



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet

## **Inte bara en droppe i havet?**

En tematisk analys av svenska och danska psykologers  
erfarenheter av att arbeta inom missbruksvården

**Linus Castro Sköld & Axel Martinsson**

Psykologexamensuppsats. 2022

Handledare: Martin Svensson

Examinator: Tove Lundberg

## Abstract

The aim of this qualitative study was to investigate psychologists' experiences of working in addiction care in Sweden and Denmark. Six semi structured interviews were conducted with three Swedish and three Danish psychologists, and the material was analysed using a reflective thematic analysis. Three main themes were identified; *“The patient, the psychologist and society”* which describes how the organisation and politics influences the care and the participants; *The misunderstood patient* which describes the participants view of their patients and their difficulties and; *Treatment: Where do we go from here?* detailing the treatment of their patients. Differences between the Danish and the Swedish participants were mostly seen on a societal level, while treatment and views of the patients were more similar. The participants experienced the public view of addicts as negative and simplified which contrasted against their own positive view of their patients. They also expressed that stigmatization of their patients is common. The participants described substance use disorder as a complex condition which is difficult to treat. According to their experience there are large problems within addiction care on an organisational and political level. They expressed that the expectation of complete abstinence from drugs is sometimes misguided, unrealistic and unhelpful for the patients. Despite difficulties the participants reported that their job brings them plenty of joy and meaning.

Keywords: substance use disorder, SUD, addiction, experiences, psychologist

## Sammanfattning

Denna kvalitativa studie syftade till att undersöka psykologers erfarenheter av att arbeta inom missbruksvården i Sverige och Danmark. Sex semistrukturerade intervjuer utfördes med tre svenska och tre danska psykologer, och materialet från dessa intervjuer analyserades via en reflexiv tematisk analys. Tre huvudteman identifierades; *Patienten, psykologen och samhället*, vilket handlar om organisation och politik och hur denna påverkar vården och deltagarna; *Den missförstådda patienten* vilken beskriver deltagarnas syn på sina patienter och deras svårigheter samt; *Behandling: Vad gör vi? Vart ska vi?* vilket handlar om hur deltagarna arbetar behandlade med sina patienter. Skillnaderna mellan de danska och de svenska deltagarnas erfarenheter var tydligast på en organisatorisk och samhällelig nivå, medan behandling av och syn på patienter inte skilde sig åt nämnvärt mellan deltagarna i respektive land. Deltagarnas upplevelse var att den allmänna bilden av missbrukare är betydligt mer negativ än deras bild av sina patienter och att missbrukare ofta stigmatiseras. Missbruk beskrevs som ett svårbehandlat och komplext tillstånd. Deltagarnas erfarenheter talade för att det finns stora organisatoriska och politiska problem inom missbruksvården. De uttryckte att förväntningen på total drogfrihet ofta är missriktad och orealistisk och inte alltid gagnar patienten. Trots svårigheterna uttryckte deltagarna att arbetet ger dem mycket glädje och meningsfullhet.

Nyckelord: substansmissbruk, SUD, beroende, erfarenheter, psykologer

## **Tack!**

Vi vill framför allt tacka våra fantastiska deltagare för att ni så generöst delat med er av era erfarenheter och tankar. Utan er hade den här uppsatsen aldrig blivit av. Tack till vår handledare Martin Svensson för hans stora engagemang och stöd genom arbetet. Vi vill även tacka våra familjer och vänner som på alla möjliga sätt stöttat oss under vår utbildning.

## Innehållsförteckning

<b>Inte bara en droppe i havet? En tematisk analys av svenska och danska psykologers erfarenheter av att arbeta inom missbruksvården .....</b>	<b>1</b>
Samhällssyn och lagstiftning .....	1
Missbruksdiagnoser, etiologi och samsjuklighet .....	2
Kringliggande faktorer och stigma .....	4
Missbruksvården i Sverige och Danmark .....	5
Behandling .....	7
Att arbeta med missbrukare .....	8
Syfte och frågeställning .....	9
<b>Metod .....</b>	<b>10</b>
Design .....	10
Reflexivitet.....	11
Deltagare .....	11
Procedur .....	12
Dataanalys.....	13
Etiska överväganden .....	14
<b>Resultat .....</b>	<b>15</b>
Tabell 1 .....	15
Patienten, psykologen och samhället .....	15
Varför kan vi inte hjälpa alla?.....	16
Patienter faller mellan stolarna .....	17
Missbruk i politik och samhällsdebatt .....	19
Den missförstådda patienten .....	21
Utsatthet och sårbarhet.....	21
Det svåra livet som missbrukare .....	22

Skev bild av missbrukare .....	24
Behandling: Vad gör vi? Vart ska vi? .....	25
Relationens vikt .....	26
Det finns ingen universalbehandling .....	27
Vad är en framgångsrik behandling? .....	29
<b>Diskussion .....</b>	<b>31</b>
Positiv patientsyn .....	31
Negativ syn på organisation och politik.....	32
Missbruk som symtom.....	33
Behandlingens mål och viktiga komponenter.....	34
Drogrelaterad dödlighet .....	35
Metodologiska styrkor och svagheter .....	36
Vidare forskning .....	37
<b>Referenser .....</b>	<b>39</b>
Bilaga 1: Informationsmail .....	48
Bilaga 2: Informationsmail (engelska).....	49
Bilaga 3: Informerat samtycke.....	50
Bilaga 4: Informerat samtycke (engelsk version) .....	52
Bilaga 5: Intervjuguide .....	54
Bilaga 6: Intervjuguide (engelsk version).....	55
Bilaga 7: Diagnoskriterier för substansbrukssyndrom och beroendesyndrom .....	56
Bilaga 8: Lista över ursprungscitat på engelska .....	58

## **Inte bara en droppe i havet? En tematisk analys av svenska och danska psykologers erfarenheter av att arbeta inom missbruksvården**

Substansmissbruk är ett allvarligt och utbrett samhällsproblem, i det svenska såväl som i det danska samhället. År 2010 stod substansmissbruk för 1,3 procent av den totala sjukdomsbördan i det svenska samhället (Agardh et al., 2015). Den totala samhällskostnaden relaterad till substansmissbruk beräknades uppgå till cirka 26 miljarder kronor per år (Socialstyrelsen, 2019b), där en individ med tungt substansmissbruk varje år beräknades kosta samhället 2,3 miljoner kronor. Detta var ungefär dubbelt så mycket som den årliga kostnaden för en person med alkoholmissbruk (Socialstyrelsen, 2019b). Enligt centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN) undersökning (2021) uppfyllde ungefär två procent av befolkningen kriterierna för substansbrukssyndrom (SUD) i Sverige, varav 0,4 procent bedömdes ha ett svårt SUD. Som en jämförelse var punktprevalensen för depression sju procent (Ottoson, 2015). År 2018 vårdades 52 000 personer på grund av missbruksproblematik i Sverige, vilket var en ökning med 20 procent under de senaste tio åren (Socialstyrelsen, 2019b). I Danmark uppskattade Sundhetsstyrelsen att cirka 52 000 har ett högriskbruk av opiater, centralstimulerande medel eller ett blandmissbruk. Ytterligare 32 600 hade en problematisk konsumtion av cannabis (Sundhetsstyrelsen, 2019). Enligt EMCDDA:s europeiska narkotikarapport (2021) dog 540 personer i överdoser i Sverige 2019 medan den siffran i Danmark 2018 var 173. Dessa siffror bör dock behandlas med viss försiktighet då det finns att antal felkällor, som exempelvis antalet obduktioner som utförs i respektive land, vilket försvårar rättvisande jämförelser länder emellan (EMCDDA, 1998). I denna studie undersöks svenska och danska psykologers erfarenheter av att arbeta inom missbruksvården och deras syn på sina patienter. Vidare undersöks om det finns några upplevda skillnader länderna emellan och på vilket sätt organisatoriska och samhällseliga faktorer påverkar deltagarna i deras arbete.

### **Samhällssyn och lagstiftning**

Hellman et al. (2015) undersökte all nyhetsrapportering rörande narkotika i Nederländerna, Finland, Italien och Polen 1991, 1998 och 2011, med fokus på vad som får människor att missbruka. Merparten av förklaringarna var miljöfaktorer, men vad som sticker ut är skillnaden mellan vilken typ av faktorer som förklarade missbruk i de olika länderna. I Nederländerna, som har en erkänt liberal politik och samhällssyn rörande droger, förklarades missbruksbeteende i diagnostiska eller genetiska termer. I länder som kan anses vara mer

konservativa och har en strängare syn på droger, som Italien och Polen, skyldes missbruksproblem oftare på moraliska aspekter som dålig karaktär, brist på kontroll eller att höra till en "dålig" familj. Skillnader i samhällssyn och politik länder emellan kan i förlängningen påverka det ansvar som läggs på enskilda individer, och huruvida missbruk ses som en sjukdom att behandla eller som ett brott att bestraffa.

Sverige är ett av länderna i västvärlden med mest repressiv drogpolicy och har länge arbetat utefter nolltolerans mot narkotika, där både innehav och bruk kan leda till fängelse. Röster har höjts om att fokusera mer på skadereducerande behandlingsalternativ för att minska de negativa effekter drogbruket för med sig snarare än att alltid sträva efter total drogfrihet, eller i första hand ge rättsliga åtgärder. I Danmark är de rättsliga påföljderna mildare och eget bruk är inte olagligt. Skadereducerande behandlingar tillämpas i högre grad och nu finns till och med så kallade heroinkliniker, där missbrukare får gratis heroin som de kan ta i en kontrollerad miljö. En annan aspekt som sticker ut i Danmark är området Christiania i Köpenhamn där cannabisförsäljning länge skett öppet (SVD, 2018). Ett skifte kan dock anas i den danska drogpolicen sedan cannabisförsäljningen i Christiania stängts 2007, vilket vissa menar är en uppvisning av ett nytt moraliskt ställningstagande om att drogbruk inte längre ska tolereras i det danska samhället (Frank, 2008).

### **Missbruksdiagnoser, etiologi och samsjuklighet**

De missbruksrelaterade diagnoserna skiljer sig delvis åt mellan ICD-10s beroendesyndrom (se bilaga 7) och DSM-5s substansbrukssyndrom (se bilaga 7). Gemensamma diagnoskriterier är en ökad tolerans, abstinensbesvär, prioritering av substansen framför andra aktiviteter och förpliktelser, samt en minskad förmåga att kontrollera intaget. Vad som skiljer diagnoserna åt, är att substansbrukssyndrom i DSM-5 har fler kriterier och möjliggör en gradering i mild, måttlig eller allvarlig nivå av diagnosen (APA, 2017; WHO, 2022). I resten av föreliggande studie används DSM-5:s definition av SUD. Det finns en mängd olika narkotikaklassade preparat, som kan utgöra substansen i ovan nämnda diagnoser. De vanligaste preparaten som missbrukas är cannabis, kokain, amfetamin, metamfetamin, ecstasy (MDMA), opiater samt hallucinogener som LSD. Även receptbelagda mediciner missbrukas i hög grad. En nyare trend är spridningen av syntetiska opioider som fentanyl och tramadol. Dessa har förändrat droglandskapet i grunden (EMCDDA, 2021a) och orsakat en våg av opioidberoende och överdoser i främst USA (Karila et al., 2019). Olika typer av blandmissbruk är mycket vanliga,



för med sig stora risker och har en svårare prognos än när endast en substans missbrukas (EMCDDA, 2021b).

Det finns flera tänkbara förklaringar till att någon börjar missbruka, med alltifrån genetiska till sociala förklaringsmodeller. Det saknas dock oftast en entydig etiologi (Hodgins et al., 2013). De psykologiska faktorer och personlighetsdrag som kan öka risken för att utveckla ett missbruksbeteende, var en hög grad av impulsivitet, neuroticism, rädsla för osäkerhet och spänningssökande (Warner et al., 2021). SUD har i studier visat sig vara bland de mest ärftliga av de psykiatriska sjukdomarna. Beroende på vilken substans man undersökt varierade heritabiliteten mellan 0,39 och 0,73, vilket innebär att 15 till 52 procent av utvecklandet av SUD kan förklaras av genetiska faktorer (Goldman et al., 2005). Att en person kommer från ett missbrukarhem innebar inte någon ökad risk för att prova droger, men de som provade blev i högre grad beroende än personer med en annan familjebakgrund. Det är dock svårt att veta om detta främst beror på genetiska eller sociala faktorer (Bailey et al., 2006). Studier har visat på att 30 procent av mödrarna och 77,5 procent av fäderna till missbrukare själva har haft missbruksproblematik. Det var också vanligt att föräldrar till missbrukare hade andra psykiatriska diagnoser, där 80 procent av mödrar och 67 procent av fäder hade minst en sådan (Hodgins et al., 2013). Det finns flera miljöfaktorer, som kan påverka huruvida någon blir missbrukare där 80 procent av alla med ett opiatmissbruk kom från svåra uppväxtförhållanden (Evans et al., 2020). Även faktorer som ekonomiska stressorer och juridiska problem (Skinner et al., 2011) samt interpersonella svårigheter, förlust av närstående och andra trauman, har visat sig bidra till att någon drabbas (Ragsdale & Elliott, 2022). Missbrukare kommer dock inte enbart från fattiga familjer vilket bland annat visades i en studie av Luthar et al. (2018) som fann att universitetsstudenter, som använder narkotika regelbundet under sin studietid, ökar risken att hamna i missbruk. Det har även visat sig att personer som utsatts för trauma har en ökad risk att hamna i missbruk, vare sig det är ett självupplevt sådant som exempelvis ett sexuellt övergrepp eller om det är att befinna sig i en traumatisk miljö som till exempel en krigszon (Levin et al., 2021; Bailey et al., 2014). Det finns ingen tydlig förklaring på hur kopplingen mellan trauma och missbruk ser ut men en vanlig teori är, att traumatiserade människor använder droger för att glömma det inträffade och minska lidandet symtomen orsakar (Levin et al., 2021).

Det finns en avsevärd samsjuklighet mellan SUD och annan psykisk ohälsa. I en studie av Weaver et al. (2003) hade 75 procent av alla missbrukspatienter behandlats för någon form av psykiatrisk åkomma under det senaste året. Enligt Socialstyrelsens nationella patientregister hade 64 procent av de kvinnor och 52 procent av de män som vårdas inom missbruksvården även vårdats för andra psykiatriska diagnoser (Socialstyrelsen, 2019a). De vanligaste formerna av samsjuklighet var ångestsjukdomar och depressiva sjukdomar (Severino & Evans, 2019), men även personlighetssyndrom, ADHD och psykossjukdomar var vanliga i patientgruppen (Socialstyrelsen, 2019a). Det är svårt att avgöra i hur stor grad människor börjar missbruka på grund av psykiska svårigheter, och hur mycket av den psykiska ohälsan som kommer till följd av missbruket (Hodgins et al., 2013). En förklaring kan vara den så kallade självmedicineringshypotesen, enligt vilken personer använder sig av substanser för att lätta på de svårigheter de upplever från sitt psykiska lidande. Detta samband hittades dock främst vid psykossjukdomar och personlighetsstörningar. Sambandet mellan att använda droger för att minska sitt lidande vid depression och ångestsjukdomar, visade snarare på att dessa besvär uppstått som en följd av missbruket (Maremanni et al., 2015). Att återfalla i missbruk efter avslutad behandling är vanligt. Av personer som avslutat en behandling för opiatmissbruk, återföll 60–70% inom 16 veckor. Dessa siffror var något lägre för de som får någon form av substitutbehandling, men även där återföll lite mer än hälften av patienterna (Zinzow et al., 2020). Andra studier har visat på att den genomsnittliga tiden mellan avslutad behandling och återfall var 54 dagar (Cornelius et al., 2003). Det har visat sig att personer med många återfall i Sverige ofta tvångsbehandlats redan i ungdomen (Grahn et al., 2020). Ett återfall kan ha många olika förklaringar, där Cornelius et al. (2003) fann abstinensbesvär, negativ affekt och gruppsytryck som de vanligaste orsakerna.

### **Kringliggande faktorer och stigma**

Folkhälsomyndigheten uppgav i sin rapport (2021b) ett samband mellan låg utbildningsnivå och missbruk. 30 procent av alla missbrukstillfällen gjordes av personer utan gymnasieutbildning, trots att dessa endast utgör tolv procent av befolkningen. Detta skulle kunna indikera att många börjar missbruka vid ung ålder och därför inte fortsätter utbilda sig. Likaså fanns det ett samband mellan låg inkomst och sysselsättningsgrad. Ju lägre inkomst och ju mindre arbete man hade desto större var risken för att hamna i ett missbruk. Missbrukare hade en självupplevd sämre psykisk hälsa än genomsnittet, där personer som missbrukar

narkotikaklassade substanser hade tio procent högre risk av att drabbas av psykisk ohälsa. I en studie (von Greiff et al., 2018) där dödlighet och dödsorsaker hos missbrukare under en trettioårsperiod i Sverige undersöktes, fann man att missbrukare hade 10–11 gånger större risk att dö än den vanliga populationen. Vanliga dödsorsaker, förutom överdoser, var suicid, våld, yttre skador och övriga drogrelaterade anledningar. Sammantaget kan man säga att missbruk samvarierar med många faktorer som ger sämre hälsa och det är svårt att avgöra om det är enbart missbruket som ligger till grund för den sämre hälsan eller tvärtom, samt hur andra faktorer spelar in. Det är vanligt att personer med missbruk begår brott, där ungefär var tredje person som skrevs in på anstalter 2020 hade narkotikabrott eller smuggling som huvudbrott. 91 procent av alla brott mot narkotikalagen i Sverige bestod 2020 av innehav och eget bruk vilket motsvarade 112 468 brott, en ökning med 42 procent sedan 2010. (Folkhälsomyndigheten, 2021a). I Danmark rapporterades 26 717 narkotikabrott 2019 (EMCDDA, 2019). En skillnad mellan länderna är att i Danmark är det inte olagligt att vara påverkad av narkotika, vilket naturligtvis bidrar till statistiken.

Synen på missbrukare är generellt negativ och substansmissbrukare betraktas som mindre kompetenta och farligare än andra människor, vilket bidrar till ett ökat socialt utanförskap (Ragsdale & Elliott, 2022). Framför allt missbrukare med en lägre klasstillhörighet bedömdes hårt och missbruket attribuerades ofta till dålig karaktär (Wood & Elliott, 2020). Personer, som ansåg att substansmissbruk kan attribueras till svag karaktär i stället för biologiska orsaker, tenderade att stigmatisera mer (Ragsdale & Elliott, 2022). Även inom sjukvården upplevde sig missbrukare bemötas sämre än andra patienter. En förklaring till detta var att många inom vården uppgav att de haft negativa erfarenheter av sina tidigare möten med missbrukare, vilket ledde till att de sedan bemötta andra missbrukare sämre än icke missbrukande patienter. Detta kunde leda till en ond cirkel där det dåliga bemötandet från vårdpersonal fick missbrukspatienter att bete sig ännu sämre (Hoover et al., 2021). Den mesta av forskningen kring stigmatisering av missbrukspatienter från vårdpersonal har undersökt explicit stigma. Som Drake et al. (2018) visade kan även implicita, omedvetna fördomar spela en stor roll i hur missbrukspatienter stigmatiseras på en mer subtil nivå.

### **Missbruksvården i Sverige och Danmark**

Upplägget för missbruksvården skiljer sig till viss del åt mellan Sverige och Danmark. I Sverige har den kommunala socialtjänsten huvudansvar, medan landstingen ansvarar för

somatisk och psykiatrisk vård, och staten för vård i fängelser samt för den tvångsvård som regleras i Lagen om vård av missbrukare, LVM. Kommuner och landsting är skyldiga att samarbeta kring sociala insatser och hälsovård, men har möjlighet att ingå avtal med andra offentliga och privata aktörer. År 2014 köpte kommunerna upp 37 procent av vården från privat håll. Nationella riktlinjer från Socialstyrelsen ligger till grund för all missbruksvård som bedrivs och Inspektionen för vård och omsorg, IVO ansvarar för att bevaka kvaliteten på vården. I praktiken saknas det en vårdgaranti för missbrukare som söker vård i Sverige (Nordens Välfärdscenter, 2016). I den statliga samsjuklighetsutredningen (SOU 2020:08) beskrevs att det finns strukturella problem i den svenska missbruksvården. Flera olika huvudmän kan leda till försämrad vård för individen. Detta kopplades till svårigheter med att utföra parallella insatser, bristande kommunikation och dåligt samarbete mellan olika instanser, oklarheter kring om socialtjänsten eller sjukvården har ansvar för patienten och en bristande användning av samlad individuell plan (SIP). I Danmark har det skett stora förändringar under de senaste 25 åren och nu ligger hela ansvaret för missbruksvården hos socialtjänsten på kommunal nivå. Resurserna och vårdplatserna har ökat kraftigt under den tiden. Varje kommun ansvarar för vården och har möjlighet att ingå avtal med andra offentliga och privata aktörer, med följderna att vårdens kvalitet och utformning delvis skiljer sig åt mellan olika kommuner. Organisering av vården styrs via riktlinjer från danska Socialstyrelsen och Sundhetsstyrelsen. I Danmark tillämpas en vårdgaranti, där alla missbrukspatienter har rätt till vård inom 14 dagar från det att de söker hjälp. Denna garanti avser dock endast socialpsykologiskt stöd, inte läkemedelsbehandling (Nordens Välfärdscenter, 2016). I Danmark saknas till skillnad mot Sverige lagstöd för att tvångsvårda missbrukspatienter (Stenius, 1997).

De nationella riktlinjerna vad det gäller behandling av SUD är relativt lika i Danmark och Sverige. Båda länderna trycker på vikten av att arbeta utifrån evidensbaserade behandlingsmetoder och förespråkar både läkemedelsbehandling, psykoterapeutiska behandlingar samt sociala insatser. Vid eventuell samsjuklighet skall båda tillstånden tas i beaktande och behandlas. En skillnad är att den danska Socialstyrelsen är mindre explicit kring vilka behandlingsmetoder som ska användas, medan det i Sverige finns en prioriteringsordning för behandlingsmetoder. Det finns stora skillnader vad gäller skadereducerande behandlingar mellan länderna där Danmark har fler sådana alternativ. I Sverige utförs skadereducerande behandlingar i syfte att uppnå en nedtrappning i missbruket (Socialstyrelsen, 2019b), medan det i

Danmark är uttalat i riktlinjerna att behandlingen syftar till skadereducering (Socialstyrelsen, 2020).

## **Behandling**

Målsättningen med behandlingar mot SUD är nästan alltid total drogfrihet, vilket visat sig vara mycket svåruppnåeligt i många fall (Peele, 2016). Det finns bristande evidens för vilka behandlingar som är effektiva mot missbruk. Det finns även svårigheter med att göra RCT-studier på psykosociala insatser, då det är svårt att skapa "dubbelblinda" studier. Detta gör det svårt att avgöra vilka delar av behandlingen som har egentlig effekt (SBU, 2019). Eftersom SUD är en psykiatrisk sjukdom med många orsaker och individuella uttryck, är det svårt att ta fram en allmän medicin som är effektiv (Jones et al., 2021). Den vanligaste formen av farmakologisk behandling är substitutionsbehandlingar, där man byter ut substansen som personer missbrukar mot en mindre beroendeframkallande variant. Det finns få studier som visar på att sådana behandlingar minskat drogbruk, men de har visat sig bidra till en signifikant minskning av kriminalitet (Perry et al., 2014). Så kallade skadereducerande behandlingar syftar till att patienten skall orsaka sig själv och andra så lite skada som möjligt, och inte nödvändigtvis till total drogfrihet. Skadereduktion i kombination med relationell psykoterapi beskrevs kunna ha god effekt mot SUD (Rothschild, 2010). De studier som gjorts kring psykoterapi vid SUD har visat på blandad effektivitet. Stödande psykodynamisk terapi har visat sig hjälpa vid kokainmissbruk, men hade bäst effekt om drogfrihet uppnås tidigt i behandlingen (Crits-Christoph et al., 2008). KBT för personer som lider av både SUD och depression har visat viss effekt, både mot depressionen och drogbruket (Hunter et al., 2011). MBT har visat på viss effekt hos personer som lider av EIPS och SUD (Morken et al., 2017). I en översiktsartikel menade dock Perry et al. (2019) att effekten på individualterapeutiska behandlingar bör ses med viss skepsis, då studierna sällan haft bra utfallsmått.

Peele (2016) lyfte fram olika faktorer som är viktiga att ha i åtanke när man utför behandlingar mot substansmissbruk. Förändringar i missbruksbeteende kräver alltid en egen motivation. Hen menade att det är kontraproduktivt att utgå från att det inte går att kontrollera ett missbruk och att se missbrukare som passiva offer skapar ofta mer missbruksbeteende. Även Pettersen et al. (2019) lyfte fram det egna ansvaret och motivationen hos patienterna samt pekade på att SUD ofta är ett långvarigt tillstånd, som kräver långvarig behandling. Giovazolias och Davis (2005) fann att patienter ansåg det viktigt att terapeuten tar hänsyn till patientens

motivationsnivå i behandlingen. I ett tidigt skede av en behandling när patienter ofta har en låg motivation föredrog de interventioner som var riktade mot relationsbyggande och andra icke styrande insatser. När patientens motivation hade ökat, fanns en ökad mottaglighet för mer styrande och problemlösande interventioner. Andra patientfaktorer som ökade chansen för en lyckad behandling är att tro på sin behandling. Som Kuusisto och Lintonen (2020) fann bidrog denna tro till att patienterna var nöjdare mot slutet av behandlingen, vilket i sin tur visat sig ha samband med mer positiva behandlingsutfall.

Attribut hos terapeuter som visat sig kunna bidra till en framgångsrik behandling är en god kunskapsnivå, stödjande förmåga, lugn och god tillgänglighet (Grosenick & Hatmaker, 2000). Najavtis och Weiss (1994) fann en diskrepans mellan effektiviteten hos olika terapeuter som behandlade missbruk. Det viktigaste attributet hos terapeuterna var goda interpersonella förmågor. I en studie i den finska missbruksvården har man visat att det finns stor skillnad mellan olika terapeuters förmåga att skapa allians med patienter som behandlades för missbruk, vilket skulle kunna förklaras med negativ motöverföring eller stigmatisering av patienter (Artkoski & Saarnio, 2012).

### **Att arbeta med missbrukare**

Forskningen gällande terapeuters upplevelser och erfarenheter av att arbeta med missbrukare är relativt bristfällig. I en pilotstudiestudie av Shinebourne och Adams (2007) deltog 13 terapeuter med erfarenhet av missbruksbehandling. Deltagarna sorterades in i fyra grupper utifrån hur de svarade på 60 påståenden om missbrukspatienter och deras behandling. Dessa var *acceptans, utmaning, ambivalens och sjukdom*, och beskrev kortfattat deltagarnas värderingar kring sina patienter och deras behandling. 7 av deltagarna hamnade i acceptansgruppen som kortfattat innebar att skadereducerande insatser förespråkades, att missbruket alltid upplevdes ha en mening och funktion för patienten samt att acceptansen och uppskattningen för patienterna var stor. Övriga grupper hade andra kombinationer av värderingar kring patienterna och behandlingen, som att missbruk är en sjukdom som främst bör behandlas med medicin, uttryckte en låg medkänsla för och negativa känslor mot patienterna eller att endast full drogfrihet bör vara målet. Skillnader i värderingar kan antas påverka den behandling terapeuterna ger samt visade sig antingen krocka eller harmonisera med de riktlinjer organisationen arbetar utifrån. I Marais (2014) avhandling undersöktes terapeuters upplevelser av att arbeta med missbrukande patienter. Hen fann bland annat värdet av en god allians för lyckad behandling, betydelsen av erfarenhet

och kompetens hos behandlaren, vikten av att arbeta med patientens mentaliseringsförmåga, betydelsen av att vara flexibel men alltid en trygg bas, vikten av anknytningsarbete tidigt i arbetet med svårmotiverade patienter samt betydelsen av att förstå vilken funktion missbruket fyller för patienten och försöka ersätta det med mer adaptiva handlingssätt. Kothari et al. (2010) har också undersökt terapeuters upplevelser av missbrukspatienter och fann 5 teman i sin analys. Dessa beskrev värdet av att finna hopp hos de ofta uppgivna patienterna, vikten av att hitta den grundläggande funktion missbruket fyller för patienten, känslan av ansvar över sina patienter och den rädsla detta medförde hos terapeuterna, de egenskaper terapeuterna ansåg viktiga för att hantera de ofta krävande patienterna samt betydelsen av att knyta an till patienterna och bygga upp en god allians. En aspekt som terapeuter inom missbruksvården måste ta hänsyn till är att hantera de känslor som väcks i dem när en patient dör. Urmanche (2019) lyfte fram att forskningen på ämnet är eftersatt och påvisade vikten av självomhändertagande hos terapeuter, som ägnar sin tid åt att lyssna på andra och deras behov, när en patient dör. Bristande organisatoriskt och kollegialt stöd, och hinder från att sörja den bortgångna patienten, kan bidra till stora svårigheter med att fortsätta arbeta på ett adaptivt sätt och öka risken för utbrändhet. Faktorer som var viktiga för att underlätta för terapeuten var bland annat tydliga gränser mellan jobb och fritid, tillgång till kollegialt stöd, egenerapi, varierande arbetsuppgifter samt möjlighet till självomhändertagande genom olika positiva aktiviteter.

### **Syfte och frågeställning**

Forskningen kring terapeuters erfarenheter av att arbeta med missbrukande patienter är skral på en global nivå och ännu mer eftersatt i Sverige och Danmark. Kvalitativa studier fångar dessutom alltid upp erfarenheter hos unika individer, vilket gör vår studie relevant för att få en djupare förståelse för hur det är att arbeta med missbrukande patienter. Syftet med denna studie är att undersöka psykologers erfarenheter av att arbeta inom missbruksvården i Sverige respektive Danmark. Då debatten kring skillnader i politik och samhällssyn gällande droger i Sverige och Danmark är så aktuell, ansågs det givande att intervjua psykologer i båda länderna. Förutom erfarenheter av patienterna och behandlingsarbetet innehåller frågeställningen således även deltagarnas resonemang och erfarenheter kring skillnader länderna emellan rörande missbruk och missbruksbehandling.

Frågeställningen var således: Vilka erfarenheter har psykologer i den svenska och danska missbruksvården av sina patienter och sitt psykoterapeutiska arbete, samt vilka erfarenheter och

tankar har de kring eventuella skillnader länderna emellan rörande missbruk och missbruksbehandling?

## **Metod**

### **Design**

För denna studie valde vi att använda oss av kvalitativ metod. Kvalitativ metod används inom psykologisk forskning då man vill undersöka kvaliteten av subjektiva erfarenheter snarare än utröna kausala samband. Kvalitativa forskare är intresserade av att beskriva händelser och upplevelser, och söka efter mening i forskningsmaterialet (Willig, 2013). Det insamlade materialet analyserades via en reflexiv tematisk analys. Denna metod lämpar sig särskilt väl till att undersöka vad människor gör i en specifik kontext och hur de skapar mening och förståelse kring detta (Braun & Clarke, 2021). Tematisk analys är en flexibel metod som kan uppmärksamma skillnader och likheter i datasetet (Braun & Clarke, 2006). Då vi undersökte deltagare från två olika länder, och ville ha möjlighet att göra jämförelser länderna emellan, ansåg vi att det var den bäst lämpade metoden för vår studie. I en reflexiv tematisk analys har forskaren en stor roll i att identifiera teman kring deltagarnas erfarenheter och måste vara öppna med sin roll i tolkningen av materialet. Därmed strävade vi efter att vara trogna mot materialet och arbetade aktivt med att inte förvränga deltagarnas utsagor (Braun & Clarke, 2021).

Forskning med tematisk analys kan bedrivas utifrån olika epistemologiska ståndpunkter. Föreliggande studie har en kritisk realistisk ansats och syftar till att skapa en bredare förståelse av hur det är att arbeta inom missbruksvården i Sverige och Danmark. Forskning med en realistisk ansats utgår ifrån att det finns sociala och psykologiska processer som påverkar hur människor tänker och handlar, och att dessa processer går att närma sig i forskning. Kritiska realister menar dock att dessa processer inte kan fångas upp rakt av i exempelvis en intervju, utan att det krävs vidare tolkning och meningsskapande av forskaren för att de ska uppdragas (Willig, 2013). Således strävar vi i efter att få en ökad förståelse av hur deltagarna påverkas av sina yttre sammanhang och hur de präglas av inre, psykologiska faktorer. Till denna studie valde vi att ha en induktiv ansats, vilket innebär att vi inte utgick från en förutbestämd kodningsmall baserad på tidigare forskning. I stället lät vi materialet tala för sig själv och strävade efter att fånga deltagarnas erfarenheter utan för många teoretiska antaganden (Willig, 2013). Materialet bearbetades på en semantisk språklig nivå, vilket innebär att analysen i första hand gjordes på deltagarnas berättelser, inte vår tolkning av dem (Braun & Clarke, 2021). I analysen av



deltagarnas intervjusvar kopplades de olika utsagorna till varandra och gentemot tidigare forskning.

### **Reflexivitet**

Ett ämne som missbruk upplevs av de flesta personer som känsligt och politiskt laddat. Vi har givetvis båda våra fördomar, erfarenheter och tankar kring missbruksvård, missbrukare och den politiska diskursen runt missbruk. Båda vi som gjort denna studie har arbetat med personer med missbruk och har personliga erfarenheter av missbrukare. Vi är medvetna om att vår förförståelse samt det faktum att vi är meningsskapande individer som tolkar materialet på ett subjektivt sätt, har påverkat resultatet. Att vara medveten om och ta hänsyn till dessa aspekter kallas reflexivitet (Willig, 2013). För att ha en reflexiv inställning till ämnet skrev vi båda varsitt dokument med vår förförståelse och fördomar om missbruk och missbruksvård och delade dessa med varandra. Detta gjordes redan innan intervjuguiden utformades och syftade till att dessa aspekters inflytande över frågorna samt de senare tolkningarna av intervjuerna, skulle vara så litet som möjligt. Under arbetets gång har vi kontinuerligt reflekterat kring hur våra fördomar och förförståelse påverkar resultatet. Hur studien utformades både vad gäller ämnesval, intervjuguide och analys präglades såklart fortfarande av vår personliga bild. Vår nyfikenhet kring ämnet och vår upplevelse av att psykologprogrammet inte givit oss tillräcklig kunskap om missbruk var till exempel en bidragande orsak till att vi valde att göra just denna studie. I dataanalysen har vi strävat efter att ge en så autentisk bild som möjligt och inte låta vår förförståelse präglade resultatet på ett missvisande sätt.

### **Deltagare**

I studien inkluderades legitimerade psykologer i Sverige och Danmark som arbetar med personer som får vård för ett substansmissbruk. Sex deltagare rekryterades, tre i Sverige och tre i Danmark. Deltagarnas erfarenhet av att arbeta inom missbruksvården varierade mellan 4 och 29 år. Tre av deltagarna arbetade i organisationer som riktar sig till vuxna, medan övriga tre arbetade i organisationer som riktar sig till personer mellan 14 och 25 år. I Danmark arbetade två av tre deltagare med ungdomar, medan i Sverige arbetade en av tre deltagare med ungdomar. Organisationerna som deltagarna arbetade i är regionala eller kommunala och utgick från frivillig vård. Samtliga deltagare arbetade både med personer som missbrukar alkohol och narkotikaklassade substanser. Studien fokuserade på substansmissbruk och frågorna var fokuserade på arbetet med denna patientgrupp.

## Procedur

Rekrytering av deltagare skedde med hjälp av ett så kallat *snowball sampling*, där en initial kontakt i Sverige och en i Danmark vidare kontaktade möjliga deltagare (Biernacki & Waldorf, 1981). Rekryteringen pågick under november och december 2021. Personer som visade intresse för studien delgavs mer ingående information. Sedan bestämdes datum och tid för intervjuerna. 6 personer gick med på att delta i studien och samtliga intervjuer bokades till vecka 3 i januari 2022. En semistrukturerad intervjuguide utvecklades under slutet av 2021 (se bilaga 5). Syftet med den semistrukturerade designen var att ge en så fyllig och detaljerad beskrivning som möjligt av deltagarnas erfarenheter, där de hade stora möjligheter att själva utveckla och nyansera sina svar. Intervjuguiden slutfördes och översattes till engelska för intervjuerna i Danmark då ingen av oss behärskar det danska språket tillräckligt väl (se bilaga 6) Intervjuerna beräknades pågå i cirka 60 minuter. Deltagarna fick vidare information om intervjuerna samt delgavs en blankett med informerat samtycke att läsa igenom innan intervjuerna (se bilaga 3 och 4).

På grund av Covid-situationen utfördes två av intervjuerna via videolänk. Övriga intervjuer utfördes antingen på arbetsplatsen, i deltagarens hem eller på ett café. Då intervjuerna i Danmark utfördes på engelska deltog båda vid intervjutillfället med syftet att dessa skulle bli så nyanserade som möjligt vad gäller följdfrågor och förståelse. Intervjuerna spelades in antingen via ett röstinspelningsprogram på telefon eller på dator. Deltagarna hade möjlighet att prata fritt och deras svar överlappade ofta med intervjuguidens senare frågor. Därför användes intervjuguiden mer som ett stöd för att få med alla de aspekter som studien syftade till att undersöka, än som något att följa slaviskt. Detta syftade till att fånga deltagarnas erfarenheter och tankar i ett så ursprungligt och opåverkat skick som möjligt. Fördjupande och förtydligande frågor ställdes med syfte att ytterligare förstå och nyansera deltagarnas resonemang kring sina erfarenheter. Allt detta ledde till att intervjuerna skiftade i kronologi och karaktär. Det bidrog också till att tidsåtgången för de olika intervjuerna varierade där den kortaste intervjun varade 53 och den längsta 77 minuter. I nästa steg transkriberades intervjuerna ordagrant där vi transkriberade tre intervjuer var. De intervjuer som endast haft en intervjuare transkriberades av den andre. Detta syftade till att ge oss båda en så god överblick som möjligt av samtliga intervjuer. Efter den första transkriberingen lyssnade den som ej transkriberat intervjun igenom

materialet ännu en gång för att dubbelkolla transkripten och vidare fördjupa förståelsen av materialet.

### **Dataanalys**

I denna studie användes Braun och Clarkes (2006) modell för analys av data i tematisk analys, vilken sker i ett antal olika steg. Första steget var att skriva ned tankar om möjliga teman till analysen som framkom under transkriberingen. Det andra steget var att göra en initial kodning av dessa intervjuer och sammanställa materialet i koder som var relevanta för studien. De intervjuer som utfördes på engelska fick samma koder som de svenska intervjuerna för att möjliggöra jämförelser. Varje intervju kodades av en av oss och sedan kontrollerade och korrigerade båda samtliga intervjuer tillsammans. Detta syftade till att få gemensam syn kring hur intervjuerna kodades. I nästa steg sågs kodlistan över och koder som hänvisade till samma sak slogs ihop, medan koder som ej längre ansågs relevanta för frågeställningen uteslöts. Därefter sammanställdes koderna till preliminära teman och de koder som var relevanta för varje enskilt tema slogs samman. Utifrån detta skapades en första tematisk översikt för att få en bild av hur studiens teman förhöll sig till varandra. Under det fjärde steget kontrollerades de preliminära temana för att se till så att dessa stämde överens med transkriberingen och koderna. Vissa av koderna flyttades om eller ströks så att temana skulle vara tydligt avskilda från varandra. Därefter noterades frekvensen av de olika koderna i samtliga intervjuer, för att få en tydligare bild av varje deltagares utsagor samt för att få en bild av vilka koder, som var de mest framträdande i materialet (Braun & Clarke, 2006). Utifrån detta skapades en färdig tabell med tre huvudteman och nio underteman. I det femte steget definierades temana, vilket innebar att vi försökte fånga upp den historia temat berättade. Därefter gavs temana lämpliga namn, som var våra försök att kärnfullt sammanfatta temat (Braun & Clarke, 2006).

I studiens resultat används citat från samtliga intervjuer för att illustrera de olika temana. Ett av citaten består av en ordväxling mellan intervjuare och deltagare. Där har deltagarens ord markerats med D och intervjuarens med I. På några ställen har vi lagt till vissa ord för att förtydliga citatets sammanhang. I dessa fall omringades de tillagda orden av en hakparentes. Citaten från de danska intervjuerna har översatts till svenska och de engelska originalcitatena finns tillgängliga i bilaga 8. I resultatet har de översatta citaten markerats med \*.

## **Etiska överväganden**

Eftersom studien inte syftade till att undersöka enskilda patientfall eller röja information kring känsliga personuppgifter, ansågs inte en etikprövning vara nödvändig. Trots detta har vi tagit hänsyn till en rad etiska överväganden. Samtliga deltagare delgavs i god tid innan intervjun en blankett med informerat samtycke (se bilaga 3 och 4) samt gavs möjlighet att ställa frågor både till oss och till vår handledare. Informationen i blanketten godkändes och skrevs under innan intervjuerna startade. På denna blankett informerades deltagarna om studiens syfte och innehåll samt deras rätt att när som helst dra tillbaka sitt deltagande utan förklaring. Deltagarna instruerades före intervjuerna till att fokusera på sina egna erfarenheter och inte röja information som potentiell kunde identifiera enskilda patienter eller vilken som är deras arbetsplats. Slutligen informerades deltagarna om hur de i efterhand kan ta del av studiens resultat.

Det inspelade och transkriberade materialet förvarades på ett sådant sätt att endast vi hade tillgång till det. Inspelningarna raderades efter att studien avslutats. När transkripten mejlades mellan oss gjordes detta i krypterade dokument. Deltagarnas riktiga namn och kontaktuppgifter förvarades på ett säkert ställe där endast vi kunde ta del av dem. Vid citering valde vi att utelämna fakta som ansågs kunna avslöja den aktuella deltagarens identitet eller arbetsplats. Deltagandet i intervjuerna bedömdes inte vara förenat med stora risker för deltagarna. Deltagarna informerades om att vissa frågor skulle kunna väcka svåra känslor och minnen till liv och vi hade en beredskap för att uppmärksamma och ta hand om dessa i situationen. Deltagarna informerades också om att de när som helst kunde välja att inte svara på en fråga. Samtliga intervjuer avslutades med en avstämning om hur intervjun upplevts och om deltagarna hade några vidare tankar eller funderingar till oss.

Ett sista etiskt övervägande som aktualiserades mot slutet av arbetet är det faktum att vi ofta använt termen ”missbrukare” för att beskriva patienterna. Detta ord är behäftat med mycket tidigare mening och kan tänkas rikta tankarna om patienterna i en negativ och stereotyperad riktning. För många människor är en missbrukare en utslagen människa som missbrukat länge och lever på gatan. Att inkludera till exempel ungdomar som precis börjat testa droger i begreppet missbrukare kan upplevas missvisande. Anledningen till att vi trots detta använder termen är helt enkelt att våra deltagare gör det. Vi har också tankar kring att de negativa konnotationer som finns kring termen är skapade av vår historia, och det finns inget som säger

att ordet inte kan återtas och i framtiden komma att frambringa bilder av den komplexa och varierande grupp människor de med missbruksproblematik är.

## **Resultat**

Nedan presenteras en tematisk karta med en översikt av resultatet. Detta består av tre huvudteman: *Patienten, psykologen och samhället*, *Den missförstådda patienten* och *Behandling: Vad gör vi? Vart ska vi?* Respektive huvudtema har tre underteman.

### **Tabell 1**

*Tematisk karta över resultatet*

---

<i>Huvudtema</i>	<i>Undertema</i>
<b>Patienten, psykologen och samhället</b>	Varför kan vi inte hjälpa alla? Patienter faller mellan stolarna Missbruk i politik och samhällsdebatt
<b>Den missförstådda patienten</b>	Utsatthet och sårbarhet Det svåra livet som missbrukare Skev bild av missbrukare
<b>Behandling: Vad gör vi? Vart ska vi?</b>	Relationens vikt Det finns ingen universalbehandling Vad är en framgångsrik behandling?

---

### **Patienten, psykologen och samhället**

Det första huvudtemat handlar om hur deltagarna upplevde att olika organisatoriska och samhälleliga aspekter påverkar dem och deras patienter. Deltagarna beskrev hur de upplever sina arbetsuppgifter och sin arbetsbörda. Strukturella frågor kring samordning mellan olika instanser

och hur det påverkar deltagarna och patienterna i deras vardag lyftes fram. Slutligen innehåller temat psykologernas resonemang och erfarenheter kring skillnader mellan Sverige och Danmark rörande missbruk och missbruksvård. Detta kunde vara allt ifrån reella skillnader i lagstiftning och riktlinjer men även upplevda skillnader i kultur och samhällsmentalitet. Dessa faktorer påverkade psykologerna i arbetet och de ansåg att den samhällsstruktur de verkar inom gör stor skillnad för den vård som bedrivs.

### ***Varför kan vi inte hjälpa alla?***

Flera av deltagarna uttryckte vanmakt över bristande resurser. Tankar på att så fort man hjälper en patient innebär det att andra med lika stora behov väljs bort, beskrevs som vanliga och som upphovet till mycket stress. Flera deltagare hade önskat mer resurser både till att fånga upp svårmotiverade patienter och till att följa upp tidigare patienter för att bibehålla behandlingseffekten.

Jag kanske hjälper 25 ungdomar varje halvår och hur stor skillnad gör det egentligen när det är droger på gatorna och situationen blir lite värre för varje år? (...) Det lilla vi gör känns som en droppe i havet ibland. Det är en svår känsla.\*

Flera av deltagarna beskrev ett stort behov av psykologisk kompetens inom området och att samtalskontakter är efterfrågade i arbetet med patienterna. Det uttryckte dock att det ofta finns få på arbetsplatsen med relevant terapeutisk utbildning. Deltagarna beskrev också att mycket tid går åt till konsultation med kollegor, vilket ger än mindre tid åt behandling.

Så är det jättemånga patienter på ganska få behandlare och där, alltså dels om man hade en högre utbildningsnivå i den gruppen. Mina kollegor är jätteduktiga men många av dem önskar att de hade en mer gedigen utbildning i samtalsbehandling. För att de jobbar med det men de har ingen utbildning i det.

Många av deltagarna uttryckte frustration över tid som går till administration och olika datasystem. Vissa såg poängen med de administrativa uppgifterna, som ingår i till exempel ett utredningsarbete men menade att annan administration är överflödigt och ett slöseri av värdefull tid med patienterna. Som en deltagare beskriver det: "Sen tycker jag det är fruktansvärt

frustrerande när man behöver hålla på med sådant som inte är psykologspecifikt, som att registrera patienter i olika system och sånt.”

En av deltagarna beskriver i citatet nedan att utredningar upptar mer arbetstid än behandling. Denna och andra deltagare lyfte också fram en frustration över politiska beslut, som gör att vissa utredningar har företräde framför andra, och framför behandlingsarbetet. De uttryckte en önskan om att psykologernas professionella omdöme och prioriteringar fick styra arbetet i högre grad.

..Utredningsbiten, det är så himla högt tryck där, och det går före. Det är reglerat i olika vårdgarantier och så (...) Jag har varit ganska frustrerad i perioder att jag tycker att man från politiskt håll gör konstiga prioriteringar. Till exempel att det finns en vårdgaranti på NP-utredningar specifikt, men inte andra utredningar som personlighetssyndrom.

Den höga arbetsbelastningen deltagarna beskrev gör, som citatet nedan visar, det kollegiala stödet särskilt viktigt och uppskattat. Merparten av deltagarna lyfte fram sina kollegor och handledares betydelse både för att lyfta svåra patientfall och men också som känslomässigt stöd. “Vi har mycket att göra. Det har alla här. Men det är ändå väldigt öppna dörrar och möjlighet att gå och bolla upplevelser. Bara för att förstå vad som händer, men att också få stöd från någon annan.”

### ***Patienter faller mellan stolarna***

Alla deltagare uttryckte en frustration över att vara i ett politiskt styrt fält, där beslut fattas av politiker utan medicinsk eller psykologisk kompetens. Det fanns även en frustration kring att beslut angående t.ex. bostad, tvångsvård och behandlingshem fattas av socialtjänsten, som inte besitter den medicinska kunskap som finns i vården. Att så avgörande beslut fattas utanför både patienternas och deltagarnas kontroll, ger upphov till en känsla av uppgivenhet hos deltagarna. En deltagare säger: “För att det är politiskt styrt, alltså det är inte styrt av vår kliniska bedömning utan det finns politiska. Att man är i en politisk verksamhet både vad det gäller resurser och vissa olika styrning.”

Flera av deltagarna beskrev att patienter faller mellan stolarna när den pressade vården och socialtjänsten bollar över ansvaret till varandra. Samsjuklighetsutredningen kom 2021 för att försöka komma till rätta med svårigheterna kring samordningen i missbruksvården. Samtliga svenska deltagare uttryckte en önskan om en huvudman i missbruksvården så att man kan få ett bättre helhetsgrepp om patienterna.

.nu har ju samsjuklighetsutredningen kommit. Jättestor, tung. Och där kommer det nog hända mycket spännande inom området tror jag under de kommande åren, då det verkar som att mer ansvar kommer att läggas över på hälso- och sjukvård. För det är ju en svår fråga det här. Det delade ansvaret med socialtjänsten. Där det faller patienterna mellan stolarna. Vem som ska offra sig känns det ofta som att det är. Vem ska ta det lite större ansvaret? Och där hade det egentligen varit lättare om bara en hade haft ansvar.

En annan stor svårighet som deltagaren nedan beskrev är de långa kötider som finns till olika behandlingar, främst vad gäller personlighetssyndrom. Detta kan leda till en ohållbar situation med svåra konsekvenser för patienten. Missbrukspatienter beskrevs ofta vara i mycket dåligt skick och risken för både självskada och fullbordat suicid hos dessa patienter lyftes fram.

..det kan vara en frustration där det är jättelånga köer till vissa insatser, till exempel MBT, DBT. Det har varit fyra års kö, nu är det två kanske. (...) Det är extremt lång tid, det är väldigt lång tid om man.. om man går hem och köper en flaska vodka, dricker och sitter med kniven och ska alltså du vet. (...) Fyra år. Det är ju fullständigt liksom. Det är ju vansinnigt.

Flera av deltagarna berättade om den risk som är förknippad med att få behandling och bli drogfri. När patienter skrivs ut från behandling av ett heroinmissbruk beskrev deltagarna att det finns en stor överdödlighet, då den minskade toleransen gör att samma mängd droger som innan varit vardag för patienten nu blivit livsfarlig. En deltagare uttrycker följande: “De får behandling, blir drogfria. Och sedan tillbaka igen och säger *okej jag ska bara ta en. Bara ett eller två gram som jag brukade göra. Boom. Du dör.*”\*



I övrigt var deltagarna förbryllade över den höga drogrelaterade dödligheten och för de flesta är det ovanligt att deras patienter dör. Flera av deltagarna spekulerade kring att många av de som dör i missbruk kanske aldrig ens kommer i kontakt med vården. En annan möjlig förklaring som lyftes fram var patienter som avviker från behandling och inte fångas upp av sjukvården igen.

Varje gång någon går bort är det en väldigt stor händelse här, så vi är inte särskilt vana vid att patienter går bort. (...) Bland LARO-patienter vet jag ju att det är i högre utsträckning, men det är ju inte bara LARO-patienter. Ja men jag önskar att man förstår det där bättre så att man kan se vad man kan göra.

### ***Missbruk i politik och samhällsdebatt***

En framträdande skillnad länderna emellan är att Danmark har ett större utbud av skadereducerande behandlingar som injektionsrum, metadonprogram och till och med heroinkliniker. Flera av de svenska deltagarna efterfrågade flera av dessa initiativ i Sverige, där utbudet är mindre och det finns stora regionala skillnader utifrån lokala politiska beslut. En av de danska deltagarna säger: "Vi har heroinkliniker, där folk kan få riktigt heroin, du vet, i kontrollerade former. Med sjuksköterskor och allt."\*

Med skadereducerande behandlingar är målet inte nödvändigtvis fullständig drogfrihet. På den svenska sidan menade flera av deltagarna att detta är något de följer i praktiken, trots att riktlinjerna säger annat. De menade att det ofta helt enkelt inte är realistiskt att sträva efter total drogfrihet. Att ta avsteg från riktlinjerna beskrevs dock bidra till en ständig stress för deltagarna. En av de svenska deltagarna beskrev följande:

Vår mottagnings syfte är att etablera drogfrihet och nykterhet, och sen är man färdig. Det är liksom behandlingen ungefär, men vi vet väl att det inte är så det fungerar. (...) Så att, *harm reduction* är väl något man försöker att leva efter men det är inte organisationens mål.

Flera av deltagarna talade om skillnaden mellan länderna där Sverige har en lagstiftning som möjliggör tvångsvård av personer med missbruksproblematik. Vissa av deltagarna spekulerade kring riskerna, som kan finnas i att behandla någon mot dess vilja, och vikten av att det finns en egen drivkraft hos patienten för ett gott behandlingsresultat. Följande diskussion utspelade sig med en av de danska deltagarna:

I: Lagen om vård av missbrukare. Så vi har en lag som säger att vi kan tvinga folk till att få vård.

D: Så lagen finns på riktigt?

I: Ja den finns på riktigt, den är fortfarande aktuell.

D: Används den?

I: Ja, men ni har alltså inte en sådan lag i Danmark?

D: Nej, nej\*

Flera av deltagarna, både i Sverige och Danmark, talade om att det finns fler lågtröskelbehandlingar i Danmark, där särskilda åtgärder vidtas för att få in människor i behandling. Citatet nedan illustrerar en aspekt av detta, där blivande patienter beskrevs ha möjlighet att gå in i behandling helt anonymt, för att motivera patienter att gå dit. Deltagare i båda länderna poängterade dock att trots ansträngningar är det många med missbruksproblem, som aldrig kommer in i behandling.

Men vad som är speciellt med det här stället är att vi har ett anonymt arbetssätt. Du kan komma hit, bara kliva in och säga *jag vill prata om mina problem men jag vill inte behöva uppge vad jag heter eller mitt personnummer*, och så kan vi börja gå framåt utan att någon behöver få reda på att du gör detta. \*

Deltagarna delade en upplevelse av att man i Danmark har en mer tillåtande syn på droganvändande, vilket påverkar patienter både på individuell och politisk nivå. Vissa av deltagarna spekulerade kring att svenskar med missbruksproblematik känner en större press, då repressalier från rättsväsendet upplevs vanligare och strängare än i Danmark. Flera danska

deltagarna hade även erfarenhet av att behandla svenska patienter och de vittnade om att svenskarna upplevde sig mer välkomna och mindre stigmatiserade i Danmark än i Sverige. En deltagare berättade: “Vi har olika hållning i Danmark och Sverige till missbruk och hur man agerar utifrån lagstiftning och behandling och vård och människosynen kanske också nästan...”

### **Den missförstådda patienten**

Det andra huvudtemat beskriver hur deltagarna upplever sina patienter och deras situation samt vilken påverkan detta har på dem i deras arbete. Temat innefattar faktorer som bidrar till att människor hamnar i missbruk, vilka svårigheter patienterna besväras av samt hur samhället ser på dem. Deltagarna hade en genomgående positiv syn på sina patienter, även om de ofta upplevde deras livssituation som svår och kaotisk. Det fanns inga tydliga skillnader mellan hur de danska och de svenska psykologerna resonerade angående sina patienter.

### ***Utsatthet och sårbarhet***

Deltagarna beskrev att människor ofta tidigt hamnar i missbruk och att merparten av patienterna är mellan 13 och 30 år. Som svar på detta lyfte flera deltagare fram vikten av att göra tidiga insatser. Två av deltagarna betonade att deras organisation till och med skapades i syfte att på ett bättre sätt fånga upp ungdomar tidigt, innan de kommit för djupt in i sitt missbruk.

Narkotikapatienterna skulle jag säga att de, jag blir förvånad nästan om man inte har börjat när man var tretton. Det är kanske lite raljant uttryckt så, men det är verkligen ett sånt återkommande att man, man är tretton när man börjar.

Majoriteten av deltagarna beskrev missbruket som ett svar på aspekter inom eller runt patienten. Deltagarna betonade som citatet visar att faktorerna bakom drogbruket är individuella och lyfter vikten av psykologens nyfikenhet kring dessa faktorer. En funktion hos drogbruket samtliga deltagare beskrev var flykt. Flykt från tankar, minnen, ångest eller från sin sociala kontext.

Alla har sina egna individuella anledningar till att använda droger. Vi tror att det kan vara vettigt för vem som helst.. (...) Vanligtvis är det komplext, kanske beror det på familjeproblem eller negativa tankar.. (...) Droger kan hjälpa dig att få en paus från det..\*

Det fanns genomgående erfarenheter hos deltagarna av att social utsatthet och traumatiska upplevelser är vanligt hos patienterna. I citatet nedan lyfte en deltagare fram tidig utsatthet och hur missbruk kan "ärvas" från föräldrar till barn. Majoriteten av deltagarna lyfte fram den sorg som kan väckas i dem när de tar del av patienternas livsöden.

Man kan bli så ledsen över vad människor generellt kan få vara med om, och så tidigt i livet. Och att det liksom bara har pågått. Ja, att de själva har varit barn till missbrukare och har föräldrar som mått dåligt och så vidare. Att det är hela släkthistorier av det här.

Flera av deltagarna betonade den individuella sårbarheten. Vissa lyfte fram att vissa typer av samsjuklighet som neuropsykiatriska diagnoser, psykosjukdom eller bipolaritet kan göra människor mer sårbara för att hamna i missbruk. En av deltagarna frågade sig varför vissa, trots liknande omständigheter, verkar ha lättare för att fastna i missbruk.. "Varför kan 50 personer dricka för mycket när de är tonåringar, röka hasch, ta kokain, och sen är det bara en eller två som inte kan sluta."\*

Samtliga deltagare beskrev ett förändrat drogklimat i samhället. Nya droger, särskilt syntetiska opioider som Tramadol, bidrar till att många tidigt fastnar i ett tungt missbruk. Deltagarna beskrev också en allt större uppgivenhet i patientgruppen. Det nya drogklimatet och dess påverkan på patienterna gav känslor av vanmakt och otillräcklighet hos deltagarna.

Numera är det mer att vara medveten om och det är lättare att få tag på drogen imorgon, och på måndag och på tisdag också. Men alla ungdomar behöver lära sig att navigera på festerna, och [det finns] benzodiazepiner och opiater även bland de riktigt unga faktiskt.\*

### ***Det svåra livet som missbrukare***

En aspekt av att vara i ett drogmissbruk som två av deltagarna talade om, är den subkultur och missbrukaridentitet som ofta följer med. De beskrev att denna subkultur för med sig en gemenskap men tar samtidigt patienterna längre bort från det övriga samhället. Som citatet visar ansåg deltagaren det viktigt att få en ökad förståelse för denna subkultur och vad den ger patienten.

Ibland är det att vara en del av en drogkultur, att vara en del av en grupp utanför det normala. (...) att ge sig in i det och prata igenom det och kanske undersöka värderingarna som finns i denna minoriteten, och att ha valt ett särskilt sätt att leva och göra saker på.\*

Patienterna lever ofta kaotiska liv och saknar grundläggande ekonomiska och sociala tillgångar. Många deltagare talade om sorgen som väcks i dem när de ser hur tufft patienterna ofta har det. Citatet illustrerar tydligt den sociala utsatthet många missbrukare lever i. "De som har en allvarlig psykiatrisk sjukdom samtidigt som ett missbruk. Men de lever ju under extremt knappa förhållanden och har ingen ordnad eller stabil ekonomi överhuvudtaget utan de ansöker från månad till månad."

Samtliga deltagare beskrev den höga prevalensen av samsjuklighet hos de som missbrukar. Samsjukligheten är ofta allvarlig och svårigheter kring emotionsreglering och utagerande är vanligt. Deltagaren, liksom flera andra, lyfte dock fram hur bra hen tycker om sina energifyllda patienter. Emotionellt instabil personlighetsproblematik beskrevs som vanligt hos patienterna, men även ångest, psykosjukdomar, NP-diagnoser och depressivitet lyftes fram.

De har också, uppfattar jag, en allvarligare samsjuklighet, jag uppfattar också (...) att deras symtom är mer synliga utifrån eller vad man skall säga. De är mer utagerande, mer impulsiva, mer emotionellt instabila. Det är mycket energi i den gruppen, sällan depressivitet, utan det är mycket, ja det är jättehärligt.

En annan personlighetsproblematik som lyftes fram av två av deltagarna är den antisociala. Som citatet illustrerar kan det vara svårt att känna empati för dessa patienter och känslor av ilska eller besvikelse över att bli manipulerad är vanligt: "Det finns ett fåtal människor som har.. Alltså deras bränsle är det här att faktiskt skada andra, eller sätta sig över andra och så vidare. De är det ju väldigt svårt att känna empati för."

I samtliga intervjuer talades det mycket om den höga prevalensen av blandmissbruk hos patienterna. Att missbruka flera olika droger och kanske knappt bry sig om vad de missbrukar,

upplevdes som vanligare idag än för tio, tjugo år sedan. De genomgående känslorna detta väckte hos deltagarna är sorg och vanmakt. En deltagare uttryckte: “Nu är det många som nästan trycker i sig vad som helst, vilket är så sorgligt. Och det upplever man också nästan att patienterna, de är sjukare, de mår sämre liksom.”

Ett allvarligt substansmissbruk är svårt att ta sig ur och flera deltagare talade om att de ofta träffar patienterna över en lång tid. Den yttersta konsekvensen som finns för patienterna, är att dö till följd av sitt missbruk. Flera av deltagarna betonade att det inte var en vanlig företeelse att just deras patienter dör, men chocken och sorgen när det sker beskrevs som bland det svåraste med arbetet.

Jag tror att det är en av sakerna när man arbetar med människor och tänker *Vi ses nästa vecka* och sedan säger någon *Han är död nu*. Det är alltid svårt, det är svårt, väldigt ledsamt och så dör de. De dör i överdoser och för att de kör på ett farligt sätt...\*

### ***Skev bild av missbrukare***

Flera deltagare beskrev att gemene man har en skev och förenklad bild av deras patienter och önskar att det skulle spridas mer rättvisande kunskap i samhället. Citatet beskriver deltagarnas upprördhet över den negativa synen på missbrukare i samhället: “Där tänker jag att det är en sån himla skev bild av missbrukare ute i samhället som jag uppfattar det. Att de inte riktigt är människor och på det temat så blir jag så..”

Nedan nämnda citat kontrasterar den negativa samhällssynen med deltagarens egen erfarenhet av sina patienter. Flera deltagare beskrev närmast en förundran över hur patienterna tar sig igenom allt det svåra och kämpar vidare. Deltagaren nedan arbetade med ungdomar och lyfte särskilt fram den kraft och potential som ofta finns hos patienterna.

De har ofta mycket energi, massa outnyttjad eller ouppfylld potential. Du kan känna vibrationen av det ibland. Och bland alla de saker som gör ont, kan man ofta känna en massa styrka och kraft. Att någon faktiskt klarar av att stå ut med det och ändå dyka upp (..) att börja ta steg i en annan riktning.\*

Flera av deltagarna lyfte fram patienternas upplevelser av att inte välkomnas i den övriga vården på grund av sitt missbruk. Deltagarna betonade vikten av att vara öppen och transparent inför patienterna och försöka återupprätta ett förtroende för vårdpersonal. Som citatet nedan visar fanns det en stolthet i att ge patienterna det goda bemötande de ofta saknat.

[Hos oss..] känner de sig inte marginaliserade och utstötta och att man ser ner på missbruk som det nog görs rätt mycket i vården. Vill inte tas i eller puttas bort eller många upplever sig få sämre vård generellt, för att man har ett missbruk. (...) Och det blir jag stolt över att känna att mitt bemötande kan hjälpa någon att må bättre.

Majoriteten av deltagarna beskrev att det var slumpen som gjorde att de hamnade inom missbruksvården och att ämnet knappt talades om på psykologutbildningen. Som citatet från en deltagare visar får patienterna varken det intresse eller den vård de behöver: "Jag tycker faktiskt att de är gravt underbehandlade. Jag tycker inte att de får varken det sociala eller psykologiska intresset eller vården som de förtjänar."\*

Flera av deltagarna lyfte fram tabubeläggandet av droger i samhället, och de moralistiska aspekter som kan bidra till att människor dras sig för att söka hjälp. Särskilt bland unga personer beskrevs tabut som något som står i vägen från att uppsöka vård i god tid.

Jag vet inte vad det är, hur är det för unga svenskar om du känner att du har problem med att röka jointar eller om det är ett större tabu att söka hjälp. (...) Det är såklart tabu i Danmark också.\*

### **Behandling: Vad gör vi? Vart ska vi?**

I det sista huvudtemat beskrev deltagarna sina erfarenheter av att arbeta behandlande med sina patienter. De berättade att det inte finns en universalmetod för att behandla personer med missbruksproblematik. Dels finns det relativt lite forskning kring behandlingsmetoder vid missbruk, men framför allt menade deltagarna att patientgruppen är mycket heterogen och att man alltid måste anpassa sig till den unika individ man har framför sig. Samtliga deltagare var

överens om vikten av att skapa allians och att stärka patientens egen drivkraft. I behandlingsarbetet följer deltagarna sin teoretiska inriktning men samtliga betonade aspekter som att arbeta med emotionsreglering, mentalisering och traumabearbetning. Hur deltagarna såg på vad som är en lyckad behandling skiljde sig åt bland annat beroende på deltagarens teoretiska synsätt. Det fanns inte heller under detta huvudtema några tydliga skillnader mellan hur de danska och svenska deltagarna resonerade.

### ***Relationens vikt***

Samtliga deltagare betonade värdet av att skapa en god terapeutisk allians som ligger till grund för allt vidare arbete med patienten. Som citatet understryker är det ofta en långvarig process och patienterna har ofta svårigheter med att bygga upp tillitsfulla relationer: “Min erfarenhet är att det är ett jättestort jobb med att bygga tillit och allians. Det kan ta jättelång tid, och det är grunden för allt liksom.”

En annan aspekt som lyftes fram var vikten av att patienten är någorlunda stabil innan behandlingsarbetet drar igång. Det upplevs som missriktat att bara ge psykologisk behandling till personer som saknar de grundläggande behoven och är för djupt inne i sitt drogbruk. Som en deltagare resonerar: “..det är bortkastat att medicinera eller ha motiverande samtal med någon som sover i trappuppgångar och inte vet när de får nästa måltid liksom..”. Flera av deltagarna talade dessutom om vikten av ramar i behandlingsarbetet, där terapin inte blir av om patienten är kraftigt påverkad samt det finns överenskommelser kring vad som sker om patienten uteblir.

I citatet nedan beskrivs hur viktigt det är att vara närvarande och autentisk och försöka minska maktasymmetrin mellan behandlare och patient. Att dela med sig av sig själva tryckte flera deltagare på som hjälpsamt för att få en djupare kontakt med sina patienter. Detta självutlämnande får dock inte gå till överdrift och deltagarna beskrev att de ibland kände sig tvungna att backa in i en mer neutral roll.

Vissa av mina bästa patienter säger *Gör inte den där psykologgrejen. Var bara närvarande. Var dig själv.* De vill inte att jag skall vara för professionell, för avståndstagande. Man måste verkligen vara närvarande och man måste verkligen vara autentisk.\*



Flera av deltagarna tryckte på svårigheten med bedömning och diagnostisering. Samtidigt upplevs det som ett spännande detektivarbete att samla ihop trådarna från patientens liv och det är ofta hjälpsamt både för patienternas självförståelse och mående. Så gott som alla deltagare poängterade att en diagnos inte är en sanning, utan ett riktmärke för behandlingen.

Det är så mycket differentialdiagnostik. Det är ju liksom en jätteutmaning här. (...) Det är väldigt atypiskt från alla böcker och det finns ibland begränsade informationskällor. Föräldrar finns inte i livet. Man har levt under missbruk en stor del av livet. Kan man egentligen säga och uttala sig om något då? Det är ju verkligen ett detektivarbete vilket också är spännande.

Fyra av sex deltagare talade om vikten av valfrihet för patienten i behandlingen. För att ha goda förutsättningar för en lyckad behandling krävs det, som en av deltagarna sa, att patienten tror på behandlingens effekt och att den upplevs som meningsfull. Som citatet visar är det därför viktigt att vara lyhörd och erbjuda olika alternativ för patienten: *“Det här fungerar för en del, detta skulle kunna vara en riktning. Men det är inte som att.. Jag vill att du gör så här. Men ibland är det så, så det är väldigt öppet.”\**

Samtliga deltagare poängterade vikten av att uppmuntra patientens egen drivkraft. Det vanligt med avhopp eller att behandlingen inte ens kommer i gång med svårmotiverade patienter och det upplevdes som en förutsättning för en god behandling att finna patientens egen förändringsvilja. En deltagare sade: *“Försöker hitta någon slags allians i den motivationen som eventuellt finns. Finns det ingen som helst motivation så antingen så inleder man inte kontakten eller så försvinner man väldigt snabbt.”*

### ***Det finns ingen universalbehandling***

Det finns som en av deltagarna beskrev skralt med forskning kring psykoterapi vid missbruksproblematik: *“Så tror jag att vi har, att det generellt, vi använder de metoder som finns stöd i, i forskning. Det finns inte jättemycket evidens att arbeta mot, just på beroendepланet”*. Flera deltagare trodde att det kan bero på att missbruk länge betraktades som ett socialt och medicinskt tillstånd, som inte skulle behandlas av psykologer. Deltagarna sa sig utgå från olika

terapeutiska skolor med allt från psykodynamisk terapi till KBT och systemisk/narrativ terapi. Flera av deltagarna betonade betydelsen av att få feedback från sina patienter samt att utbyta kunskap med andra engagerade psykologer inom fältet för att bredda sina kunskaper.

Trots att deltagarna utgår från olika teoretiska skolor fanns det gemensamma drag i beskrivningen av hur de arbetar. Nedan nämnda citat illustrerar flera av de återkommande aspekter som beskrevs som viktiga i terapin, där arbete med att förstå sina egna och andras emotioner, relationsarbete samt andra meningsskapande interventioner står i fokus. Flera av deltagarna betonade dessutom värdet av god traumabehandling då traumatiska upplevelser är vanligt i patientgruppen.

KBT-baserat men väldigt inriktat på emotion och relation och stabilisering. Inte så mycket hemuppgifter för min erfarenhet är att det inte fungerar så bra.. (...) ..det handlar jättemycket om funktionsanalyser, förstå sitt känsloliv, jättestor del av det. Börja få användning av att lyssna till sitt känsloliv och sina behov.

En av deltagarna beskrev hur viktigt det är att individanpassa behandlingen: "Vi tror på olika tillvägagångssätt. Att på bästa vis utforma ett program riktat mot individen. Vi har vissa teorier som vi baserar vårt arbete på, men vi har inget fastställt program som alla måste följa."\*. Behandlingsmanualer beskrevs som svåra att följa, då patienternas svårigheter ofta är så varierande och mångfacetterade. Deltagarna uppskattade att arbeta på olika sätt med olika patienter och flera av deltagarna tryckte på betydelsen av nyfikenhet och att inte tro sig veta allt om en patient baserat på till exempel en diagnos.

Citatet nedan visar på mer oortodoxa inslag i behandlingen som att ta med patienten i bilen och lösa något konkret. Andra deltagare lyfte fram vikten av annat än individualterapi som olika typer av estetisk verksamhet, idrott samt att involvera vänner och familj. Gruppbehandlingar beskrevs som flitigt använda och hjälpsamma, då de ger patienterna möjligheten att spegla sig i andra med liknande problem, ger en gemenskap samt kan öka motivationen till minskat droganvändande, när man gör det tillsammans.

.. Jag kan hjälpa till att lösa vissa konkreta problem så gott jag kan. Jag behöver inte göra det för alla, men för vissa personer som är väldigt, väldigt hjälplösa. Det är en sådan märkbar skillnad när du gör det.(...) Bara tar bilen och så kör vi nu. Vi löser de här sakerna. Jag kör dig till dina möten.\*

Deltagarna beskrev genomgående känslor av meningsfullhet och yrkesstolthet. Som citatet nedan visar var det ofta tungt och svårt men känslan av att faktiskt hjälpa människor är bland det bästa med jobbet. Samtliga deltagare föredrog patientarbetet framför andra uppgifter och flera talade om privilegiet det är att få vara en del av patienternas liv och tillfrisknande.

Jag gillar ju att jobba med patienterna. Det är inte alltid det är så roligt eller att det är upplyftande eller kul för mig liksom men det är där jag känner att jag, ofta i alla fall gör någon nytta. Och det är väl en av de sakerna som är bra med det här yrket, att man får göra någonting, att man kan försörja sig genom att göra någonting för andra.

Allt var inte positivt i arbetet med patienterna och som citatet visar upplevde deltagarna ofta en maktlöshet när de inte når fram till patienter i behandlingen. Flera av deltagarna beskrev en frustration över att missbruket ofta är så starkt och att patienten trots till synes produktiv behandling går hem och återfaller.

Kan också känna mig maktlös ibland över att inte kunna hjälpa eller inte få hjälpa. När någon inte vill. Inte låter mig få stötta dem. Eller att de inte testat det som vi föreslår eller kommer fram till eller att.. Att jag inte känner att jag fångar dem.

### ***Vad är en framgångsrik behandling?***

Deltagarna menade genomgående att återfall i drogmissbruk är vanligt och att många av patienterna kommer pendla in och ut ur missbruk hela livet. Flera deltagare beskrev att det går lätt att avgifta en patient men att detta inte gör särskilt mycket för att förebygga återfall. Som citatet illustrerar handlar arbetet med patienterna mycket om ett sorgearbete, där patienterna får möjlighet att sörja att livet blev som det blev och finna behandlingsmål som är realistiska i patientens situation.

Att det kan vara en rätt så lång process för många.. (...) Allt ifrån att ha missbrukat i 25 år och sen ha nått botten på nåt sätt, eller varit med om någonting som är en vändning, som gör att man kan stötta dem att fylla den luckan som det blir att sluta med ett missbruk. Och på nåt sätt hjälpa till att på ett sätt sörja och förstå det som hänt och inte hänt i livet tidigare.

Så gott som alla deltagare menade att en lyckad behandling inte enbart kan mätas i drogfrihet. Som citatet nedan visar arbetar deltagarna ofta i syfte att uppnå skadereducerande effekter som att förbättra patientens sociala omständigheter, förbättra välmående och minska den skada patienten utsätter sig själv och andra för. Flera av deltagarna lyfte dessutom fram att missbruk ofta är kontextberoende och att mycket kan vinnas på att patienten kommer ifrån den sociala kontext där missbruket sker.

Det handlar om att hjälpa patienten att hantera sina svårigheter snarare än att bota dem från sina svårigheter. Så om måttet skulle vara att bota så har vi noll i effektivitet men jag tycker inte det är en rimlig målsättning utan att göra livet.. Alltså och tittar man på minskat antal inläggningar eller minskad konsumtion eller förmåga att hålla ett arbete eller inleda någon form av sysselsättning.

Citatet nedan kommer från en av de danska deltagarna, där total drogfrihet inte alltid var organisationens mål. Ett minskat droganvändande sågs här som en lyckad behandling. Oavsett målsättning hade deltagarna olika syn på vad i behandlingen som ligger bakom den förändring som sker där direkt beteendeförändring och ökad självinsikt var de vanligaste förklaringarna.

Vi anser inte att droger är bra eller dåliga. Vi är intresserade i effekten de har på ditt liv. Så om du känner att de har en negativ effekt på ditt liv, så vill vi hjälpa dig med det. Om någon röker tio joints om dagen och tar kokain på helgerna, mycket kokain. Då kan ett mål för behandlingen var att klara av att röka endast en eller två gånger i månaden. Det hade varit helt okej.\*

Det finns värden i det mänskliga mötet en terapi erbjuder, som trots att de är svåra att mäta har en stor betydelse för patienten. Flera av deltagarna lyfte fram vikten av att lyssna förbehållslöst och visa patienten att de och deras livshistoria förtjänar att höras på och tas på allvar. Denna erfarenhet upplevde de kan så ett frö som kan ge ringar på vattnet in i patientens vidare liv. En deltagare uttryckte det på följande vis:

Jag tänker att folk, människor, mänskligheten alltid berikas. Du blir en bättre människa genom att prata, bara prata. Ha någon som lyssnar. (...) Det är kanske inte alltid effektivt som att det förändrar ditt liv, men du känner att *jag är en människa som är intressant* (...) Kanske är det inte effektivt på det sätt som politiker vill att det ska vara.\*

### **Diskussion**

I denna studie undersöks hur psykologer i den svenska och danska missbruksvården erfar sina patienter och sitt psykoterapeutiska arbete, samt hur de tänker kring eventuella skillnader länderna emellan, rörande missbruk och missbruksbehandling. I det första huvudtemat: *Patienten, psykologen och samhället* beskriver deltagarna sina erfarenheter och tankar på organisation- och samhällsnivå. Här framkommer också deras tankar och erfarenheter kring skillnader mellan länderna, både vad gäller politik och samhällssyn. I nästa huvudtema: *Den missförstådda patienten*, framkommer deltagarnas erfarenheter av vilka deras patienter är och vad som väcks i dem i relation till detta. Det sista huvudtemat: *Behandling: Vad gör vi? Vart ska vi?* beskriver erfarenheter av att arbeta behandlande med patientgruppen, både vad gäller relationsbyggande, arbetssätt och målsättningar, och vilka känslor som väcks i deltagarna i arbetet. Trots att dessa teman lyfter fram olika erfarenheter av att arbeta som psykolog i missbruksvården, är de ofta sammanflätade. Till exempel påverkas behandlingsarbetet både av hur deltagarna ser på sina patienter och av de organisatoriska förutsättningar de arbetar under. Nedan följer en diskussion av hur resultaten korresponderar mot tidigare forskning, vilka lärdomar resultatet för med sig samt tankar kring och tolkningar av deltagarnas utsagor.

#### **Positiv patientsyn**

Den tidigare forskningen kring psykologers erfarenheter och upplevelser av att arbeta med missbruksbehandling lyfter fram ett flertal aspekter som både stämmer överens med och skiljer sig från resultaten i denna studie. Precis som drygt hälften av psykologerna i Shinebourne

och Adams (2007) lyfter flertalet av deltagarna fram hur mycket de uppskattar sina patienter. Den dominerande bilden hos deltagarna är att patienterna är härliga och roliga att arbeta med. Flera av psykologerna i Shinebourne och Adams (2007) lyfte även fram svårigheter med att känna medkänsla för och negativa känslor mot patienterna. Annan forskning kring stigmatisering av missbrukare (Hoover et al. 2021) lyfte fram hur vårdpersonal till följd av dåliga erfarenheter av tidigare missbrukspatienter ofta behandlar personer med missbruksproblematik sämre. Även implicita fördomar beskrevs påverka det bemötande vårdpersonal ger missbrukare i negativ riktning (Drake et al. 2018). Våra deltagare, som arbetar i missbruksvården och träffar missbrukare hela dagarna, lyfter med några få undantag upp positiva aspekter hos sina patienter. Det är intressant att fundera på vad som ligger bakom denna ganska entydigt positiva bild. En möjlighet är att deltagarna, som är specialiserade på missbruksvård, med hjälp av sin erfarenhet och sitt goda, fördomsfria bemötande bidrar till att patienterna får en mer positiv bild av vården och därför återgäldar detta i form av ett vänligt bemötande mot vårdpersonalen. De flesta av deltagarna har arbetat inom missbruksvård under hela sina karriärer, vilket talar för att arbetet med patienterna upplevs som givande och meningsfullt. De beskriver att de efter utbildningen hade bristfällig kunskap om missbruk och missbrukspatienter och att de hamnade inom missbruksvården av en slump. Huruvida de hade många implicita eller explicita fördomar med sig in i arbetet när de var nya i fältet och på vilket sätt dessa har omprövats i mötet med patienterna genom åren, hade varit spännande att utforska vidare. Det skulle även kunna vara så att vetskapen om det stigma som finns mot missbrukare i samhället får deltagarna att beskriva sina patienter i ett mer positivt ljus när de intervjuas. Beskrivningar av patienter som inte dyker upp på möten, inte vill prova förslag från psykologerna och ständigt återfaller i missbruk, torde bidra till negativa känslor och frustration mot patienterna. Det är iögonfallande att deltagarna ofta attribuerar dessa aspekter av patienterna till missbruket, sällan till patienternas karaktär eller egna val. Som tidigare forskning visat är det dock vanligt att psykologer hyser både negativa och ambivalenta känslor gentemot sina missbrukspatienter (Shinebourne & Adams, 2007). I föreliggande studie är det nästan enbart patienter med antisocialt personlighetssyndrom som tydligt beskrivs i negativa ordalag av deltagarna.

### **Negativ syn på organisation och politik**

Den positiva bilden av patienterna kan även kontrasteras mot den ensidigt negativa bild som lyfts fram rörande organisation och politisk styrning, främst hos de svenska deltagarna. Att

det finns en resursbrist och att många patienter hade gagnats av att få mer och bättre behandling, är helt säkert sant. Frågan är dock om det kan vara så att vissa patienters svårigheter med relationer och ovilja att sluta missbruka, trots större insatser, hade hindrat dem från att lyckas med behandlingen. Det kan vara så att deltagarna har lättare för att kritisera mer abstrakta, övergripande faktorer som styrning och politik, än att tillstå att patienterna själva är besvärliga. Det är dock tydligt att det finns en stor frustration hos de svenska deltagarna kring samordningen i missbruksvården och de långa köerna till vissa insatser. Det har länge diskuterats hur dessa problem ska adresseras och samsjuklighetsutredningen lyfte fram just problemen med samordning och kommunikation mellan olika huvudmän (SOU 2020:08). Deltagarna lyfter fram att patienterna har kontakt med flera olika instanser och de trycker mycket på att de, som arbetar inom psykiatrin, ofta saknar inflytande kring och insyn i de många beslut kring patienten som fattas av socialtjänsten. De beskriver också en oklarhet kring vem som har ansvar för olika delar av patientens vård och stöd. Man kan tänka sig att det väcks mycket frustration i patienterna när de hela tiden träffar representanter från olika instanser, mellan vilka kommunikationen fungerar dåligt. Deltagarna beskriver att många patienter faller mellan stolarna och försvinner ur systemet på grund av dessa svårigheter. Framtiden får utvisa hur den svenska missbruksvården utvecklas, men det är anmärkningsvärt att de danska deltagarna i studien, som arbetar under en huvudman, inte lyfter fram någon frustration över samordning mellan olika instanser.

### **Missbruk som symptom**

Vidare har det framkommit i studien att deltagarna ofta ser på missbruk som ett symptom på andra svårigheter, vare sig dessa i första hand är sociala eller psykologiska. Som i Kothari (2010) anser flera av deltagarna det som avgörande att finna vilken funktion missbruket fyller för patienten. Även om det finns diskussioner bland deltagarna kring familjehistorier av missbruk kopplas dessa sällan till genetiska faktorer (Goldman et al., 2005), utan snarare till miljöfaktorer (Evans et al., 2020) eller trauma (Levin et al., 2021; Bailey et al., 2014). Det är slående att våra deltagare lägger så stor vikt vid miljöfaktorer och livshändelser och inte genetik. Detta talar för att deltagarna i stor utsträckning menar att missbrukare är något man blir, inte något man föds till. Precis som tidigare forskning (Weaver et al., 2003) visat är deltagarnas erfarenhet att samsjuklighet är vanligt bland missbrukare. En del av förklaringen till varför någon blir missbrukare kan vara att droger används för att dämpa psykisk smärta, den så kallade självmedicineringshypotesen (Maremmani, 2015). Dock bör nämnas att inte alla missbrukare

lider av samtidig psykiatrisk sjukdom och att somliga psykiatriska symtom orsakas eller förvärras av att leva i missbruk (Hodgins et al., 2013). Utifrån den premissen är deltagarnas tro på att tidiga insatser är viktiga tydligt kopplat till tidigare fynd. Om man lyckas bryta utanförskap tidigt skulle detta kunna leda till att patienterna inte blir lika avskilda från samhället, vilket borde minska risken för att fastna i allvarligare missbruk och utveckla en svårare samsjuklighet.

### **Behandlingens mål och viktiga komponenter**

Deltagarnas syn på vad som är en framgångsrik behandling skiljer sig från den klassiska och ofta svåruppnåeliga bilden av total drogfrihet. Tidigare forskning har visat att återfall är mycket vanliga (Zinzow et al., 2020) vilket är en bild som deltagarna delar. Att mäta sig mot måttstocken total drogfrihet beskrivs kunna skapa frustration och uppgivenhet hos deltagarna. Det kan vara så att sätta mer realistiska mål leder till större hoppfullhet hos både patienterna och behandlarna. Även patienter som inte blivit drogfria efter en behandling kan bära med sig positiva erfarenheter som underlättar och ger hopp inför framtida behandlingar. Detta stämmer väl överens med tidigare forskning som visat att personlig motivation är avgörande för en framgångsrik behandling (Kothari, 2010; Peele, 2016). I Danmark har skadereducerande behandlingar en naturlig plats i missbruksvården (Socialstyrelsen, 2020). Att flera av de svenska deltagarna förespråkar skadereducerande behandlingar i Sverige, och själva ofta arbetar utifrån dessa principer trots att riktlinjerna säger annat (Socialstyrelsen, 2019b), är uppseendeväckande. Substitutionsbehandlingar har visats leda till att kriminaliteten och dödligheten minskar (Perry et al., 2014). Även om det inte alltid är så att skadereducerande behandling lett till minskat missbruk (Perry et al., 2014), är det möjligt att dessa behandlingsalternativ motiverar fler patienter att söka vård. På sikt kan dessa patienter eventuellt motiveras till att även minska på eller sluta med sitt missbruk.

Att skapa gemensamma mål, ha motiverade patienter och skapa allians beskrivs av deltagarna som nödvändigt för att kunna genomföra en behandling. Precis som tidigare forskning (Najavits & Weiss, 1994) lyfter deltagarna fram att terapeutens interpersonella förmågor är viktigare än vilken behandlingsmetod som används. I studien har det visat sig att det finns en stor variation i vilka behandlingsmetoder deltagarna använder sig av med både KBT, PDT, gruppbehandlingar och andra behandlingsformer representerade. Vad som, utifrån den här studien, verkar vara praxis inom missbruksvården är att anpassa behandlingen mycket efter individen. Som Kuusisto och Lintonen (2020) fann är patientens tro på behandlingen viktig för



att få ett positivt utfall, och att individanpassa behandlingen borde underlätta för att så skall ske. Precis som Peele (2016) har deltagarna uppfattningen att motivation hos patienten är avgörande för att förändra ett missbruksbeteende. De beskriver även att de ofta känner ett behov av att släppa på de klassiska terapeutiska ramarna både genom att vara mer personlig och genom att göra andra, mer konkreta saker i terapin. Patienter i missbruksvård har visats uppskatta att mycket fokus i inledningen ligger kring att skapa en fungerande relation (Giovazolias & Davis, 2005). Deltagarnas erfarenheter av vad som är essentiellt i en behandling stämmer väl överens med tidigare forskning där allians, att hjälpa patienterna att mentalisera samt att hjälpa patienterna att förstå missbrukets roll ansågs vara det viktigaste i en behandling (Marais, 2014). Vikten att kunna knyta an till sina patienter trots att de kan vara krävande och svårbehandlade (Kothari, 2010) delas av studiens deltagare. De beskriver olika sätt att hantera detta på, antingen genom att ibland upprätthålla ett visst avstånd eller genom att använda sig av kollegialt stöd för att hantera de svåra känslor som kan uppstå i patientmötet. Att mycket fokus i deltagarnas berättelser ligger kring alliansskapande och att våga bryta ramarna är dock något man kan diskutera. Finns det en risk för att de fokuserar för mycket på att skapa kontakt och allians och att det därför är svårt att övergå till en mer behandlingsfokuserad del av terapin? Det är möjligt att det skulle kunna vara problematiskt att bli för följsam och låta patienten diktera terapin. Om för stor hänsyn tas till patientens önskemål, och patienten är motvillig eller ambivalent till förändring, finns risken att behandlingen endast upprätthåller patientens tillstånd och inte bidrar till ett positivt utfall. Samtidigt menar samtliga deltagare att behandlingen de utför har effekt och att missbrukspatienter inte alltid kan behandlas på ett traditionellt sätt. Det är inte så att deras terapier inte innehåller behandlingsmoment, utan det är snarare så att terapin behöver anpassas utifrån patientens dagsform, på ett sätt som kanske inte behövs på samma sätt i mycket annan psykoterapi.

### **Drogrelaterad dödlighet**

Motivationen hos oss till att undersöka erfarenheter hos både svenska och danska psykologer i missbruksvården kommer från det faktum att den drogrelaterade dödligheten är dubbelt så hög i Sverige, trots att andelen missbrukare är dubbelt så hög i Danmark. Intervjuerna ger inget tydligt svar på denna fråga, delvis på grund av att de flesta av deltagarna träffar få patienter som dör i sitt missbruk. De flesta av deltagarna är förbryllade över den stora skillnaden länderna emellan. Deltagarna resonerar kring att patienter faller mellan stolarna i större

utsträckning i Sverige, att tvångsvårdade patienter återfaller efter behandling i Sverige och att en mer repressiv narkotikapolitik i Sverige hindrar missbrukare från att få substitutionsbehandling eller att söka vård överhuvudtaget, vilket skulle kunna bidra till en högre dödlighet i Sverige. Nyhetsrapporteringen (SVD, 2018; Hellman et al. 2015) lyfte fram att olika samhällssyn och politik länder emellan påverkar hur missbrukare ses på och i hur stor utsträckning de är berättigade till vård, vilket stämmer väl överens med deltagarna upplevelse av att det faktum att de arbetar i en politisk styrd verksamhet får konsekvenser för dem och deras patienter.

### **Metodologiska styrkor och svagheter**

Studien utgår från en reflexiv tematisk analys med en kritisk realistisk ansats. När denna metod används finns ett antal fallgröpor att undvika (Braun & Clarke, 2006). För att en tematisk analys skall vara relevant bör studien presentera en bred bild utifrån en tydlig metodologisk och epistemologisk grund (Braun & Clarke, 2021). Vi har utgått från en kritisk realistisk kunskapssyn. Forskare med realistiskt grund antar att olika fenomen existerar oberoende av forskarens kunskap om dem, och strävar efter att närma sig och begripliggöra dessa fenomen. En realistisk epistemologi lämpar sig även väl för att undersöka aspekter av den sociala världen eller den mänskliga psykologin (Willig, 2013). Detta gör det möjligt för oss att undersöka både deltagarnas inre värld och hur de påverkas av sitt sociala sammanhang. En semistrukturerad intervjuguide används i syfte att inte styra deltagarnas berättelse för mycket, utan få dem att prata i första hand kring det som de tyckte var relevant. Detta görs även för att berättelsen som deltagarna förmedlade är det som formar teman, inte på förhand bestämda kategorier (Willig, 2013; Braun & Clarke, 2006). Användandet av en semistrukturerad intervjuguide bidrar dock till att deltagarnas berättelser kan upplevas något ofokuserade och spretiga. För att motverka detta har vissa av de aspekter som lyftes fram av deltagarna och som inte ansågs ligga inom vad studien undersökte strukits.

Vi har under hela processen kontinuerligt utvärderat våra tolkningar av materialet. Att brista i att tolka och analysera data är något man vid tematiska analyser skall vara särskilt uppmärksam på (Braun & Clarke, 2006). De citat och teman som är mest representativa för alla deltagare är beskrivna, men även mer avvikande uppfattningar är beskrivna. En styrka med metoden är således att varje deltagares unika erfarenheter representeras, vilket motverkar att resultatet blir någon sorts genomsnitt av deltagarnas utsagor. Forskarnas förförståelse präglar de teman som presenterats i studien, men som Braun och Clarke (2021) säger är det oundvikligen så

att temana konstrueras i mötet mellan data, forskarens subjektivitet och teoretiska förförståelse. En annan vanlig fallgrop är att teman inte är tillräckligt differentierade (Braun & Clarke, 2006). Även om studiens teman till viss del flyter in i varandra lyfter de fram olika erfarenheter av att jobba inom missbruksvården. Exempelvis går det inte att prata om på vilket sätt man arbetar behandlande med en patient, utan att ta hänsyn till dennes svårigheter eller de organisatoriska förutsättningarna.

Då studien rekryterar deltagare med hjälp av den så kallade snöbollsmetoden, där deltagare rekryterar andra deltagare, finns risken att deltagare som rekryterats hyser liknande åsikter och det är svårt att kontrollera att man får ett varierat urval (Bernacki & Waldorf, 1981). I detta fall skulle den relativt ensidigt positiva bild av patienterna som lyfts fram kunna bero på att deltagarna rekryterade varandra och därmed skulle kunna ha liknande värderingar och erfarenheter. Andra problem man kan få med snöbollsmetoden är att det kan vara svårt att följa upp deltagare. Detta är dock inte relevant i denna studie då deltagarna endast behövt lämna information vid ett tillfälle (Bernacki & Waldorf, 1981). Studien har endast sex deltagare och det finns såklart en risk för att deltagarna inte ger en helt representativ bild av hur det är att arbeta inom missbruksvården. Vad gäller jämförelser mellan de två länderna bör man vara något försiktig. Studien har endast tre deltagare från varje land vilket innebär att vi förmodligen inte uppnått mättnad i materialet (Willig, 2013). Med fler deltagare hade det kunnat framkomma tydligare skillnader och nya teman att utforska. Deltagarna i studien har intervjuats i olika miljöer och två av intervjuerna utfördes via videolänk. Detta skulle kunna påverka kvaliteten på intervjuerna, men vi upplever inte att de kontextuella skillnaderna i intervjusituationen blev ett problem och samtliga intervjuer var mångbottnade och nyanserade. En svaghet med studien är däremot att de danska intervjuerna utfördes på engelska. Detta gjorde att varken vi eller deltagarna kunde uttrycka oss lika obehindrat och fylligt som i de svenska intervjuerna.

### **Vidare forskning**

Studien ger en inblick i hur det kan vara att arbeta inom missbruksvården, och vad psykologer inom denna tror är verksamt. Framtida kvalitativa studier skulle kunna fokusera på andra yrkesgrupper som arbetar med missbrukare för att se huruvida deras erfarenheter och upplevelser liknar psykologernas. Även studier kring hur patienterna upplever vården hade kunnat ge en bredare bild av hur missbruksvården fungerar. Ytterligare ett område som borde beforskas vidare är effekten av tvångsvård. Hur är det att vårda personer med missbruk mot deras

vilja, hur effektivt är det samt hur upplever de som jobbar med tvångsvård och deras patienter denna vårdform? Att jämföra skadereducerande behandlingar med tvångsvård hade varit relevant för hur vården skall utformas i framtiden, både gällande vad som har bäst effekt och gällande hur patienter och vårdpersonal upplever de två olika formerna. Inom forskningsfältet som helhet anser vi att det skulle behövas fler behandlingsstudier både kring skadereducerande behandlingar och behandling som syftar till total drogfrihet. Det hade även underlättat om man inom fältet hade enats kring vad som är en lyckad behandling, för att kunna jämföra effekten hos behandlingar. Är det rimligt att endast jämföra effekten i huruvida man slutar missbruka eller finns det andra variabler som bör tas hänsyn till, såsom välmående och sysselsättning? En annan sak som inte den här studien fångar upp är varför den drogrelaterade dödligheten är större i Sverige än i Danmark, och framtida studier på det området hade kunnat vara intressanta. Sådana studier bör dock i första hand riktas mot LARO eller institutioner som bedriver tvångsvård, där den drogrelaterade dödligheten är högre hos patienterna.

### **Slutsatser**

Deltagarna uttrycker en nyanserad och positiv bild av missbrukare och deras svårigheter, och de önskar att det skulle finnas ett större intresse för att bemöta fördomar och öka kunskapen kring missbruk och missbrukare i samhället. Missbruksproblematik är ett svårbehandlat, ofta livslångt tillstånd och forskningen kring vilka behandlingar som är effektiva är begränsad. I arbetet upplever deltagarna därför att det är extra viktigt att ta hänsyn till den specifika individ man har framför sig, både vad gäller behandlingsinsatser och målsättning. Viktiga komponenter i arbetet är relationsbyggande och att arbeta med att väcka patientens egen motivation, även om erfarenheterna talar för att vissa patienter aldrig blir motiverade nog för att söka eller tillgodogöra sig hjälp. Skillnaderna länderna emellan framkommer främst på organisatorisk och politisk nivå. Deltagarna har en samsyn när det gäller hur de ser på sina patienters svårigheter och hur man kan behandla dessa. Behovet av god missbruksbehandling är stort både i Sverige och Danmark, och det förefaller finnas skillnader i samhällssyn och politik mellan länderna, som påverkar förutsättningarna för att ge denna goda behandling.

## Referenser

- Agardh, E., Boman, U., & Allebeck, P. (2015). Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsburden - Utvecklingen i Sverige 1990–2010 kartlagd utifrån DALY-metoden. *Läkartidningen*. <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2015/01/alkohol-narkotika-och-tobaksrokning-ger-stor-del-av-sjukdomsbordan>
- Artkoski, P., & Saarnio, P. (2012). Therapist effects in substance abuse treatment: a naturalistic study. *Journal of Substance Use*, 17(5/6), 456-467. <https://doi.org/10.3109/14659891.2011.606348>
- American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5 diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press.
- Bailey, J. A., Hill, K. G., Oesterle, S., & Hawkins, J. D. (2006). Linking substance use and problem behavior across three generations. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 263-282. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9033-z>
- Bailey, K. M., & Stewart, S. H. (2014). *Relations among trauma, PTSD, and substance misuse: The scope of the problem*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14273-002>
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141-163. <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3-26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2021). *Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak: En studie med fokus på år 2021 i*

Sverige (CAN rapport 209). <https://www.can.se/publikationer/anvandning-och-beroendeproblem-av-alkohol-narkotika-och-tobak/#:~:text=Denna%20rapport%20beskriver%20hur%20stor,m%C3%A4tningar%20%C3%A5r%202013%20och%202017.>

Cornelius, J. R., Maisto, S. A., Pollock, N. K., Martin, C. S., Salloum, I. M., Lynch, K. G., & Clarke, D. B. (2003). Rapid relapse generally follows treatment for substance use disorders among adolescents. *Addictive Behaviors*, 28(2), 381-386.  
[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00247-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00247-7)

Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Gallop, R., Ring-Kurtz, S., Barber, J. P., Worley, M., Present, J., & Hearon, B. (2008). Supportive-expressive psychodynamic therapy for cocaine dependence: A closer look. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 483-498.  
<https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.3.483>

Drake, C. E., Codd, R. T., & Terry, C. (2018). Assessing the validity of implicit and explicit measures of stigma toward clients with substance use disorders among mental health practitioners. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 44-54.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.03.005>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (1998). *Feasibility study of the implementation of the proposals given in the final report of REITOX sub-task 3.3 to improve the quality and comparability of data on drug-related deaths*. Publication Office of the European Union.  
[https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/145/EMCDDA\\_Quality\\_and\\_comparability\\_of\\_data\\_on\\_drug-related\\_deaths\\_123923.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/145/EMCDDA_Quality_and_comparability_of_data_on_drug-related_deaths_123923.pdf)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2019). *Denmark country drug report 2019*. Publication Office of the European Union.  
[https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11330/denmark-cdr-2019\\_0.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11330/denmark-cdr-2019_0.pdf)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021a). *European drug report 2021: Trends and developments*. Publication Office of the European Union.  
[https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2021\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2021_en)

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2021b). *Polydrug use: Health and social responses*. Publication Office of the European Union.  
[https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/polydrug-use-health-and-social-responses\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/polydrug-use-health-and-social-responses_en)
- Evans, E. A., Goff, S. L., Upchurch, D. M., & Grella, C. E. (2019). Childhood adversity and mental health comorbidity in men and women with opioid use disorders. *Addictive Behaviors*. Förhandspublicering online. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106149>
- Folkhälsomyndigheten. (2021a). *Den svenska narkotikasituationen 2021*.  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/d/den-svenska-narkotikasituationen-2021/#:~:text=Cannabis%20var%20den%20vanligaste%20narkotikatypen,under%20de%20senaste%2012%20m%C3%A5naderna.>
- Folkhälsomyndigheten. (2021b). *Narkotikaanvändningen och dess negativa konsekvenser i Sverige: Studier av socioekonomiska skillnader och hälsotillstånd hos användare och deras närstående*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/n/narkotikaanvandningen-och-dess-negativa-konsekvenser-i-sverige/>
- Frank, V. A. (2008). Danish drug policy - shifting from liberalism to repression. *Drugs and Alcohol Today*, 8(2), 26-33. <https://doi.org/10.1108/17459265200800015>
- Giovazolias, T., & David, P. (2005). Matching therapeutic interventions to drug and alcohol abusers' stage of motivation: The clients' perspective. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(3), 171-182. <https://doi.org/10.1080/09515070500290186>
- Goldman, D., Oroszi, G., & Ducci, F. (2005). The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nature Reviews*, 6, 521-532. <https://doi.org/10.1038/nrg1635>
- Grahn, R., Padyab, M., Lundgren, L. (2020). Associations between a risky psychosocial childhood and recurrent addiction compulsory care as adult. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(1), 54-68. <https://doi.org/10.1177/1455072519882785>

- Grosenick, J. K., & Hatmaker, C. M. (2000). Perceptions of staff attributes in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*(3), 273-284. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00109-4](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00109-4)
- Hellman, M., Majamäka, M., Rolando, S., Bujalski, M., & Lemmens, P. (2015). What causes addiction problems? Environmental, biological and constitutional explanations in press portrayals from four European welfare societies. *Substance Use and Misuse, 50*(4), 419-438. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.978189>
- Hodgins, S., Lövenhag, S., Rehn, M., & Nilsson, K. W. (2013). A 5-year follow-up study of adolescents who sought treatment for substance misuse in Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry, 23*(5), 347-360. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0456-0>
- Hoover, K., Lockhart, S., Callister, C., Holtrop, J. D., & Calcaterra, S. L. (2021). Experiences of stigma in hospitals with addiction consultation services: A qualitative analysis of patients' and hospital-based providers' perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Förhandspublicerad online. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108708>
- Hunter, S. B., Watkins, K. E., Hepner, K. A., Paddock, S. M., Ewing, B. A., Osilla, K. C., & Perry, S. Treating depression and substance use: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43*(2), 137-151. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.004>
- Jones, J. D., Varshneya, N. B., Hudzik, T. J., & Huhn, A. S. (2021). Improving translational research outcomes for opioid use disorder treatments. *Current Addiction Reports, 8*(1), 109-121. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00353-5>
- Karila, L., Marillier, M., Chaumette, B., Billieux, J., Franchitto, N., & Benyamina, A. (2018). New synthetic opioids: Part of a new addiction landscape. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 106*, 133-140. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.010>
- Khotari, G., Hardy, G., & Rowse, G. (2010). The therapeutic relationship between therapists and substance-using clients: A qualitative exploration. *Journal of Substance Use, 15*(4), 257-271. <https://doi.org/10.3109/14659890903040060>



- Kuusisto, K., & Lintonen, T. (2020). Factors predicting satisfaction in outpatient substance abuse treatment: a prospective follow-up study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00275-5>
- Levin, Y., Bar-Or, R. L., Forer, R., Vasermann, M., Kor, A., & Lev-Ran, S. (2021). The association between type of trauma, level of exposure and addiction. *Addictive Behaviors*. Förhandspublicering online. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106889>
- Luthar, S. S., Small, P. J., & Ciciolla, L. (2018). Adolescents from upper middle class communities: Substance misuse and addiction across early adulthood. *Development and Psychopathology*, 30(1), 315-335. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000645>
- Marais, B. (2014). *An Interpretative Phenomenological Analysis of the experience of therapists working with clients with substance misuse disorders*. [Doktorsavhandling, City University London]. <http://openaccess.city.ac.uk/17005/>
- Maremmani, A. G., Rovai, L., Rugani, F., Bacciardi, S., Massimetti, E., Gazzarrini, D., Dell'Osso, L., Tang, F., Akiskal, H. S., & Maremmani, I. (2015). Chronology of illness in dual diagnosis heroin addicts: The role of mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 179, 156-160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.046>
- Mellgren, F. (2018, 1 juni). Danmark och Norge tar helt annan väg än Sverige. *Svenska Dagbladet*. <https://www.svd.se/a/OnQW9l/danmark-och-norge-tar-helt-annan-vag-an-sverige>
- Morken, K. T. E., Binder, P. E., Arefjord, N., & Karterud, S. (2019). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy Research*, 29(2), 251-266. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1325021>
- Najavits, L. M., & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89(6), 679-688. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb00954.x>

- Nordens Välfärdscenter. (2016). *Upphandling av missbruksvård i Norden. En rapport om upphandlingens styrning: ramverk, centrala budskap, utmaningar och god praxis*.  
<http://norden.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A951866&dswid=5810>
- Ottosson, J. (2015). *Psykiatri* (8. uppl.). Liber.
- Peele, S. (2016). No matter how much the “chronic” brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions – with special reference to harm reduction and mindfulness. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 97-101.  
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2016.05.003>
- Perry, A. E., Neilson, M., Martyn-St James, M., Glanville, J. M., Woodhouse, R., Godfrey, C., & Hewitt, C. (2014). Pharmacological interventions for drug-using offenders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, pCD010862.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010862.pub2>.
- Perry, A. E., Martyn-St James, M., Burns, L., Hewitt, C., Glanville, J. M., Aboaja, A., Thakkar, P., Santosh Kumar, K. M., Pearson, C., Wright, K., & Swami, S. (2019). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental health problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2019*, 10, pCD010901.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010901.pub3>.
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., & Davidson, L. (2019). Ingredients in the treatment of long-term substance use disorders: A collaborative narrative study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 1-9.  
<https://doi.org/10.1177/1178221819844996>
- Ragsdale, J. M., & Elliott, M. (2022). Opioid addiction, attributions, and stigma: An online vignette experimental study. *Stigma and Health*, 7(2), 205-213.  
<https://doi.org/10.1037/sah0000374>
- Rotschild, D. (2010). Partners in treatment: Relational psychoanalysis and harm reduction therapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66(2), 136-149.  
<https://doi.org/10.1002/jclp.20670>

- Severino, A. L., & Evans, C. J. (2019). Digging through the roots of addiction: Understanding the causes that underlie the insidious problem of substance use disorders (SUDs). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 106, 3-4.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.06.039>
- Shinebourne, P., & Adams, M. (2007). Therapists' understandings and experiences of working with clients with problems of addiction: A pilot study using Q methodology. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(4), 211-219.  
<https://doi.org/10.1080/14733140701726159>
- Skinner, M. L., Haggerty, K. P., Fleming, C. B., Catalano, R. F., & Gainey, R. R. (2011). Opiate-addicted parents in methadone treatment: Long-term recovery, health, and family relationships. *Journal of Addictive Diseases*, 30(1), 17-26.  
<https://doi.org/10.1080/10550887.2010.531670>
- Socialstyrelsen. (2019a). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik* (Artikelnummer 2019-11-6481).  
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/ny-kartlaggning-av-samsjuklighet-i-psykisk-ohalsa-och-beroendeproblematik/>
- Socialstyrelsen. (2019b). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: Stöd för styrning och ledning* (Artikelnummer 2019-1-16).  
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/missbruk-och-beroende/>
- Socialstyrelsen. (2020). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*.  
<https://socialstyrelsen.dk/voksne/stof-og-alkoholmisbrug/stofmisbrugsbehandling>
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). *Missbruk och beroende av alkohol och narkotika: Kunskapsläget för utredningar och insatser inom socialtjänsten: En kartläggning av systematiska översikter* (SBU kartlägger 296).  
<https://www.sbu.se/296>

- Stenius, K. (1997). Statistik över missbrukarvård i Sverige. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift*, 14(2), 83-102. <https://doi.org/10.1177/145507259701400209>
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Skøn over antallet af stofbrugere med et højriskforbrug: Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 2*. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2019/narkotikasituationen-i-danmark---delrapport-2>
- SOU 2020:08. *Samsjuklighetsutredningen*. <http://www.sou.gov.se/s-202008-samsjuklighetsutredningen/utredningens-iakttagelser/>
- Urmanche, A. A. (2020). Bearing witness to the epidemic: Supporting clinicians after a client overdose death. *Practice Innovations*, 5(4), 275-289. <https://doi.org/10.1037/pri0000115>
- Von Greiff, N., Skogens, L., Berlin, M., & Bergmark, A. (2018). Mortality and cause of death - A 30-year follow-up of substance misusers in Sweden. *Substance Use & Misuse*, 53(12), 2043-2051. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1452261>
- Warner, R. C., McDonald, J. E., Grau, P. P., & Wetterneck, C. T. (2021). The relationships between addiction-related personality traits, self-compassion, and PTSD treatment target variables in a clinical sample. *Traumatology*, 28(1), 31-39. <https://doi.org/10.1037/trm0000333>
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N., & Ford, C. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304-313. <https://doi.org/10.1037/t01528-000>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in Theory and Method*. (3. uppl.) Maidenhead: Open University Press.
- Wood, E., & Elliot, M. (2020). Opioid addiction stigma: The intersection of race, social class, and gender. *Substance Use & Misuse*, 55(5), 818-827. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1703750>

World Health Organization. (2022). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11 uppl.). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f590211325>

Zinzow, H., Shi, L., Rennert, L., Chen, L., Lopes, S., Zhang, L., Jones, K., Jindal, M., Stam, C., & Mclain, M. (2020). Study protocol for a randomized controlled trial of mindfulness-based relapse prevention for opioid use disorders. *Contemporary Clinical Trials*. Förhandspublicering online. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106182>

## Bilaga 1: Informationsmail



### Intresseanmälan till studie gällande missbruksvård

Hej *Namn*,

Vi, Axel Martinsson och Linus Castro Sköld, är två studenter på psykologprogrammet i Lund som skriver vår examensuppsats under detta och nästa år. Vi vill undersöka psykologers roll och upplevelser av att arbeta inom missbruksvården för vuxna i Sverige och Danmark, med fokus på substansmissbruk. För att göra detta planerar vi att intervjua ett antal psykologer inom olika verksamheter både i Sverige och Danmark. Eftersom er verksamhet syftar till att behandla människor med substansmissbruk hör vi av oss till er för att fråga om det är någon inom er verksamhet som kan tänka sig att ställa upp på en intervju. Vi riktar oss främst till psykologer men även andra psykoterapeuter.

Intervjuerna kommer pågå i en dryg timme. Om det är möjligt för alla inblandade utför vi dem gärna på plats. Alla som intervjuas kommer vara anonyma samt er verksamhet och nämnda patienter kommer inte att kunna identifieras i rapporten. Deltagande är självklart helt frivilligt och man har möjlighet att när som helst avbryta intervjun.

Om någon i er verksamhet är intresserad av att delta eller om ni har andra frågor om studien får ni gärna kontakta oss via mail eller telefon.

Mvh,

Axel Martinsson

Mail: [ax8177ma-s@student.lu.se](mailto:ax8177ma-s@student.lu.se)

Tel: 070-9468267

Linus Castro Sköld

Mail: [fra14lsk@student.lu.se](mailto:fra14lsk@student.lu.se)

Tel: 072-5066099

## Bilaga 2: Informationsmail (engelska)



**LUNDS**  
UNIVERSITET

### **Notice of interest for study concerning psychological treatment for substance use**

Hello *Name*,

We, Axel Martinsson and Linus Castro Sköld, are studying at the Master of Science Program in Psychology at Lund University, Sweden. During this and next year we are writing our master's thesis in which we want to investigate psychological treatments for substance use disorder (SUD) in adults being used in Sweden and Denmark. To that end we wish to interview clinical psychologists and psychotherapists working in this domain. Since your workplace is specialized at working with these patients we would like to ask if any of your colleagues are interested in participating in an interview on this subject.

The interview will last for approximately one hour and will if possible be conducted at your workplace. All interviewees will be anonymous and neither your workplace nor any individual patients will be identifiable in the report. Participation is of course entirely optional, and interviewees can terminate the interview at any time.

If you or anyone in your workplace are interested in participating or if you have any further questions, please contact us by mail or phone.

Best regards,

Axel Martinsson  
Mail: [ax8177ma-s@student.lu.se](mailto:ax8177ma-s@student.lu.se)  
Tel: 070-9468267

Linus Castro Sköld  
Mail: [fra14lsk@student.lu.se](mailto:fra14lsk@student.lu.se)  
Tel: 072-5066099

## **Bilaga 3: Informerat samtycke**

### **Information om psykologisk studie**

Du får denna information eftersom du har gått med på att delta i en studie som handlar om psykologers upplevelser av att arbeta med missbruksvård i Sverige och Danmark. Projektet genomförs under våren 2022, och är ett examensarbete av Linus Castro Sköld och Axel Martinsson på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Du har rekryterats till studien då du är legitimerad psykolog med erfarenhet av att arbeta med behandling av patienter med substansmissbruk.

### **Information om projektet**

Deltagandet i studien innebär att medverka i en intervju, där vi antingen besöker dig på din arbetsplats eller träffas via videosamtal. Intervjun tar cirka 60 minuter. Du kommer att få frågor om ditt arbete, din roll i organisationen samt dina upplevelser av att möta din patientgrupp. Vi kommer även fråga om dina tankar om missbruksvården i Sverige respektive Danmark.

### **Frivillighet**

Deltagande i studien är helt frivilligt. Du väljer själv om du vill medverka, och du kan när som helst hoppa av studien utan att behöva ge någon förklaring. Du kan också välja att inte svara på vissa frågor, om det är något du inte vill svara på.

### **Datahantering och sekretess**

Vi behåller dina kontaktuppgifter för att kunna hålla kontakt med dig under projektets gång. Den enda ytterligare informationen vi samlar in från dig är vad du delger under intervjun.

Intervjun spelas in och transkriberas ord för ord. Transkriptionerna kommer avidentifieras så att inga potentiellt identifierande uppgifter av varken dig, dina patienter eller någon på din arbetsplats finns kvar. Resultaten kommer rapporteras på ett sådant sätt att inga enskilda individer eller arbetsplatser går att identifiera.

Inspelningarna och transkriptionerna kommer att förvaras inlåsta när de inte används. Dina personuppgifter behandlas i enlighet med EU:s dataskyddsförordning, GDPR.

### **Risker med deltagande**

Riskerna med att delta i intervjun är få. Intervjun är semistrukturerad och du har stora möjligheter att själv påverka tempo och innehåll i intervjun. Intervjun kan lyfta teman och upplevelser som varit psykiskt smärtsamma för dig, men du bestämmer självklart vad du vill dela med dig av. Om du har funderingar eller frågor efter intervjun är du välkommen att lyfta dessa med intervjuare eller handledare.



### **Fördelar med deltagande**

Många upplever det som positivt att dela med sig av upplevelser från sitt arbete. Att bidra till ökad kunskap och forskning inom sitt specifika yrkesområde kan också kännas bra och viktigt för många.

### **Information om resultat**

Om du önskar kan du få den färdiga uppsatsen skickad till dig. Uppsatsen publiceras även på hemsidan LUPapers.

### **Ersättning**

Ingen ersättning utgår för att delta i studien.

### **Kontaktinformation till ansvariga**

Om du har frågor eller synpunkter, eller vill ha mer information, är du välkommen att kontakta:

Student:

Linus Castro Sköld

[fra14lsk@student.lu.se](mailto:fra14lsk@student.lu.se)

Telefon: 072-5066099

Student:

Axel Martinsson

[ax8177mas@student.lu.se](mailto:ax8177mas@student.lu.se)

Telefon: 070-9468267

Handledare:

Martin Svensson

[martin.svensson@psy.lu.se](mailto:martin.svensson@psy.lu.se)

Jag samtycker till att delta i studien:

Datum/Ort

Namnsteckning

Namnförtydligande

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Bilaga 4: Informerat samtycke (engelsk version)**

### **Study information and informed consent**

You are receiving this information since you have agreed to participate in a study about psychologist's experiences of working within substance use care in Denmark or Sweden. This project will take place during the spring of 2022 and is the master's thesis of Linus Castro Sköld and Axel Martinsson, at the master's program of psychology at Lund University. You have been recruited to participate since you are a registered psychologist with experience of working with treatment of people with a substance use disorder.

#### **Details about the project**

Participation in the study entails taking part in a one-hour interview at your workplace or via video call. You will receive questions about your work, your role within your organization and your experiences of working with your patients. We will also ask you about your thoughts about the substance abuse care in Sweden and Denmark.

#### **Voluntariness**

Participation in the study is completely voluntary. You choose whether you want to participate and can at any time leave the study without explanation. You can also choose not to answer questions if you don't feel comfortable doing so.

#### **Data handling and confidentiality**

We will store your contact details to keep contact with you during this project. Besides that, the only information we will collect is the interview material.

The interview will be recorded and transcribed verbatim. Transcriptions will be fully anonymized so that no identifying details about you, your patients or your colleagues will remain. The results will be reported so that no individuals or workplaces can be identified.

Recordings and transcriptions will be locked up when not in use. Your personal data are treated in accordance with the EU data protection and privacy law GDPR.

#### **Risks of participating**

There are few identified risks of participating. The interview will be semi-structured, and you can affect the pace and content of the interview to a high degree. The interview may touch on subjects that are mentally difficult for you, but of course you decide what you are willing to share. If you have questions or reflections after the interview, you are welcome to contact the interviewer or supervisor.

#### **Benefits of participating**

Many people find sharing experiences from their work positive and rewarding. Also contributing to spreading knowledge and expanding the research within your specific field can feel good and important.

### **Information about the result**

If you so wish you can have the finished paper sent to you. It will also be published at LUPapers.

### **Compensation**

There will be no compensation for participating.

### **Contact details**

If you have further questions or wish to get in touch with students or supervisor, please contact:

Student:

Linus Castro Sköld

[fra14lsk@student.lu.se](mailto:fra14lsk@student.lu.se)

Telefon: 072-5066099

Student:

Axel Martinsson

[ax8177mas@student.lu.se](mailto:ax8177mas@student.lu.se)

Telefon: 070-9468267

Supervisor:

Martin Svensson

[martin.svensson@psy.lu.se](mailto:martin.svensson@psy.lu.se)

I consent to participating in this study

Date/City

Signature

Name

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Bilaga 5: Intervjuguide

Vem är du?

- Hur länge har du arbetat som psykolog?
- Hur länge har du arbetat inom missbruksvården?
- Har du arbetat med andra saker som psykolog?

Organisationen

- Beskriv organisationen du arbetar inom?
  - Vilka andra professioner än psykologer arbetar där?
  - Vilken är psykologernas roll inom er organisation?
- Hur ser din patientgrupp ut?
  - Typ av missbruk
  - Ålder
  - SES
  - Samsjuklighet
  - Återfall

Psykologens roll

- Hur kommer det sig att du arbetar inom missbruksvården?
- Vad gör du i ditt yrke?
- Vad är din upplevelse av att jobba inom missbruksvården?
  - Vad är de största glädjeämnen i arbetet?
  - Vilka är de största utmaningarna/frustrationerna i arbetet?

Psykologiska behandlingsmetoder

- Vilka behandlingsmetoder använder du i ditt arbete?
  - Hur kommer det sig att du använder de metoderna?
  - Hur upplever du att det fungerar för dig?
    - För patienten?
    - Effektivitet.
  - Vad tror du skulle kunna göra behandlingen ännu bättre?
- Hur är din upplevelse av att arbeta med den här patientgruppen?
  - Vilka känslor väcks i dig i mötet med dina patienter?

Jämförelse mellan länderna

- Enligt EU:s rapporter dör det dubbelt så många i missbruk per capita i Sverige som i Danmark?
  - Vad tänker/känner du när du hör de siffrorna?
- Tror du att ni jobbar på ett annorlunda sätt än vad de gör i Danmark?
- Har du några andra tankar kring ämnet?
- Finns det något du vill tillägga till det vi har diskuterat?

## **Bilaga 6: Intervjuguide (engelsk version)**

Who are you?

- How long have you been a psychologist?
- How long have you been working within substance abuse care?
- Have you been working within other fields as a psychologist?

Organization

- Can you describe the organization you are working in?
  - Which other professions than psychologists work there?
  - What role do psychologists in your organization have?
- Can you describe what type of patients you treat?
  - Type of addiction
  - Age
  - Socioeconomic status
  - Comorbidity
  - Relapse

Role of the psychologist

- How come you work within the field of substance abuse care?
- What is it that you do in your line of work?
- What is your experience of working within substance abuse care?
  - Which are the greatest sources of joy in your line of work?
  - Which are the greatest challenges/sources of frustrations in your line of work?

Psychological treatments

- What kinds of treatments do you use within substance abuse care?
  - How come you use these methods?
  - What is your experience of how they work for you?
    - For the patient?
    - Efficiency?
  - What do you believe would improve the treatments?
- Can you describe your experiences of working with your patients?
  - What kind of emotions do your patients awaken in you?

Comparison between the nations

- According to EU-reports Sweden has twice the amount of drug related deaths per capita compared to Denmark.
  - What are your thoughts/feelings about these numbers?
- Do you believe that there is a difference in how you work with these patients compared to how they do it in Sweden?
- Do you have any other thoughts about this subject?
- Anything else you would like to share on the subjects we have been discussing?

## **Bilaga 7: Diagnoskriterier för substansbrukssyndrom och beroendesyndrom**

### *Substance use disorder (DSM-5)*

Substance use disorders are classified as mild, moderate, or severe, depending on how many of the diagnostic criteria a person meets. The 11 DSM-5 criteria for substance use disorder are:

1. Hazardous use: You have used the substance in ways that are dangerous to yourself and/or others, i.e., overdosed, driven while under the influence, or blacked out.
2. Social or interpersonal problems related to use: Substance use has caused relationship problems or conflicts with others.
3. Neglected major roles to use: You have failed to meet your responsibilities at work, school, or home because of substance use.
4. Withdrawal: When you stop using the substance, you experience withdrawal symptoms.
5. Tolerance: You have built up a tolerance to the substance so that you have to use more to get the same effect.
6. Used larger amounts/longer: You have started to use larger amounts or use the substance for longer amounts of time.
7. Repeated attempts to control use or quit: You've tried to cut back or quit entirely, but haven't been successful.
8. Much time spent using: You spend a lot of your time using the substance.
9. Physical or psychological problems related to use: Your substance use has led to physical health problems, such as liver damage or lung cancer, or psychological issues, such as depression or anxiety.
10. Activities given up to use: You have skipped activities or stopped doing activities you once enjoyed in order to use the substance.
11. Craving: You have experienced cravings for the substance.

In order to be diagnosed with a substance use disorder, you must meet two or more of these criteria within a 12-month period. If you meet two or three of the criteria, you have a mild substance use disorder. Four to five is considered moderate, and if you meet six or more criteria, you have a severe substance use disorder.

### *Dependence syndrome (ICD-10)*

Three or more of the following must have been experienced or exhibited at some time during the previous year:

1. A strong desire or sense of compulsion to take the substance.
2. Difficulties in controlling substance-taking behaviour in terms of its onset, termination, or levels of use.
3. A physiological withdrawal state when substance use has ceased or been reduced, as evidenced by: the characteristic withdrawal syndrome for the substance; or use of the

same (or a closely related) substance with the intention of relieving or avoiding withdrawal symptoms.

4. Evidence of tolerance, such as increased doses of the psychoactive substance are required in order to achieve effects originally produced by lower doses.
5. Progressive neglect of alternative pleasures or interests because of psychoactive substance use, increased amount of time necessary to obtain or take the substance or to recover from its effects.
6. Persisting with substance use despite clear evidence of overtly harmful consequences, such as harm to the liver through excessive drinking, depressive mood states consequent to heavy substance use, or substance-related impairment of cognitive functioning. Efforts should be made to determine that the user was actually, or could be expected to be, aware of the nature and extent of the harm.

## **Bilaga 8: Lista över ursprungscitat på engelska**

### ***Undertema:***

#### ***Varför kan vi inte hjälpa alla?***

I might help 25 young people every half year and how much impact is that when there are drugs in the street and the situation just tends to get a little bit worse every year? (...) Our little work here is like just a drop in the ocean sometimes. That's a tough feeling.

#### ***Patienter faller mellan stolarna***

They get in treatment, get drug free. And then back again and say *Okay I'm just gonna take one. Just one gram or two grams, you know one gram as I used to.* BOOM. You die.

#### ***Missbruk i politik och samhällsdebatt***

..we have heroin clinics, where people can get actual heroin so, you know, under controlled use. With nurses and everything.

I: Lagen om vård av missbrukare. So we have a law that we can force people to get treatment.

D: So the law is real.

I: Yeah, the law is real. It's still there.

D: It gets used?

I: Yeah. But you don't have that law in Denmark?

D: No, no.

But what is special about this place is that we have an anonymous way of working. So you can come here, and just step inside and say *I want to speak about my problems but I don't want to share my identity or social security number*, and then just begin to go forward without anybody having to know that you do this.

#### ***Utsatthet och sårbarhet***

Everybody has their own individual causes for doing drugs. We believe that it makes



sense in some way for everybody.. (...) Usually it's more complex, usually it's more to do with family troubles or with heavy thoughts.. (...) These drugs can help you get a break from that.

“Why 50 people can drink too much when they are teenagers, young, smoke pot, take cocaine. And there are just one or two who are getting, just can't stop.”

But today there are more to be aware of and it's easier to get the drug tomorrow and Monday and Tuesday as well but every young girl or boy has to learn to navigate the party and benzodiazepines and opioids among the very young actually.

### ***Det svåra livet som missbrukare***

Sometimes being a part of a drug culture could also be, because you are on a smaller part of the mainstream. (...) to dive into that and talk it through and maybe go into the values of being in this minority and having a certain way of choosing to live and do things.

I think it's one of the things that you are working with people and think *Yeah see you next week*. And then someone says. *He is dead now*. It's always very hard, it's hard but it's very sad and then they die. They die with overdoses, and they die because they're driving in a bad way.

### ***Skev bild av missbrukare***

They often have lots of energy. Lots of untapped or unlived potential. You can feel the vibration sometimes. And also in the midst of all the stuff that hurts, you often feel a lot of strength and power. That someone could really endure this and still show up (..) of taking steps in another direction.

“I actually think that they are heavily undertreated. I think that they don't get the social and psychological interest and care that they deserve.”

I don't know what it is, how it is for a young Swede if you feel that you have troubles with smoking joints or if it's more taboo to reach out. (...) And of course it is taboo in Denmark as well.

### ***Relationens vikt***

Some of my best patients are like *Don't do that psychologist thing. Just be present. Be yourself.* They don't like me to be too professional, too distant. You really got to be present and you really got to be authentic.

“This tends to work for some people, this could be a direction. But it's not like, I want you to go this direction. But it could be, so it's really open.”

### ***Det finns ingen universalbehandling***

“We believe in different approaches. To best be able to construct a program aimed at the individual. So we have some theories that we base our work on, but we don't have a definite program that everybody has to follow.”

..I can help you to solve some concrete things as far as I can do. I don't have to do it with everybody. But people who are really, really helpless. Just such a gamechanger when you do it. (...) Just take the car, and we drive now. We do this, we do that. Just kind of drive you to the meetings.

### ***Vad är en framgångsrik behandling?***

We don't feel that drugs are good or bad. We are interested in the effects that it has on your life. So if you feel it has negative effects on your life, we'd like to help you with this. So if somebody comes in, smokes ten joints a day and does cocaine on the weekend, a lot of cocaine. So a goal for treatment could be to be able to smoke just one or two times a month. And that would be fine.

I think really, basically people, man, mankind is always enriched. You get a better man by talking, just talking. Somebody's listening. (...) It's not maybe effective in a way that you're gonna change your life, but you're gonna feel that *okay I'm a woman or man which is interesting*. (...) Maybe it's not effective as politicians want it to be.