journal of Dual Diagnosis* 11 (2): 136–141. doi:10.1080/15504263.2015.1025215.

Rubak S., Sandbaek A., Lauritzen T. & Christensen B. (2005) *Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis*. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 55(513), 305-312.

Pallaveshi, L., K. Balanchandra, P. Subramanian, and A. Rudnick. 2013. "Peer-Led and Professional-Led Group Interventions for People with Co-Occurring Disorders: A Qualitative Study." *Community Mental Health Journal* 50 (4): 388–394. doi:10.1007/s10597-013-9612-8.

Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 276–288.

Sælør, K. T., O. Ness, M. Borg, and S. Biong. 2015. "You Never Know What's around the Next Corner: Exploring Practitioners' Hope Inspiring Practices." *Advances in Dual Diagnosis* 8 (3): 153–162. doi:10.1108/ADD-05-2015-0010.

Schmidt, L., M. Hesse, and J. Lykke. 2011. "The Impact of Substance Use Disorders on the Course of Schizophrenia – A 15 Year Follow-Up Study: Dual Diagnosis over 15 Years."

Schizophrenia Research 130 (3): 228–233. doi:10.1016/j.schres.2011.04.011.

SFS 2001:453. Socialtjänstlagen. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1988:870. Lag om vård av missbrukare i vissa fall. Stockholm: Socialdepartementet.

Skogens, L., N. von Greiff, and J. E. Ekström. 2017. “*Positiva förändringsprocesser bland unga vuxna i öppenvård.*” Socialvetenskaplig tidskrift 24 (1): 39–57.

SKR (2020). *Snabb ökning av digitala vårdtjänster*, SKR:

[https://skr.se/5.5b4505d4171dc987b1e46029.html?utm\\_source=notifiering&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=press](https://skr.se/5.5b4505d4171dc987b1e46029.html?utm_source=notifiering&utm_medium=email&utm_campaign=press), hämtad den 2020-05-11.

Socialstyrelsen (2019). Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Artikelnummer: 2019-11-6481.

Socialstyrelsen (2019). *Statistik om dödsorsaker 2018* (artikelnummer 2019-9-6298), Bilaga – Tabeller – Statistik om dödsorsaker 2018. Tabell 8.

Socialstyrelsen (2020). *Covid-19 har påverkat vårdkontakter, operationer och väntetider.* (artikelnummer 2020-06-17- nr. 5.7-20495/2020.

Söderlund, L. (2010). *Motivational interviewing in theory and practice*. Diss. Linköping: University Medical Dissertations.

Söderlund L.L., Madson M.B., Rubak S. & Nilsen P. (2011) *A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners*. Patient Education and Counseling 84(1), 16-26.

Starrin, B. (1994). Om distinktionen kvalitativ- kvantitativ i social forskning. I Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur AB, ss. 11-39.

Svensson Kerstin (2000). ”Motivationsarbetets praktiska ramar.” I: Johnsson Eva, Laanemets

Leili och Svensson Kerstin (red). *Narkotikamissbruk. Debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Sverige, M. *Missbruket, kunskapen, vården* : Missbruksutredningens forskningsbilaga : delbetänkande / av Missbruksutredningen [Elektronisk resurs]: Fritze.

Trulsson, K., and U.-C. Hedin. 2004. "The Role of Social Support When Giving up Drug Abuse: A Female Perspective." *International Journal of Social Welfare* 13 (2): 145–157. doi:10.1111/j.1369-6866.2004.00308.x.

Vasilaki E.I., Hosier S.G. & Cox W.M. (2006) The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism* 41(3), 328-335.

Verhoeks C, Teunissen D, van der Stelt-Steenbergen A, Lagro-Janssen A. Women's expectations and experiences regarding e-health treatment: a systematic review. *Health Inform J*. 2017. <https://doi.org/10.1177/1460458217720394>.

von Greiff, N., and L. Skogens. 2014. "The Mechanisms of Treatment – Client and Treatment Staff Perspectives on Change during Treatment for Alcohol Problems." *Nordic Social Work Research* 4 (2): 129–143. doi:10.1080/2156857X.2013.834840.

von Greiff, N., and L. Skogens. 2017. "Positive Processes of Change among Male and Female Clients Treated for Alcohol And/Or Drug Problems." *Journal of Social Work* 17 (2): 186–206. doi:10.1177/1468017316638576.

von Greiff, N., and L. Skogens & A., Topor (2018). *Supporting recovery in social work with persons having co-occurring problems – clients' and professionals' perceptions*. *Nordic Social Work Research*, 10:2, 179-185, DOI: 10.1080/2156857X.2018.1520739

Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate – Models, Methods and Finding*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Öjehagen, A & Cruce H, Hansson L, Sandlund M, Tengvald K. (2010) *Kunskapslyft på det psykosociala fältet!* *Socialvetenskaplig tidskrift* nr 3-4, 330-332

Öjehagen, A. (2011). *Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom*. Rapport till missbruksutredningen (SOU 2011:6).

## **Bilaga 1. Informationsbrev**

### **Erfarenheter av motivationsarbete under pågående pandemi med patienter som har beroendeproblematik**

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Syftet med undersökningen är att få mer kunskap om vårdgivares erfarenheter av motivationsarbete under pågående corona-pandemi med patienter som har beroendeproblematik. Ditt bidrag är viktigt eftersom Du bär på värdefull kunskap kring hur motivationsarbetet har varit under dessa speciella omständigheter som corona-pandemin har medfört.

Om Du väljer att delta i intervjuundersökningen kommer Du att bli kontaktad via e-mejl för att boka tid för intervju. Intervjuerna sker antingen på mottagningen eller via telefon/zoom utifrån Dina önskemål och behov. De områden som kommer att beröras i intervjustudien är dina tankar och erfarenheter av motivationsarbete, din syn på covid-19 och din upplevelse av hur det påverkat motivationsarbetet. Jag kommer också be om några bakgrundsuppgifter såsom hur lång arbetserfarenhet Du har.

Inga personliga uppgifter om dig registreras under intervjun. Om Du väljer att delta behöver jag dock ditt namn och eventuellt telefonnummer. Deltagande i studien är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak, ditt bidrag kommer då inte att ingå i studien. Intervjun som Du deltar i kommer att skrivas ned ordagrant varefter ljudfilerna kommer att raderas. Resultatet av studien kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Intervjun kommer att ta ca 45-60 minuter.

Alla uppgifter Du lämnar under intervjun är sekretesskyddade och anonyma.

Intervjuformulären förvaras inlåsta under undersökningens gång, inga obehöriga har tillgång till intervjuerna.

Om Du vill delta i undersökningen så ber jag att Du besvarar detta e-mejl. Jag kommer att ta kontakt med Dig via mejl, så bestämmer vi tid för intervju/telefonintervju.

Jag som vill intervjua dig är socionom och läser till hälso- och sjukvårdskurator. Studien ingår som ett examensarbete i hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet vid Lunds universitet.

Har du några ytterligare frågor som du önskar bli besvarade innan Du bestämmer dig så kontakta mig.

Med vänlig hälsning Jill Lundberg



## **Bilaga 2. Intervjuguide**

### **Bakgrundsfrågor**

- Namn?
- Yrkesroll?
- Hur länge har du arbetat här?
- Vad har du arbetat med tidigare?

### **Allmänt**

- Vad har du för erfarenhet av motivationsarbete?
- Vad betyder motivationsarbete för dig?
- Vad gör motivationsarbete till något bra?
- Vad gör motivationsarbete till något svårt?
- Vad är det man vill uppnå med motivationsarbetet?

### **Covid-19**

- Kan du berätta om dina erfarenheter av motivationsarbete under pandemin?
- Finns det något som har fungerat bra?
- Finns det något som fungerat sämre?
- Upplever du att pandemin har påverkat motivationsarbetet, på vilket sätt?

### **Följdfrågor:**

- Kan du berätta mer?
- Hur påverkades du?
- Har jag förstått dig rätt?

## **Bilaga 3. Klassificeringssystem för missbruk och beroende**

### **ICD-10**

Minst tre av följande sex kriterier ska vara uppfyllda för beroende enligt ICD-10:

1. Stark längtan efter drogen, ”sug”.
2. Svårigheter att kontrollera intaget.
3. Förekomst av abstinenssymtom.
4. Toleransökning.
5. Drogen prioriteras framför andra förpliktelser eller aktiviteter.
6. Fortsatt konsumtion trots skadliga effekter (CAN, 2020).

### **DSM-5**

I DSM-5 har beroende och missbruk slagits samman under diagnosen substanssyndrom och den omfattar alla typer av substanser oavsett om det rör sig om alkohol eller tabletter. För att diagnosens svårighetsgrad ska betecknas som allvarlighetsgrad mild uppfylls två eller tre av nedanstående kriterier, för måttlig 4-5 och för svår mer än 5:

1. Ökad tolerans, antingen ökad mängd för önskvärd effekt eller minskad effekt vid fortgående bruk.
2. Typiska abstinenssymtom eller fortsatt bruk för att förhindra abstinens.
3. Drogen används i större omfattning och under längre tid än vad som avsågs.  
Kontrollförlust.
4. Önskan eller misslyckade försök att minska eller sluta med drogen.
5. Betydande del livet går åt att skaffa, konsumera eller återhämta sig från bruket av substansen.
6. Viktiga sociala aktiviteter, såsom skola och arbete försummas till följd av substansbruket.
7. Fortsatt bruk trots vetskap om psykiska och fysiska skadeeffekter.
8. Vid upprepade tillfällen uteblivit ifrån arbete, skola etc., eller haft svårt att fullgöra sina skyldigheter i andra sammanhang på grund av drogen.
9. Riskerat och utsatt sig själv eller andra i sin omgivning för fara under drogintaget, till exempel rattfylla.
10. Fortsatt konsumtion trots återkommande problem av social natur på grund av drogeffekterna.

## Bilaga 4. Exempel ur analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Sen har vi en del patienter som bara har varit ett namn på en lista och misslyckats i flera år på grund av att man har haft eller jag har varit så inkörd på att de ska komma hit. Och de gör aldrig det. De ställer in och så bryr de sig inte eller så är de på akuten... men så är det just det, man kan faktiskt bara ringa dem.	Patienter som förblivit anonyma då de ej kommit till mottagningen eftersom vårdgivare varit inkörda på att de måste komma. Genom telefonkontakt kan dessa fångas upp och etablera kontakt.	Positiva konsekvenser för patienter	Fördelar med latent motiverade patienter över telefon	Fördelar och nackdelar med omställningen från fysiska besök till patientkontakter över telefon
Om patienten inte är helt med och behöver motiveras mycket, då kanske man tappar lite av kontakten. Det är just den delen som man behöver pusha och inspirera. Så. Den tar man bort på telefon. Det är just den där ambivalenta: ”ehh jag vill inte”... det, det tycker jag inte har funkat bra.	En del patienter bedöms behöva komma till mottagningen för att motiveras.	Negativa konsekvenser för patienter av enbart telefonkontakter.	Svårigheter med latent motiverade patienter över telefon.	Fördelar och nackdelar med omställningen från fysiska besök till patientkontakter över telefon.

