



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Att etablera nyktra vanor

En kvalitativ intervjustudie om behandlares arbete med återfall i öppenvården

Maja Lindelöf och Lova Ottvall

Kandidatuppsats SOPB 63

Aktuell termin: VT 2023

Handledare: David Hoff

Abstract

Authors: Maja Lindelöf, Lova Ottvall

Title: Establishing sober habits. A qualitative interview study about professionals working with relapse in outpatient treatment.

Supervisor: David Hoff

Assessor: Johan Cronehed

Studies have shown that the majority of substance abusers relapse within the first year of completed treatment. The aim of this study was to examine how professionals working with substance abuse in outpatient treatment describe their experience of working with relapse cases. The method chosen was qualitative semi-structured interviews with seven different professionals working with substance abuse in outpatient treatment at different organizations. When analyzing the results of our study we used Aaron Antonovskis salutogenic theory which we supplemented with Marc Zimmermans empowerment theory and Ervin Goffmans concept of stigma related to shame. The study found that alliance between the professional and the client was important working with relapse, the alliance contributed to consistency in treatment despite the feeling of guilt and shame within the client. It was essential that the professional worked with the clients motivation and strengthened the client's self-confidence to prevent relapse. Furthermore, helping the client to find something meaningful in their life was central in the treatment. Finding something meaningful showed that clients were more constructive in facing difficulties instead of escaping their feelings. Lastly, working together with the client to find strategies was significant for relapse prevention according to the professionals. This study has attempted to describe the process of relapsing and highlight the experiences from professionals working with substance abuse in outpatient treatment.

Key words: Relapse, outpatient treatment, substance abuse treatment, professionals

Nyckelord: Återfall, öppenvård, missbruksbehandling, behandlare

Förord

Vi vill tacka våra intervjupersoner för att de tagit sig tid att ställa upp på intervjuer som gjort det möjligt att genomföra denna studie. Vidare vill vi tacka de som engagerat sig och som visade intresse att delta i studien, men som vi tyvärr inte hann intervjua. Vi vill även tacka Linn som läst igenom uppsatsen och bidragit till en tydlighet och röd tråd. Slutligen vill vi tacka vår handledare David Hoff som varit en konstruktiv handledare under hela processen.

Maj 2023, Maja Lindelöf och Lova Ottvall

Innehållsförteckning

Problemformulering	5
Syfte	7
Frågeställningar	7
Begreppsdefinition	7
Kunskapsläge	8
Litteratursökning	8
Vägar ut ur missbruk och förhindra återfall	8
Nykterhet efter behandling	11
Samsjuklighet	12
Behandlingsmetoder	13
Teoretiska utgångspunkter	14
Salutogen teori	14
Empowermentteori	16
Skam och stigma	17
Metod och metodologiska överväganden	18
Metodologiska överväganden	18
Urval	19
Tillvägagångssätt	19
Bearbetning och analys	20
Metodens tillförlitlighet	21
Forskningsetik	23
Arbetsfördelning	24
Resultat och analys	24
Meningsfullhet och hantering av utmaningar	25
Motivation och självförtroende	29
Resurser och strategier	33
Skuld och skam	36
Slutdiskussion	39
Referenslista	42
Bilaga 1 - Intervjuguide	47
Bilaga 2 - Mail till intervjupersoner	48
Bilaga 3 - Samtyckesblankett	49

Problemformulering

Återfall i alkohol- och substansmissbruk är vanligt efter avslutad missbruksbehandling. Studier visar att ungefär 80-90 procent av de som försöker bli av med sitt missbruk återfaller inom det första året som nyktra (Wasmuth, Crabtree och Scott 2014). Missbruk medför konsekvenser både för samhället, individerna som drabbas samt för personer i deras närhet. Detta kostar samhället pengar. En studie genomförd 2021 visar att ungefär fyra procent av Sveriges befolkning har ett alkoholberoende. Samma undersökning genomfördes 2013 och resultatet mellan de båda studierna var i princip oförändrat, vilket tyder på att missbruket i Sverige inte har minskat (Folkhälsomyndigheten 2022). Narkotikabruket och narkotikans tillgänglighet i Sverige har ökat under 2000-talet (CAN 2019).

Det är vanligt att förövaren vid våldsbrott är berusad och i ungefär vart femte dödsfall i trafiken 2020 var alkohol eller droger inblandat. Vidare medför missbruk en rad risker för barn som har föräldrar eller vårdnadshavare som konsumerar alkohol på ett problematiskt sätt. Till exempel kan barnets skolgång påverkas negativt. Om mamman konsumerar alkohol under graviditeten finns det en risk att barnet drabbas av fysiska, kognitiva och beteendemässiga svårigheter (Folkhälsomyndigheten 2022). Ett narkotikabruk kan leda till ohälsa, skador och dödsfall. Individen riskerar även att drabbas av stigmatisering, utanförskap och marginalisering i samhället (Folkhälsomyndigheten 2023). Stigmatisering kan leda till skamkänslor hos den stigmatiserade individen Goffman (2014). Andra negativa konsekvenser för individen är enligt Folkhälsomyndigheten (2023) lägre utbildningsnivå, försämrad ekonomi och risk för att bli kriminell. Att utveckla psykotiska symptom och att den fysiska hälsan drabbas negativt är vanliga långsiktiga konsekvenser av ett narkotikabruk.

När personer behandlas för missbruk arbetar socialtjänsten efter socialtjänstlagen (2001:453) med öppenvård, samt enligt lag om vård av missbrukare i vissa fall (1988:870), som innebär tvångsvård. Behandling via öppenvården är den mest förekommande behandlingen och 2021 behandlades 11 854 personer via öppenvården. Mellan åren 2017 och 2020 har behandling för missbruk inom öppenvården ökat (Socialstyrelsen 2022). I öppenvårdens missbruksbehandling visar Pringle, Emptage och Hubbard (2006) i en studie att många som lider av missbruk även lider av andra hälso- och psykosociala problem. Öppenvården har försökt lösa dessa problem genom att tillhandahålla eller underlätta tillgången till omfattande tjänster för hälso- och psykosociala problem. Studien visade att många klienters behov var

otillfredsställda. Exempel på otillfredsställda behov som framkom var juridisk rådgivning, stöd till familjen, grundläggande behov, boende, utbildning och sjukvård. Otillfredsställda behov visade sig utgöra hinder för effektiviteten i missbruksbehandling, vilket kan förklara återfall.

Tai och Volkow (2013) menar att det finns en bild av att missbruksbehandling är ineffektiv och att den inte fungerar då återfall är vanligt förekommande. Enligt författarna beror det på att missbruk idag inte behandlas som en kronisk sjukdom. De menar att klienter i behandling ofta saknar ett socialt skyddsnät i form av vänner och familj eller arbete, vilket kan trigga återfall. Detta är faktorer som kan kopplas till betydelsen av sammanhang, som enligt Antonovsky (2005) är en viktig förutsättning för att utveckla en god hälsa. Vidare menar Tai och Volkow (2013) att rollen som socialarbetare innebär att följa klientens behandling och försöka uppmuntra klienten till att vara kvar i behandling. Därmed kan socialarbetaren hjälpa klienten att ta kontroll över sin situation och därmed blir empowered (se Zimmerman 2000). Att vara kvar i behandling är viktigt, vilket visar sig i Lappan, Brown och Henricks (2020) studie där det i resultatet framkommer att ungefär 30 procent av alla klienter som deltog i missbruksbehandling hoppade av. Fortsättningsvis menar författarna att avhopp från behandling i stor utsträckning är en riskfaktor för att återfalla. Återfall är enligt Hendershot et al. (2011) en del av förändringsprocessen för att bli nykter och återfallen måste minskas för att i framtiden uppnå och bibehålla nykterhet.

I öppenvården kan inte klienten kontrolleras såsom i slutenvården där klienten får behandling 24 timmar om dygnet. Återfall i missbruk är mycket vanligt och öppenvården är den vanligaste insatsen för missbruksbehandling. Därför är det angeläget att fokusera på denna problematik och på hur missbruksbehandlare arbetar med återfall. Vi anser att behandlarperspektivet är viktigt för att få en större förståelse för vad det är som händer vid återfall och hur öppenvården arbetar med det.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka vad behandlare för missbruk inom öppenvården har för erfarenheter av att arbeta med återfall i missbruk.

Frågeställningar

- Vilka erfarenheter har behandlare av att arbeta med återfall hos klienter?
- Hur kan processen vid återfall se ut hos en klient enligt behandlare?

Begreppsdefinitioner

Missbruk

Begreppet *missbruk* används inom socialtjänsten för att beskriva när en person har ett skadligt bruk av alkohol, droger och/eller spel om pengar som medför negativa konsekvenser för hälsan och/eller sociala relationer (Socialstyrelsen 2021). Vi kommer använda begreppet *missbruk* och *missbrukare* genomgående i uppsatsen utifrån ovanstående beskrivning. Dock inkluderas inte spel om pengar i användningen av begreppen.

Nykter

Vi använder oss av begreppen *nykter* och *nykterhet* genomgående i uppsatsen. Vår användning av begreppet innebär att en person är drogfri samt inte konsumerar alkohol.

Återfall

Ett *återfall* är när missbrukaren återgår till att konsumera den substans som en hade som avsikt att sluta med (Franck 2020).

Klient

En *klient* inom socialt arbete är en person som regelbundet kommer på möten med socialarbetare (Socialstyrelsen 2023). I uppsatsen kommer begreppet klient att användas för personer som går i behandling för sitt missbruk.

Öppenvård

Att få behandling inom *öppenvården* innebär att behandlingen är frivillig, att behandlingen sker på dagtid samt att klienten oftast bor hemma (beroendekliniken 2023).

Behandlare

Begreppet *behandlare* används genomgående i uppsatsen och avser professionella som arbetar med missbruksbehandling. Behandlare används som ett samlingsnamn för de olika titlarna som finns för de som arbetar med missbruksbehandling.

Samsjuklighet

När en person uppfyller diagnoskriterier för flera sjukdomar kallas det för *samsjuklighet* (Socialstyrelsen 2019).

Återfallsprevention

Återfallsprevention är en behandlingsmetod som används inom missbruksbehandling för att förebygga återfall i missbruk. Behandlingsmetoden är en form av kognitiv beteendeterapi (Socialstyrelsen 2019).

Motiverande samtal

Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som används i missbruksbehandling för att motivera till förändring (Socialstyrelsen 2019).

Kunskapsläge

Litteratursökning

I det här kapitlet presenterar vi vårt tillvägagångssätt för att hitta relevant forskning kring ämnet, samt redogöra för den forskning vi hittat. I litteratursökningen har vi använt oss av LubSearch och Google Scholar och vi har avgränsat sökningarna till forskning och artiklar som är peer reviewed. De sökord som har använts är bland annat *outpatient treatment addiction, outpatient treatment substance use, substance use relapse, relapse, addiction treatment, substance use co-occurring, motivational interviewing, relapse prevention, co-morbidity, missbruk återfall* och *återfallsprevention*.

Vägar ut ur missbruk och förhindra återfall

Lilja och Sundin (2019) har genomfört en undersökning om olika faktorer som leder till att missbrukare håller sig nyktra. Undersökningen genomfördes genom att 14 klienter som behandlades på svenska behandlingshem för missbruk intervjuades. Återfall bland

intervjupersonerna var vanligt och alla intervjupersoner såg sig själva vara i risk för återfall. Intervjupersonerna fick frågor kring vad som gjorde att de sökte behandling där nästan alla berättade att det handlade om yttre faktorer. Nära familj och vänner som insisterade på behandling, stöd från familj och vänner, att kunna behålla sitt jobb eller få tillbaka sitt körkort var några av dessa faktorer. Vidare har Grahn, Chassler och Lundgren (2014) undersökt vad som ökar missbrukares benägenhet att söka behandling. Resultatet visade att män, äldre, samt de med sysselsättning såsom arbete sökte behandling flera gånger. Andra faktorer som visade på större benägenhet att söka behandling var att missbrukaren led av psykisk ohälsa och hade en icke-kriminell livsstil. Missbrukare med ett högre intag av alkohol och droger var mer återkommande i frivilliga behandlingar. Grahn, Chassler & Lundgren (2014) drar slutsatsen att missbrukare med ett högre intag av alkohol och droger är i ett större behov av behandling. Enligt författarna bör återfall ses som en naturlig del av tillfrisknandet från missbruket och är därför inget individen ska skuldbeläggas för.

Greiff och Skogens (2011) har gjort en intervjustudie i Sverige från ett klientperspektiv om vilka faktorer som är viktiga för att påbörja en förändringsprocess mot ett nyktert liv, samt för att inte återfalla i missbruk. Resultatet visade att missbrukarna var tvungna att hitta en inre vändpunkt, till exempel att en dramatisk händelse kopplat till hälsa eller sjukdom inträffade. I studien presenteras olika framgångsfaktorer som missbrukarna lyfte fram som positiva för behandlingsresultatet. En av framgångsfaktorerna var inre faktorer som visade sig i form av den egna viljan, insikten kring sin problematik samt motivation hos missbrukaren. Lambert et. al (2022) kommer i sin studie fram till att ju sämre insikt missbrukaren har kring sin problematik i behandlingens början i öppenvården, desto större är risken att missbrukaren inte lyckas sluta missbruka. Greiff och Skogens (2011) menar att det sociala nätverket är en viktig framgångsfaktor för behandlingsresultatet. Det kan vara familj, släktingar, kollegor och nära vänner. Dessa relationer fungerar som ett stöd för missbrukaren, men även som en motivation för att vara nykter. Även behandlingsfaktorer är viktiga framgångsfaktorer för att bibehålla nykterhet. Exempel på behandlingsfaktorer är specifika behandlingsinsatser, såsom eftervård, AA-möten samt tidigare behandlingsinsatser.

Även Kristiansen (1999) har gjort en studie om förändringsprocessen från missbruk till ett nyktert liv, genom att intervjua tidigare missbrukare. Intervjupersonerna berättade att socialarbetare inom öppenvården, samt kontakten de fick med andra människor i behandlingssammanhang, var viktiga i processen för att bli nykter. Flera intervjupersoner

beskrev att det var svårt efter att de lämnat missbruket och berättade att de återföll efter avslutad behandling. Återfallen hade i många fall sin grund i olika faktorer som genererade osäkerhet, till exempel ekonomiska svårigheter samt skuld- och skamkänslor. En betydande anledning till återfall hos intervjupersonerna var att de hade glömt anledningarna till att de strävade mot ett drogfritt liv. Det visade sig vara enkelt att återvända till de missbrukande kretsarna eftersom att det är vanligt att människor är frånvarande från dessa under en tid för att sedan komma tillbaka, till exempel efter en tids behandling eller avtjänande av ett fängelsestraff. De sociala relationerna var därför viktiga för intervjupersonerna för att förbli nykter och inte återvända till de missbrukande kretsarna, eftersom andra sociala relationer kunde utgöra ett stöd och finnas där när intervjupersonerna behövde det. Sysselsättning var viktigt för att etablera sig i samhället och att skapa en mening med livet var viktigt för att bibehålla nykterhet. Ju mer integrerade intervjupersonerna blev i det nyktra livet, desto mer minskade återfallsrisken och efter ett antal år levde de stadiga liv i samhället.

I Lilja och Sundins (2019) intervjustudie har tidigare missbrukare intervjuats om betydande anledningar för att bibehålla nykterhet och inte återfalla. Intervjupersonerna hade olika strategier för att minska risken för återfall. För vissa var det av vikt att hålla sig borta från situationer där alkohol eller droger kunde förekomma. Andra hjälptes av att se alkohol och droger för att påminna sig om hur ens liv en gång såg ut. Till exempel jobbade en intervjuperson med hemlösa och kom i stor kontakt med alkohol och droger. Att prata om sin tidigare missbruksproblematik, inte romantisera problematiken och uppehålla sig med aktiviteter var andra strategier som intervjupersonerna använde sig av. Alla intervjupersoner berättade om skuld och skam vad gällde deras missbruk. Att skam och stigma är vanligt förekommande för personer med missbruk framgår även i Crapanzano et al. (2018), som undersökte tidigare klienters upplevelser av skam och stigma i samband med deras resultat i missbruksbehandling. Studien visade att klienter kände stigma från många olika håll, även från sig själva. Ett exempel från resultatet var att klienten kände stigma från sin behandlare vilket resulterade i att klienten bildade en känsla av stigma mot sig själv. Det gjorde att klienten blev mindre engagerad i behandlingen. Det framkom att stigma kunde påverka andra faktorer som hade betydelse för behandlingen och sannolikheten att slutföra behandling.

Nykterhet efter behandling

Att behandlingstiden är viktig för behandlingsresultatet framkommer i Wagner, Acier och Dietlins (2018) studie. De har genomfört en studie för att ta reda på vad som skiljer sig mellan de som hoppar av missbruksbehandling för alkohol i öppenvården gentemot de som inte hoppar av. Resultatet visade att de klienter som hoppade av sin behandling hade en kortare behandlingstid och träffade sin behandlare mer sällan. De som hoppade av hade färre individuella behandlingssamtal än de som stannade i behandlingen och uteblev från fler behandlingstillfällen än de som inte hoppade av. Om det gick många dagar mellan första kontakten med behandlingsorganisationen och det första behandlingstillfället var avhoppet fler. Weisner et al. (2003) visar i sin studie att det finns ett starkt samband mellan missbrukare som är nyktra sex månader efter behandling och de som håller sig nyktra lång tid efter behandling. I studien valdes 1204 missbrukare ut som alla gick ett åtta veckor långt behandlingsprogram. Dessa fick frågan efter sex månader om de bibehållit sin nykterhet, sedan ställdes samma fråga igen efter fem år. Resultatet visade att kvinnor och äldre hade större tendens att bibehålla sin nykterhet efter fem år. Resultatet visade även att 64 procent av alla som hade bibehållit sin nykterhet efter sex månader gjorde även det efter fem år. Däremot var det 34 procent av de som inte hade bibehållit sin nykterhet efter sex månader som gjorde det efter fem år. För missbrukare som bibehöll sin nykterhet efter sex månader var tolvstegsbehandling och ett socialt nätverk utan alkohol och droger två faktorer som lyftes som värdefulla.

Blevins et al. (2017) har undersökt klienters nykterhet efter behandling i öppenvården. Resultatet visade att tiden för behandling inte kunde förutse risken för återfall. Inte heller hade en helt avslutad behandling något samband med avhållsamhet. De samband som observerades till avhållsamhet var istället att gå på AA-möten samt att prata med någon professionell, som till exempel en psykolog eller kurator. Resultatet visade även att för de klienter som återföll i sitt missbruk var konsumtionen betydligt lägre innan behandlingens start. Vidare har Bottlender & Soyka (2005) undersökt nykterheten efter tre år hos klienter som fått behandling i öppenvården. Resultatet visade att 46 procent av klienterna i undersökningen hade tagit minst ett återfall. Till skillnad från Blevins et al. som menar att det inte finns något samband mellan avslutad behandling och avhållsamhet visar detta resultat att avhopp från behandling var en av de främsta faktorerna för att förutse återfall. Maisto et al. (2018) har gjort en studie om återfall efter behandling i öppenvården. De kom fram till att

personer som hade längre perioder av nykterhet mellan återfall hade bättre långsiktiga resultat än de som misslyckades att avbryta återfallen.

Samsjuklighet

Wessel Andersson, Mosti och Nordfjaern (2023) har i sin studie visat att för klienter i missbruksbehandling med samsjuklighet var återfallsfrekvensen högre än för de med enbart missbruk. De klienter som levde med samsjuklighet hade högre nivåer av ångest än de som enbart led av missbruk. Mueser och Gingerich (2013) menar att det finns ett starkt samband mellan psykiska sjukdomar och drogmissbruk. För de som både har ett missbruk och en psykisk sjukdom är sannolikheten mindre att de medicinerar för sin psykiska sjukdom. De avbryter även ofta sin behandling. Att ha separata behandlingar på olika organisationer för sin psykiska sjukdom och för sitt missbruk har visat sig vara ineffektivt, bland annat på grund av bristande samordning mellan organisationerna och för att klienten hoppar av behandlingen i förtid. För människor som lider av samsjuklighet har en integrerad behandling varit effektivt. Det innebär enligt författarna att en professionell eller ett team av professionella ansvarar för att integrera alla behandlingar som individen har behov av.

Enligt Mueser och Gingerich (2013) finns det olika typer av integrerade behandlingar som skiljer sig åt, men behandlingarna delar vissa allmänna principer som utgör grunden för den integrerade behandlingen. Den första principen är att bemöta klienten på ett sätt som minskar klientens stress och jobba med att minska klientens skaderisk genom att till exempel se till att hen har rena sprutor ifall hen injicerar droger. Vidare ska behandlingen vara motivationsbaserad och inkludera kognitiva behandlingsstrategier. Behandlingen ska syfta till att stödja en återhämtning som är funktionell för individen och att få individens nätverk att engagera sig. Socialarbetare kommer ofta i direkt kontakt med klienter som lider av samsjuklighet och har möjligheten att göra bedömningar eller ge behandling utifrån de centrala principerna. Enligt författarna sitter ofta socialarbetaren på kunskap om vilka resurser som finns i samhället som kan vara till hjälp för klienten i deras dubbla tillfrisknande. Vidare har en socialarbetare kunskap om andra sociala problem än det som de preliminärt jobbar med, vilket gör att socialarbetaren skulle kunna upptäcka en samsjuklighet hos en av sina klienter. Detta eftersom det finns en förståelse för hur olika sociala problem hänger ihop.

Renaud et.al (2021) har genomfört en litteraturstudie och visar att personer som lider av posttraumatiskt stressyndrom och samtidigt har ett missbruk har svårare att genomgå en behandling med framgångsrika resultat än de som lider av enbart en av sjukdomarna. Flera studier som granskades i litteraturstudien visade att de med posttraumatiskt stressyndrom hade ett svårare missbruk och kände ett starkare sug efter alkohol och/eller droger än de som inte led av posttraumatiskt stressyndrom. Vidare visade fler studier som granskades att missbruket skulle kunna vara en strategi att hantera det trauma som upplevts och att återfallsrisken därför ökar. Ett ökat sug efter alkohol eller droger ledde till att återfallsrisken var högre.

Behandlingsmetoder

Ekendahl och Karlsson (2023) har i sin studie undersökt behandlares syn på återfallsprevention. Behandlare som använder metoden beskriver sig själva som en coach. Det största ansvaret ligger dock hos klienten och är något som klienten måste göra själv. Behandlare beskriver det även som att de själva inte behöver ha någon utbildning eller kompetens, utan att en begränsad utbildning kring behandlingen räcker för att arbeta med återfallsprevention i samtal med klienter. Vidare upplyser behandlare att metoden sällan kan användas ensam, utan behöver kompletteras med andra behandlingsmetoder. Behandlares syn är att metoden ger klienten möjlighet att titta djupt in i sig själv och att den till skillnad från andra metoder berör fler situationer i klientens vardagsliv och ger verktyg till att hantera ett nyktert liv.

Brorson et al. (2020) menar att forskning säger att längre behandlingstider leder till bättre resultat. Samtidigt visar forskning att det i öppenvårdsbehandling är vanligt att klienten hoppar av behandlingen inom de första tre månaderna. Enligt Carswell et al. (2018) har ett nytt system, DPS, utvecklats i USA för att öka behandlingstiden hos klienter inom öppenvården. Detta innebär att behandlare har telefontider varje dag som möjliggör för klienterna att ringa om de så önskar. Resultatet i Carswells studie visar att klienterna använder sig flitigt av detta system och känner sig bekväma med att prata om det mesta i telefon, så som sug efter och användning av olika droger. Behandlarna i studien var nöjda med metoden. De menade att telefonsamtalen gav mycket information som kunde användas i gruppmöten och för diskussioner.

Carroll et al. (2006) genomförde en studie där de undersökte vilken effekt samtalsmetoden MI vad gäller missbruksbehandling. Studien undersökte två saker. Den första var i vilken utsträckning klienterna kom på behandlingstillfällena baserat på vilken typ av metod som användes. Den andra var om det fanns någon skillnad i droganvändningen efter 28 respektive 84 dagar hos klienterna beroende på om MI hade använts eller inte. Resultatet visar att klienter tenderade att i större utsträckning fortsätta komma på behandling när behandlarna använt MI. Klienternas droganvändning efter 84 dagar jämfördes med droganvändningen under behandlingens start. Efter 84 dagars behandling fanns ingen skillnad i droganvändning hos klienter där behandlarna använt MI eller inte.

Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel presenteras vilka teorier och begrepp som kommer att användas i analyseringen av vårt insamlade material. Teorin som kommer att användas är den salutogena teorin, denna kommer att kompletteras med empowermentteorin samt begreppen skam och stigma.

Salutogen teori

Aaron Antonovsky (1923-1994) har utvecklat den salutogena teorin som berör vad som gör att en människa kommer närmre hälsa än ohälsa, oberoende av hur individens livssituation ser ut (Antonovsky 2005 s.16 f). I en människas liv finns en massa stressorer, alltså utmaningar och svårigheter. Ett stort antal människor klarar sig, eller lyckas bra, även fast det ofta finns en hög nivå av stressorer. Hur bra en person hanterar stressorn avgör om personen kommer närmare hälsa eller ohälsa. Vidare finns det generella motståndsrresurser, till exempel socialt stöd eller inre resurser, som kan hjälpa individen att hantera stressorer. Antonovsky (2005 s.43 f) förklarar varför vissa människor hanterar stressorer bra genom KASAM, som betyder *känsla av sammanhang*. KASAM består av tre komponenter, dessa är *begriplighet*, *hanterbarhet*, och *meningsfullhet*. Enligt Antonovsky (2005 s.48 ff) kan en individ ha en högre eller lägre nivå av dessa tre komponenter. Beroende på hur hög nivå en individ har av de tre komponenterna avgör hur högt KASAM, känsla av sammanhang, individen har. Om en individ har högt KASAM kan personen bemöta svårigheter i livet på ett konstruktivt och gynnsamt sätt, vilket genererar hälsa.

Begriplighet enligt Antonovsky (2005 s.44) handlar om att förstå saker som sker, så kallat stimuli, inuti en själv samt runt omkring i ens omgivning. Har individen en hög begriplighet

förstår personen sin omgivning och de förändringar som sker är begripliga och kan hanteras. Anledningen till detta är att informationen kan sorteras, är greppbar och kan förstås. Detta gäller både positiva och negativa saker som sker. Om en människa har en låg begriplighet upplevs inre och yttre stimuli som kaotisk, slumpartad, oförutsägbar och obegriplig. *Hanterbarhet* förklarar Antonovsky (2005 s.45) som resursmobilisering, åsyftande vilka resurser individen besitter och att de kan användas för att hantera stressorer. Att individen har tillgång till resurser syftar både på att individen själv kontrollerar sina resurser och kan använda dessa, men även att människor i individens omgivning ger individen tillgång till dem. Att ha en hög hanterbarhet innebär alltså att individen har många resurser för att hantera stressorer. Med *meningsfullhet* menar Antonovsky (2005 s.45 f) att individen har något i sitt liv som ger livet en känslomässig innebörd. Alltså att något i individens liv som har betydelse och som individen ser som viktigt och engagerar sig i. Det handlar inte enbart om kognitiva saker, utan även om saker som har en känslomässig mening. Vidare innebär meningsfullhet att individen känner att de svårigheter och krav som personen stöter på är värda att engagera sig i och visa tillgivenhet till. Det betyder inte att individen blir glad för att utsättas för stressorer, utan det handlar om att inte gömma sig från att bemöta svårigheten.

Meningsfullhet beskrivs som KASAM:s motivationskomponent. Antonovsky (2005 s.45) har i en studie visat att de som ansågs ha ett högt KASAM alltid hade något i sitt liv som de engagerade sig i och som hade en betydelse för dem. Vidare skriver Antonovsky (2005 s.50) att utan meningsfullhet är det svårt att ha en hög begriplighet eller hög hanterbarhet. Därför är meningsfullhet den viktigaste komponenten. En individ som har ett engagemang och bryr sig kan alltid finna begriplighet samt upptäcka sina resurser. Därefter är begriplighet förmodligen viktigast. För att ha en hög hanterbarhet krävs en förståelse. Om individen inte tror att den har tillgång till resurser minskar känslan av meningsfullhet, vilket gör att individens motivation att hantera svårigheten blir lägre.

Vi har valt att använda salutogen teori för att analysera vår empiri eftersom den förklarar vad som påverkar att en individ mår bra och har en bra hälsa. Då missbruk ofta har ett nära samband med ohälsa anser vi att den salutogena teorin är till hjälp för att förstå vad som är viktigt för att inte återfalla i missbruk och därmed få en bättre hälsa.

Empowermentteori

Empowermentteorin syftar enligt Zimmerman (1995, 2000) till att beskriva processen att ta makt över frågor som berör en och ta kontroll över beslut som påverkar en. Teorin kan appliceras både på mikro-, meso- och makronivå. Empowerment syftar till att hitta tillvägagångssätt, att sätta upp mål, skapa en strävan efter något och hitta olika strategier för att åstadkomma förändring. En strategi som används är att försöka se till det positiva, hitta styrka istället för att se riskerna (Zimmerman 2000 s.45). *Empowering processes* är enligt Zimmerman (2000 s.46) processen där individen försöker få kontroll, kan erhålla resurser och skapa en förståelse för den sociala miljön. För individer på mikronivå brukar detta kallas *psychological empowerment* (PE). Om processen ska vara *empowering* ska den leda till att personen utvecklas och kan lösa problem, ta beslut på egen hand och tro på sin kompetens. I processen kan individen utveckla dessa förmågor genom att delta i olika aktiviteter eller vara en del av en grupp. Individen ska även skapa förståelse för den socio-politiska miljön den befinner sig i. För att beskriva PE närmare använder sig Zimmerman (1995 s.588 f) av tre begrepp, som utgör olika delar av teorin, *intrapersonal component*, *interactional component* och *behavioral component*.

Intrapersonal component är individens tankar om sig själv. Det handlar om motivation till att ta kontroll över sig själv och sitt tankesätt om sin egen förmåga. Individens egen uppfattning om sig själv är viktig: en person som inte tror på att den kan uppnå sina mål har även svårt att förstå vad som krävs för att nå målen. Hjäplöshet, maktlöshet eller social isolation är motsatsen till tankar som *intrapersonal component* utgör. *Interactional component* handlar enligt Zimmerman (1995 s.589 f) om att individen är medveten om sina beteenden och väljer att agera på ett sätt som gör att den kan uppnå sina mål. För att kunna agera på rätt sätt behöver individen ha kunskap om normer och kontexter i samhället. Förstår individen kontexten och normerna så kan det ge kunskap om hur den kan välja att agera i vissa situationer för att få mer kontroll. Kunskap innebär också att individen ibland behöver ställa sig kritisk till miljön den befinner sig i, ha förståelse för vad den kan behöva hjälp med för att uppnå sina mål och hur det går att använda resurserna som erbjuds. *Behavioral component* innebär att handla omedelbart för att påverka situationen. Det kan till exempel vara att engagera sig i en självhjälpsgrupp, söka arbete, gå med i ett fotbollslag eller hitta andra sätt att sysselsätta sig. Det kan även innebära att hitta sätt att hantera stress eller anpassa sig till förändringar. Alla tre komponenter måste finnas hos en individ för att helt uppnå PE. Gör

personen detta är den *empowered*, vilket innebär att personen tagit kontroll över sig själv och blivit mer delaktig i sin omgivning.

Zimmerman (2000 s.45 f) menar att den professionellas roll blir en annan än en expertroll i empowermentteorin. Istället ses det som en samarbetspartner, vilket ger den professionella möjlighet att lära sig om klientens kultur, ordval och svårigheter utan att den professionella förespråkar något för klienten. Detta innebär att den professionella ska förhålla sig till den tid och det rum klienten befinner sig i. Den professionella kan inte tänka att det som är planerat inför ett möte måste genomföras, istället handlar det om att möta upp klienten där den befinner sig. Den professionella måste besitta kunskap och redskap, men dessa kan inte användas i alla behandlingssammanhang.

Empowermentteorin används som komplement till den salutogena teorin då vi menar att empowermentteorin närmare förklarar processen som sker i en individ när det gäller att ta kontroll över sig själv. Empowermentteorin är mer fokuserad på att utveckla förmågor inom individen, såsom självförtroende. Detta är ett komplement och kan användas för att förstå hur en behandlare arbetar för att stärka en klients kontroll över sig själv för att förhindra återfall.

Skam och stigma

Goffman (2014 s.11 f) beskriver *stigma* som när individen har en egenskap som är nedvärderad i samhället. En sådan egenskap stigmatiserar de individer som har denna egenskap. Det finns tre olika kategorier av stigma. Den första handlar om fysiska funktionsvariationer. Den andra innefattar personer som har en icke önskvärd egenskap, till exempel viljesvaghet. Dessa egenskaper tillskrivs på grund av individens förflutna, som till exempel psykiska sjukdomar, fängelsevistelser eller missbruk. Den tredje kategorin innefattar saker som ursprung, religion och nation. Goffman (2014 s.15) menar att på grund av den stigmatiserade individens insikt om att det är skamligt att besitta en viss egenskap, finns alltid skammen i bakhuvudet på individen. Vidare beskriver Goffman (2014 s.40 f) *den moraliska karriären* som när den stigmatiserade individen lär sig omgivningens föreställning och tillskriver sig själv den identiteten.

Vi har valt att komplettera den salutogena teorin med begreppen skam och stigma eftersom vi även vill kunna förstå skamkänslor som kan uppstå vid återfall och hur behandlare jobbar med det i behandlingen.

Metod och metodologiska överväganden

Vi valde en kvalitativ ansats för vår studie i form av semistrukturerade intervjuer med behandlare inom öppenvården för missbruk. I detta kapitlet går vi igenom metoden för studien, vilket omfattar metodologiska överväganden, urval, tillvägagångssätt, bearbetning och analys, metodens tillförlitlighet, forskningsetik samt arbetsfördelning.

Metodologiska överväganden

Syftet med denna studie är att undersöka behandlares erfarenheter av att arbeta med återfall inom öppenvården. Därför valdes en kvalitativ ansats, då vi ville få en komplexare bild av processen vid återfall. Ahrne & Svensson (2022 s. 9 ff) menar att kvalitativa metoder ger möjlighet att beskriva människors livssituationer och därmed möjlighet till ett bredare perspektiv på ett samhällsproblem.

Vi valde att genomföra semistrukturerade intervjuer som insamlingsmetod av det empiriska materialet eftersom vi ville synliggöra enskilda behandlares erfarenheter om återfall i öppenvårdsbehandling. Enligt Bryman (2018 s.563) är en semistrukturerad intervju utformad efter övergripande teman för att vara flexibel. Tillåtelse ges att ändra ordningen på tänkta frågor och teman och intervjupersonen kan svara fritt och beröra olika teman. Då vi genomförde semistrukturerade intervjuer fanns möjlighet att ställa följdfrågor till intervjupersonen. För att få ett material som var relevant för vårt syfte och våra frågeställningar var det av vikt att intervjupersonen gavs möjlighet att beröra andra teman än de vi hade förberett. Dock var det också viktigt att ha förberedda teman för att vi skulle kunna hålla oss till ämnen som var relevanta för frågeställningarna. Efter den första intervjun diskuterade vi intervjuguiden och dess funktion i vårt arbete. Vi ansåg att intervjuguiden fungerade bra och berörde ämnen som var av relevans för vår studie. Efter ytterligare två intervjuer ansåg vi att två andra ämnen av relevans hade berörts i intervjuerna, vilka var avhopp från behandling och samsjuklighet. Vi valde därför att lägga till två punkter om dessa i vår intervjuguide. Inga teman eller frågor reviderades i intervjuguiden då vi fann alla relevanta för arbetet.

Urval

Vi valde att göra ett målstyrt urval för insamlingen av materialet. Kriterierna för vår studie var att intervjupersonerna skulle arbeta med missbruksbehandling inom öppenvården. Vi hade dessa kriterier för att kunna besvara våra frågeställningar. Bryman (2018 s.498) beskriver att ett målstyrt urval innebär att intervjupersonerna väljs utifrån att de uppfyller bestämda kriterier. Målstyrda urval är tänkta att vara behjälpliga för att besvara frågeställningarna.

För att hitta intervjupersoner gjorde vi en sökning på google efter en lista på alla kommuner i Skåne. Därefter sökte vi på ”*kommunens namn, öppenvård, missbruk*” och gick in på kommunens informationssida för öppenvård. Om det på hemsidan fanns kontaktuppgifter direkt till behandlare kontaktade vi dem via mail (se bilaga 2). Om vi inte kunde hitta kontaktuppgifter direkt till behandlare fanns det ofta kontaktuppgifter till en chef för öppenvården. I dessa fall skickade vi ett mail till chefen och bad denne vidarebefordra vårt mail till behandlare som jobbade med missbruk i öppenvården. I de enstaka fall där vi inte heller hittade kontaktuppgifter till en chef skickade vi ett mail till kommunen och bad om kontaktuppgifter till behandlare som jobbar med missbruksbehandling inom öppenvården. De behandlare som svarade att de ville bli intervjuade bokade vi tider för intervjuer med. Vi valde ut vilka som skulle intervjuas baserat på att tiderna bokades snabbt. Detta på grund av att vi ville genomföra intervjuerna skyndsamt med tidsramen för uppsatsen i åtanke. Efter att en tid för intervju hade bokats med en intervjuperson skickade vi en samtyckesblankett (se bilaga 3). Vi bokade tider med behandlare inom öppenvården tills vi hade sju intervjuer inbokade, som sedan genomfördes. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2022 s.64) skriver att om sex till åtta personer från en specifik grupp intervjuas ökar sannolikheten att materialet inte påverkas av en enskild intervjupersons avvikande uppfattning om något.

Tillvägagångssätt

Alla intervjuerna genomfördes på plats i respektive arbetsplats lokaler. En av intervjuerna genomfördes dock på annan plats då det fungerade bättre för intervjupersonen just den dagen som intervjun hölls. Vid varje intervju utgick vi från en intervjuguide (se bilaga 1). Intervjuguiden bestod av olika teman som vi valt ut och under dessa förslag på frågor. Temana bestämdes baserat på vårt syfte med studien samt utifrån den tidigare forskningen

som funnits. De teman som valdes ut var *inledning, återfallsrisker/bibehålla nykterhet, arbete med återfall, livssituation* och *öppenvården*. Alla temana från vår intervjuguide berördes under alla intervjuerna, dock i olika ordning. Trots detta höll sig intervjupersonerna inom ramarna för det vi på förhand hade bestämt att vi skulle prata om. Tack vare att vi hade en semistrukturerad intervju med teman kunde vi vara flexibla för att intervjuerna skulle vara olika. Kvale och Brinkman (2014 s.172) menar att en vanligtvis har en intervjuguide för att tydliggöra intervjuens relevanta ämnen. I en semistrukturerad intervju finns olika teman för intervjun och förslag på frågor under dessa i intervjuguiden.

I det första mailet till respektive intervjuperson berättade vi om syftet med studien och vad vi avsåg att prata om i intervjun. Även i samtyckesblanketten framkom vad intervjuens syfte var och vad vi avsåg att prata om. Vid alla våra intervjuer inledde vi med att informera om att vi startade inspelningen och läste sedan upp informationen i samtyckesblanketten och intervjupersonerna fick ge sitt samtycke muntligt. Därefter påminde vi intervjupersonen om vår studies centrala tema, alltså återfall i missbruk. Efter intervjuerna pratade vi mer med intervjupersonerna om studien och med vissa reflekterade vi och intervjupersonen om tankar som uppstått under intervjun. Kvale och Brinkman (2014 s.170 f) menar att en intervju påbörjas med hjälp av en orientering där beskrivning av syftet med intervjun ingår och information ges om att inspelningen startar. Efter intervjun och när inspelningen har stängts av kan en uppföljning ske i form av att intervjuaren och intervjupersonen pratar mer om studien och andra tankar som väckts under intervjun. Intervjupersonerna fick information om att intervjun skulle pågå i ungefär 45 minuter, vilken också hölls för majoriteten av intervjuerna. Transkriberingarna resulterade i ungefär elva sidor text per intervju.

Bearbetning och analys

Intervjuerna genomfördes under två veckors tid. Efter första veckan av intervjuer påbörjades bearbetning genom transkribering. Efter första veckan transkriberades två intervjuer, och under den andra veckan påbörjades ett mer intensivt arbete med transkribering för att kunna använda och analysera det material som samlats under intervjuerna. Transkriberingen är ordagrann och innefattar utfyllnadsord. Efter att transkriberingen var klar läste vi båda igenom allt material och diskuterade det tillsammans för att få en övergripande bild av materialets innehåll. Vi har varit öppna för att finna material som avviker i bearbetningen av materialet. Enligt Rennstam och Wästerfors (2022 s.246 f) är det nödvändigt att läsa igenom

materialet trots att en själv är insamlaren av materialet. Anledningen till detta är att det inte går att säkerställa att en har en överblick om så inte sker.

När vi hade läst igenom och diskuterat materialet genomförde vi en initial kodning. Koderna skapades utifrån våra diskussioner om materialet. De koder som vi använde oss av var *allians, frivillighet, öppenvård, process, motivation, självförtroende, strategier, resurser, skam, stigma, skuld, meningsfullhet, undvikande, psykisk ohälsa, samsjuklighet*. Rennstam och Wästerfors (2022 s.248) beskriver initial kodning som att materialet granskas med öppenhet. Vi valde att använda många olika koder för att fånga upp allt material och för att vi inte i förväg kunde veta vad som skulle visa sig vara mest intressant för studien. Bryman (2018 s.700) menar att alla koder som genereras inte kommer att vara användbara i analysen, därför är det en fördel att utgå ifrån många koder till en början. När vi hade kodat allt material gjordes en fokuserad kodning som sedan blev grunden för de teman som användes i resultat och analys. Enligt Rennstam och Wästerfors (2022 s.248) är innebörden av en fokuserad kodning när en väljer ut vad som ska fokuseras på av vad som framkommit i materialet och mönster skapas. De teman vi diskuterade fram och slutligen användes i analysen var *motivation och självförtroende, skuld och skam, meningsfullhet och hantering av utmaningar* samt *resurser och strategier*. Utifrån koderna blev ett tema *behandling*, detta tema genomsyrar hela analysen och därför gjordes valet att inte analysera det för sig.

Metodens tillförlitlighet

Nedan presenteras hur vi gått tillväga för att vår studie ska ha en hög tillförlitlighet. Bryman (2018 s.647) menar att i kvalitativ forskning undersöks tillförlitligheten i studien genom fyra delkriterier. Dessa är *trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet* och *konfirmerbarhet*. Vidare använder vi Linds (2014 s.165) begrepp *autenticitet* och *träffsäkerhet* kopplat till metodens tillförlitlighet.

För att en studie ska vara *trovärdig* krävs att det som undersöks överensstämmer med den generella uppfattningen av fenomenet som undersöks (Bryman 2018 s.647). För att öka vår studies trovärdighet bad vi intervjupersonen att förtydliga sitt svar om vi kände oss osäkra på vad intervjupersonen menade. Till exempel bad vi intervjupersonen att förklara mer eller ge konkreta exempel för att vi inte skulle feltolka något som sades. Vidare informerade vi intervjupersonerna om att de kommer få ta del av vår uppsats, för att öka deras trygghet att

det som de har sagt kommer att återges så som de har berättat. Enligt Bryman (2018 s.647) är det viktigt att intervjupersonernas svar redogörs för så precist som möjligt och att forskaren inte gör en för lös tolkning.

Överförbarhet innebär att det är viktigt att forskaren gör en omfattande och detaljerad beskrivning och redogörelse för sitt material (Bryman 2018 s. 467 f). Genom att koda materialet har vi fått en överblick över hela vårt material samt kunnat se detaljer. På så vis har vi kunnat redogöra för materialet i resultat och analys. Vi har försökt vara tydliga när öppenvården är en relevant aspekt för att det inte ska missförstås och appliceras på en kontext där det inte passar, till exempel i slutenvården. Enligt Bryman (2018 s.468) innebär *pålitlighet* att fullständigt material ska finnas tillgängligt för alla delar av arbetsprocessen och ska kunna redovisas om så skulle vara nödvändigt. För att ta hänsyn till detta har vi sparat allt vårt material i form av ljudinspelningar, transkriberingar, samtyckesblankett, intervjuguide, informationsmail och annat underlag till dess att uppsatsen är godkänd.

Konfirmerbarhet handlar om att forskaren ska vara medveten om att det inte går att vara helt objektiv, men att forskaren eftersträvar att kunna tillförsäkra att denne har agerat med goda intentioner. Det ska för läsaren vara självklart att forskaren inte avsiktligt tillåtit personliga värderingar eller teoretiska inriktningar influera studiens genomförande eller de slutsatser som dras (Bryman 2018 s.470). På grund av att vi har varit två som genomfört studien har det blivit tydligt att det går att förstå fenomen på olika sätt och att det inte är möjligt att vara helt objektiva. Vi valde vår teoretiska utgångspunkt vid ett sent skede för att inte påverkas av teorin vid insamlingen av materialet och inte heller vid kodning. På detta sätt har vi försökt vara neutrala inför vårt material.

Autenticitet syftar till att informationen från empirin redovisas på ett korrekt sätt. Vidare betyder *träffsäkerhet* att empirin är väsentlig för studiens frågeställningar (Lind 2014 s.165). All empiri kan inte redovisas för och därför har material valts ut utifrån relevans för studiens syfte och frågeställning. Ofta har flera intervjupersoner sagt liknande saker och då finns inte alla citat med då det enbart hade blivit en upprepning. För att få ett representativt resultat och analys har vi presenterat de citat som innehöll och sammanfattade vad flera intervjupersoner sade kring samma ämne. Vi har även valt citat utifrån vilket vi har ansett uttryckt sig på tydligast sätt för att underlätta för läsaren. I de fall intervjupersoner har gjort liknande

redogörelser betonas det i den anslutande texten till citatet i vårt resultat och analys. I bearbetning och analys förklaras detta mer noggrant.

Forskningsetik

Det finns fyra etiska principer som fungerar som ett ramverk för etiken (Eldén 2020 s.29). Dessa presenteras nedan. Vi har givit information om studiens syfte i ett första mail till deltagarna. Därefter skickades en samtyckesblankett ut till de behandlare som visade intresse för att delta i studien. I samtyckesblanketten gavs mer information om studiens syfte och frivilligheten i deltagandet. Denna information gavs även i början av varje intervju. För att säkerställa att den information som gavs ut var tydlig och korrekt skickades den först till vår handledare som godkände den. Genom detta har vi tagit hänsyn till *informationskravet*, som Eldén (2020 s.29 f) förklarar som att forskaren har som uppgift att ge information om syfte och frivillighet att delta i studien till individer som är en del av studien. I ett första mail till eventuella intervjupersoner i vår studie gavs information om att deltagaren fick bestämma tid och plats för intervjun. Genom detta gavs möjlighet för deltagaren att påverka och styra över sin medverkan i intervjun. Som tidigare nämnts fick intervjupersonen information om samtycke vid intervjuns start och fick lämna sitt samtycke innan intervjun påbörjades. Intervjupersonen uppmärksammades även på att denne både under och efter intervjun fick avbryta sin medverkan. Därav har vi tagit hänsyn till *samtyckeskravet*. Eldén (2020 s.30) förklarar att *samtyckeskravet* innebär att intervjupersonen får styra sitt deltagande i studien.

Ljudfilerna från intervjuerna förvarades offline på våra mobiltelefoner som endast vi har lösenord till. Intervjuerna har transkriberats samma vecka eller veckan efter genomförandet, där alla namn och platser har avidentifierats, vilket även är fallet i resultat och analys. Information har givits till deltagarna i studien att ljudfilerna kommer att sparas offline på våra mobiltelefoner till dess att uppsatsen är godkänd. På så vis har Eldéns (2020 s.30 f) syn på *konfidentialitetskravet* tagits i beaktning. Eldén menar att deltagarna i studien ska vara avidentifierade. Om deltagarna pratar om andra människor ska dessa inte heller gå att identifiera. Som utomstående ska det inte vara möjligt att få tillgång till uppgifter om deltagarna som går att identifiera. Den informationen vi har fått från intervjuerna har endast använts till uppsatsen. Allt material (transkribering och ljudfiler) kommer att raderas efter det att uppsatsen är godkänd. Genom detta har hänsyn tagits till *nyttjandekravet*. Eldén (2020

s.31) förklarar att *nyttjandekravet* innebär att materialet från intervjuer inte får nyttjas på något annat sätt än till studien.

Arbetsfördelning

Vi har samarbetat med varandra under hela arbetets gång och alltid suttit tillsammans och arbetat, med undantag för transkriberingen. Hela arbetet har gjorts tillsammans, dock har vi delat upp den skriftliga texten i vissa avsnitt. När vi har delat upp skrivandet har vi ändå suttit tillsammans när vi har arbetat för att kunna ta hjälp av varandra och även för att hela tiden se till att vi tänkt lika för att se till att det finns en röd tråd. Problemformulering, syfte och frågeställning är skrivna tillsammans. Tidigare forskning letade vi efter och skrev separat och utifrån det skrev vi sedan en gemensam, sammanhängande text. Vi letade efter teorier tillsammans och valde efter en diskussion vilka vi ville använda. Teorier valdes i gemensam diskussion och vi skrev om dem tillsammans. Transkriberingen av intervjuerna delades upp jämt. Vi diskuterade alla metodavsnittets olika delar och bestämde vad som skulle skrivas gemensamt. Vi delade upp skrivandet, men vi båda har skrivit på alla metodavsnittets delar. Vad gäller resultat och analys har vi diskuterat tillsammans för att sedan skriva på olika delar. Vi har läst allting tillsammans och pratat om vad vi vill få fram i analysen innan vi började skriva. Abstract och avslutande diskussion skrevs tillsammans. Efter arbetets alla delar var skrivna har en utomstående person korrekturläst för att säkerställa ett tydligt språk och en röd tråd genom hela arbetet.

Resultat och analys

I detta kapitel redovisas och analyseras det insamlade materialet. Utgångspunkterna är den salutogena teorin och kompletteras av empowermentteorin samt begreppen skam och stigma. Vidare kopplas analysen till delar av kunskapsläget och den tidigare forskningen som hittats. Avsnittet är uppdelat i fyra rubriker som skapats utifrån de mönster vi sett i bearbetningen av det insamlade materialet. Dessa är meningsfullhet och hantering av utmaningar, motivation och självförtroende, resurser och strategier samt skuld och skam. Hur behandlare arbetar i behandlingen med återfall är genomgående i hela kapitlet och kommer därför inte att diskuteras enskilt.

Meningsfullhet och hantering av utmaningar

I detta tema belyser vi vad behandlarna har för erfarenheter av att arbeta med klienters känsla av meningsfullhet. Det innefattar känslan av delaktighet, sociala sammanhang och att ha något i livet som ger livet mening samt hur meningsfullhet påverkar bemötandet av utmaningar och svårigheter. Vidare analyserar vi hur behandlare jobbar med att hjälpa klienten att förstå vad det är som sker vid återfall och hur behandlaren gör återfallet till en del av processen mot ett nyktert liv. Majoriteten av intervjupersonerna beskriver att en känsla av ensamhet kan trigga återfall och att det är viktigt med sociala sammanhang där klienten känner sig delaktig. Vikten av att ha ett syfte med att vara nykter och att känna en delaktighet framkommer i följande citat där intervjuperson Dani berättar om sina erfarenheter kring vad som kan skydda en klient från att återfalla:

Ja, ju mer relationer man har i vardagen, [...] såhär sysselsättning att du ska ha ett jobb, men du ska ha något sammanhang där man känner sig delaktig, jag har märkt att det är en hög skyddsfaktor. (Dani)

Det som Dani och majoriteten av intervjupersonerna ansåg skyddade klienter från att återfalla var relationer, sysselsättning eller något sammanhang där en känner sig delaktig. Antonovsky (2005 s.45 f) beskriver *meningsfullhet* som en komponent i KASAM. Att ha en hög meningsfullhet innebär att individen har något i sitt liv som ger livet en känslomässig innebörd som den engagerar sig i. Tolkat utifrån begreppet meningsfullhet är relationer, sysselsättning och sammanhang där klienten känner sig delaktig, precis som Dani beskriver, faktorer som ger klienten en känsla av meningsfullhet, vilket blir viktigt för att inte återfalla i missbruk. Känslan av meningsfullhet ger klienterna en anledning att vara nyktra, vilket är nödvändigt för att hantera svårigheter i livet på ett konstruktivt sätt och därmed undvika återfall. Därför tolkar vi att det är positivt för klienter om behandlare arbetar med klienternas känsla av meningsfullhet i behandlingen. Även Kristiansen (1999) pekar på betydelsen av meningsfullhet och beskriver även att viktiga anledningar till att bibehålla nykterhet kan vara sociala relationer och att ha en sysselsättning. Greiff och Skogens (2011) nämner också sociala relationer som viktigt och menar att ett prosocialt nätverk är nödvändigt för att inte återfalla i missbruk.

I samtliga intervjuer berättar intervjupersonerna att en stor del av deras klienter befinner sig i destruktiva sociala sammanhang där andra missbrukar och saknar ett prosocialt nätverk. Nedan förklarar intervjuperson Ton detta:

Det är ganska många som har ett sammanhang där andra missbrukar. Och då kan det ju vara svårt också. Vi är ju sociala varelser människan och har man då umgåtts i de miljöerna så är det inte helt lätt att hitta nya sammanhang som är vettiga. (Ton)

I detta citat beskrivs hur många av Tons klienters sociala sammanhang ser ut och Ton berättar om svårigheterna att lämna destruktiva sociala sammanhang. I samtliga intervjuer framkommer att intervjupersonerna ser prosociala sammanhang som viktigt för att klienterna inte ska återfalla. Precis som Ton berättar i citatet ovan beskriver alla intervjupersoner klienter som hade destruktiva sociala sammanhang där det förekom missbruk och att dessa var svåra att lämna utan att ha något nytt socialt sammanhang:

Man kanske varit i ett sammanhang där andra missbrukat under lång tid också. Och de hör av sig, naturligtvis, också tänker man att jag klarar det, jag fixar det, men det gör man inte då. (Ton)

I det här citatet beskriver Ton hur det kan vara när en klient har befunnit sig i ett sammanhang där det förekommer missbruk under en lång tid, kopplat till svårigheten i att inte återfalla i missbruk. De två senaste citaten visar att det är svårt att hitta nya sammanhang och stå emot gamla missbrukande sammanhang. Kristiansen (1999) har i sin studie kommit fram till samma sak där han beskriver att det efter att ha lämnat missbruk är enkelt att återvända till de missbrukande kretsarna och att det därför är viktigt med andra sociala relationer för att bibehålla nykterhet och inte återfalla. Att lämna ett missbrukande sammanhang kan kopplas till Zimmermans (1995 s.589 f) förklaring av behavioral component och interactional component. Behavioral component betyder att handla direkt för att påverka sin situation, som till exempel att gå med i en förening eller skaffa en sysselsättning. Interactional component innebär att ha kunskap om vilka val individen har i situationer samt ställa sig kritisk till den miljö den befinner sig i. Utifrån detta ser vi att behandlaren i behandlingen bör hjälpa klienten att förstå sin miljö och hur klienten kan agera för att påverka sin situation. Detta för att klienten ska kunna vara kritisk till sina sociala relationer och kunna hitta andra sammanhang istället för den destruktiva sociala miljön den befinner sig i. Kopplat till det majoriteten av våra intervjupersoner har sagt, att klienten måste ha ett nytt socialt

sammanhang för att kunna lämna det gamla, krävs det att individen tar situationen i egna händer för att få ett nytt socialt umgänge. Detta går att göra genom att aktivt välja ett annat socialt sammanhang som till exempel en idrottsförening som vi menar kan öka känslan av meningsfullhet. Utifrån behavioral component och interactional component är en möjlig tolkning att det är svårt för behandlare att påverka klientens sociala sammanhang, utöver att hjälpa klienten få redskap för att kunna lämna det, då ansvaret ligger på klienten att agera för det. Meningsfullhet är enligt Antonovsky (2005 s.45) den viktigaste komponenten för att ha ett högt KASAM som resulterar i bättre problemlösningsförmåga och bättre mående. Detta eftersom det ger individen något som känns värt att bemöta svårigheter för, istället för att fly från sina känslor:

Sedan kan ju ett återfall också vara på grund av att man går in i ett undvikande beteende att man själv har så svårt att vara kvar i sina känslor att man väljer att ta någon form av substans för att lugna och slippa vara i de känslor som man inte orkar med. (Kim)

I citatet ovan beskriver intervjuperson Kim att en klient kan ta ett återfall på grund av jobbiga känslor som klienten inte orkar vara i och hantera. I samtliga intervjuer tas detta upp och alla intervjupersonerna berättar om att det är vanligt att klienter har ett undvikande beteende och missbrukar för att fly från jobbiga känslor. Även detta ser vi som en del av att känna meningsfullhet. Antonovsky (2005 s.45 f) beskriver att ha en hög meningsfullhet också innebär att individen känner att de svårigheter som individen stöter på är värda att engagera sig i för att det finns något i livet som är värt att leva för. Det gäller att kunna hantera sina svårigheter och inte gömma sig och fly från dem. En möjlig tolkning är att klienter kan ha svårt att bemöta och hantera sina känslor och därför tar ett återfall och flyr, för att de saknar något som ger livet en känslomässig innebörd och mening. Vi ser det som att intervjupersonerna menar att det är en avgörande aspekt i behandlingen att lära sig att bemöta sina känslor och inte fly genom att återfalla.

Att bemöta svårigheter på ett konstruktivt sätt kan bli en större utmaning för klienter med samsjuklighet och därmed kan återfallsrisken öka, vilket alla intervjupersoner berättar om. Kim svarar så här när vi ber henne utveckla samsjuklighet kopplat till återfall:

Jag gjorde upp en lista och jag har runt tjugo klienter och det är våld i nära relationer övergrepp alltså, där är ju antingen en enkel eller en multibord PTSD på majoriteten av dom klienterna, vilket innebär att dom har alltså, dom är mycket i traumatid vilket innebär att de

har väldigt mycket oro, ångest, går upp i alltså abstrakta hot vilket gör att de har svårt och hantera sitt sug eller dom utmaningar som finns i livet, vilket gör att man dricker kontinuerligt. (Kim)

Ovan förklarar Kim att olika symptom på andra diagnoser utöver missbruk kan göra att en klient dricker kontinuerligt och tar återfall. Kim beskriver även hur symptomen på diagnoserna gör att klienter med samsjuklighet kan uppleva konstruerade hot. Begriplighet enligt Antonovsky (2005 s.44) handlar om i vilken grad en människa upplever att saker som händer i omgivningen är greppbara och begripliga. Antonovsky (2005 s.50) menar att hög begriplighet är nödvändigt för att förstå vilka resurser som finns att tillgå och kunna använda dessa. Utifrån detta tolkar vi det som att klienter med samsjuklighet kan sakna eller ha en låg begriplighet. Därför ser vi att om inte saker i klientens omgivning blir begripliga, att klienten kan förstå vad som händer och se sina resurser tänker vi att missbruket blir ett sätt att hantera de utmaningar klienten möts av. Samsjuklighet är en aspekt som försvårar behandlingen enligt intervjupersonerna, vilket vi tolkar kan bero på Antonovskys (2005 s.45) förklaring av hanterbarhet. Renaud et.al (2021) har kommit fram till liknande resultat där han har visat på att missbruk kan vara en strategi för personer med PTSD att hantera de trauman som har upplevts och att återfallsrisken hos dessa personer därför ökade. Utifrån begriplighet tolkar vi det som att det är viktigt att behandlaren i behandlingen hjälper klienter med samsjuklighet att få högre begriplighet. Detta genom att till exempel försöka få klienterna att se sina egna resurser och genom att prata om det som händer i livet för att tillsammans försöka göra det begripligt.

Alla intervjupersoner i vår studie tar upp svårigheten med att jobba med samsjuklighet om klienten inte har en parallell behandling där denne får hjälp för sina andra diagnoser. Vår tolkning av behandlars roll att öka klienten begriplighet i ärenden med samsjuklighet, nämns även av intervjupersonerna. Det tas upp både kopplat till samsjuklighet, som enligt alla våra intervjupersoner finns i de flesta ärendena, men även i behandlingen med alla olika klienter generellt. Nedan förklarar Kim hur det går att arbeta med klienter som har tagit ett återfall och hur de använder återfallet som en del av processen. Vi förstår det Kim säger som en hjälp för klienten att öka begripligheten och som en viktig aspekt för en lyckad behandling:

[...] jag tänker att det är bra att gå igenom, vad är det som händer, vad är det för triggers som sätter igång, fanns det någonting som var annorlunda, hur använder man sig av de strategier

som vi har försökt att utveckla under samtalen. Var det lika långt eller fanns det skillnader i hur mycket man tog, längden på om jag säger bruket då och hur, alltså vissa har ju då kanske behövt hjälp för att bryta och kanske då under i det här återfallet kunnat bryta själv. Så det finns ju väldigt mycket man kan titta på och använda och lära sig av helt enkelt. (Kim)

Det vi har kommit fram till avseende detta tema är att det är viktigt för behandlingen att klienten känner meningsfullhet för att bibehålla nykterhet och inte återfalla. Vad som ger meningsfullhet kan vara olika saker, men ofta handlar det om att känna sig delaktig i ett socialt sammanhang. Det är en viktig del i behandlingen att behandlaren jobbar tillsammans med klienten för att hitta saker som ger en meningsfullhet i klientens liv. De intervjuer vi genomfört visar att det kan vara svårt för klienten att hitta nya prosociala sammanhang, då många klienter kan vara fast i destruktiva sociala sammanhang som försvårar att bibehålla nykterheten. Den tolkning som vi gjort är att behandlare kan hjälpa klienten att få insikt kring sitt destruktiva sammanhang, men att klienten själv måste agera för att hitta nya sociala sammanhang som ger delaktighet. Vidare har vi sett i materialet att meningsfullhet är viktigt för behandlingsresultatet för att klienten ska kunna hantera svåra situationer på ett konstruktivt sätt. Annars är det lätt att klienten flyr det som är jobbigt och flyr sina känslor genom att återfalla. En faktor som kan försvåra behandlingen är samsjuklighet, vilket är vanligt förekommande i missbruk och påverkar hur klienten hanterar svårigheter. I de fall kan det saknas en begriplighet, vilket försvårar hanteringen av svårigheter och kan leda till att klienten flyr genom att fortsätta missbruka. Vi ser det som viktigt att behandlare hjälper sina klienter, både med och utan samsjuklighet, att öka hanterbarheten vilket går att göra genom att gå igenom och konkretisera vad som skedde i till exempel ett återfall.

Motivation och självförtroende

Temat motivation och självförtroende belyser vad behandlare har för erfarenheter av att arbeta med klientens motivation och självförtroende i att bibehålla nykterhet och inte återfalla. Samtliga intervjupersoner uppgav att motivationen hos klienten var av största vikt för att lyckas upprätthålla nykterhet och inte återfalla i missbruk. Intervjupersonerna berättade att det måste vara den egna viljan som styr för att behandlingen ska fungera. I samband med motivation nämns även självförtroende. Självförtroendet hos klienter var ett återkommande tema i alla intervjuer och behandlare pekade ut det som viktigt för att inte återfalla. Alla intervjupersoner beskriver att deras roll i behandlingen är viktig, genom att jobba för att öka klientens motivation och självförtroende. Vi ser ett samband mellan hög

motivation och lågt självförtroende då det framkom av samtliga intervjuer att motivationen hos klienter ofta var hög, men tron på sig själva och att klienten kan bibehålla nykterhet var låg. Intervjuperson Lo berättar närmare om sambandet mellan motivation och självförtroende hos klienter:

De allra flesta vill göra en förändring, alltså såhär, man vill ändra på sitt liv, men många tänker att de inte kan, eller att det är svårt och att det liksom inte finns något hopp [...]. (Lo)

Citatet tyder på att klienter ofta har en hög vilja men en låg tro på sig själva när det handlar om att göra förändring. Som Lo beskriver tänker många klienter att de inte kan eller att det är svårt. Detta är något som Lilja och Sundin (2019) också visat i en studie om tidigare missbrukare som varit i missbruksbehandling där återfall var vanligt förekommande. Alla intervjupersoner i studien ansåg sig själva vara i risk för återfall. Att tro att en förändring inte kan åstadkommas, som citatet ovan beskriver, kan därmed tolkas som att det finns motivation men inget självförtroende. Detta beskriver flera intervjupersoner kan bli ett hinder i behandlingen. Zimmerman (1995 s.588f) har diskuterat motivation och självförtroende i relation till begreppet empowerment. Begreppet intrapersonal component används för att beskriva hur individens tankar om sig själv och motivationen kan påverka huruvida individen blir empowered eller inte. Motivationen handlar om viljan att bli empowered, alltså att ta kontroll över sig själv och sina val, medan individens tankesätt handlar om tron på sig själv i att faktiskt klara att ta kontroll. Båda komponenterna måste finnas för att nå målet. I citatet ovan syns det att båda komponenterna ofta inte finns hos klienter, då tron på sig själv saknas. Tolkat utifrån begreppet empowerment skulle det innebära att klienten inte kan uppnå sina mål. Samtliga intervjupersonerna berättar om deras roll i att klienten ska känna både motivation och självförtroende. Intervjuperson Ellis beskriver hur behandlare kan jobba för att stärka självförtroendet hos klienter nedan:

Vi jobbar ju ganska konkret med liksom, olika delmål för att stärka tilltron till sig själv, och få bekräftelse liksom, att man, ja men får bekräftelse när man lyckas med saker. Och det kan ju vara bara ja men jag har som mål att gå ut och gå fem minuter varje dag. Det är ju suveränt liksom och då ökar ju tilltron att, ja men okej om jag klarar det här då kanske jag klarar en annan grej också, man får lite stegvis öka tilltron. (Ellis)

I citatet beskriver Ellis sin roll och vikten av att hjälpa klienten att bygga självförtroende. Ellis säger att små steg är viktigt för att nå resultat. Att få bekräftelse i att klara saker kan

också öka tilltron till sig själv. Enligt Zimmerman (2000 s.45) är den professionellas roll i empowerment att bidra med att besitta kunskap som kan hjälpa individen och samtidigt möta individen på dennes nivå. Tolkat utifrån Zimmermans beskrivning av den professionellas roll i empowerment kan Ellis ge verktyg till klienter i hur man stärker sitt självförtroende. Genom att sätta upp delmål med klienten kan man se att tilltron ökar genom att klienten får bekräftelse i att denne klarar saker. För att vidare beskriva behandlaren roll i behandlingen så menar Ekendahl och Karlsson (2023) att behandlare beskriver sig själva som en coach, men att det stora ansvaret för förändring ligger hos klienten. Studien genomfördes med koppling till återfallsprevention. Om vi skulle förstå Ellis roll som behandlare utifrån Ekendahl och Karlssons studie gör vi kopplingen att Ellis är coachen som kan ge verktyg till klienten. Samtidigt är det stora ansvaret hos klienten som måste utföra de delmål som sätts upp för att stärka sitt självförtroende. Med hjälp av en coach, som i detta fall är Ellis, kan rimliga mål sättas upp för klienten så att klienten kan öka sin tilltro till sig själv.

Motivation och självförtroende verkar vara viktiga för att inte återfalla i missbruk. I samtliga intervjuer har det framkommit att klientens motivation ses som viktig för att minska återfallsrisken. Intervjuperson Chris berättar närmare i citatet nedan om typiska fall som åskådliggör vikten av egen vilja och motivation:

Jag måste själv vilja bli nykter, sen spelar det ingen roll hur mycket en skulle älska mig, jag skulle i alla fall inte bli nykter av det, kanske ett kort tag [...] Sen kan det vara så att jag blir nykter för mina barns skull. Det är kanske att jag, jag måste göra en livsstilsförändring, men i förlängningen måste det också komma igenom att vara nykter för min egen skull [...]. (Chris)

I citatet ovan tolkar vi det som att Chris menar att motivationen måste komma från klienten själv, vilket innebär att yttre faktorer inte kommer kunna vara bidragande till att bibehålla nykterhet. Dock berättar Chris att de yttre faktorerna kan vara en anledning till att söka behandling. Greiff och Skogens (2011) har lyft motivation som en viktig faktor för att inte återfalla i missbruk. Undersökningen gjordes utifrån ett klientperspektiv, där resultatet visade att den egna viljan och en inre vändpunkt var viktiga för klienter i sin förändringsprocess. Chris framhåller i citatet ovan en liknande syn på motivation som viktig faktor för att hålla sig nykter. Greiff och Skogens (2011) resonerar även om det sociala nätverket hos klienten och menar att det kan fungera som motivation till att klienten ska bibehålla sin nykterhet. Även Chris för i citatet ett resonemang kring detta. Chris menar att det går att finna

motivation i att vara nykter för någon annans skull, till exempel sina barn. Samma slutsats har Greiff och Skogens (2011) kommit fram till. Chris säger dock att i förlängningen måste motivationen till att vara nykter komma från individen själv och trycker på vikten av att vara nykter för sin egen skull, för att kunna bibehålla nykterhet och inte återfalla. Lilja och Sundin (2019) har i sin studie undersökt vad som fick klienter att söka behandling för sitt missbruk. Intervjupersonerna som tidigare haft ett missbruk berättade att det handlade om yttre faktorer, såsom att familj och vänner insisterade eller att de ville behålla sina jobb. Lilja och Sundin (2019) nämner till skillnad från Chris inget om den egna viljan som motivation. För att klienter ska finna motivation beskriver majoriteten av intervjupersonerna vikten av att klienten får sätta upp sina egna mål. Ellis beskriver detta nedan:

Alltså behandlingsresultatet för mig är ju att man har uppnått sina egna mål liksom, och då krävs det att personen jobbar ganska aktivt själv, och verkligen vill det. Så det måste vara grundat i att de här målen är viktiga för dig, att du, ja, gör allt liksom för att nå dem. (Ellis)

I citatet beskriver Ellis att målen som sätts upp måste vara klientens egna mål och att motivationen är en drivande faktor till att bibehålla nykterhet och inte återfalla. Zimmerman (2000) menar att empowermentteorin handlar om en strävan efter tydliga mål som individen ska sätta upp för sig själv. För att processen ska vara empowering ska målen någonstans leda till att individen kan lösa problem. Har individen ingen motivation att ta kontroll över sig själv och sina val har individen svårt att uppnå sina mål. Detta kan appliceras på det Ellis beskriver. Ellis talar om motivation i form av att klienten verkligen måste vilja uppnå sina mål. Därför tolkar vi det som att Ellis menar att målen måste vara viktiga för klienten. Genom att målen är av klientens intressen och inte någon annans skapas även en motivation hos klienten att uppnå dem. Till skillnad från hur motivation beskrivs i empowerment, att ha motivation till att ta kontroll över sig själv, förklarar Ellis snarare motivationen till att nå sina mål. Vi gör tolkningen att genom att klienten sätter sina egna mål för behandlingen skapas även möjligheten för klienten att ta kontroll över sig själv. Detta i samband med den motivation som Ellis talar om kan göra att processen för klienten blir empowering.

Det vi kommit fram till avseende temat motivation och självförtroende är att det är viktiga komponenter för att lyckas bibehålla nykterhet och inte återfalla. Vi har beskrivit hur behandlare arbetar i behandlingen med att stärka självförtroendet hos sina klienter med hjälp

av empowerment. Vi har även sett hur behandlares syn på motivation kan kopplas till klientens egen vilja.

Resurser och strategier

I det här temat kommer vi att diskutera på vilket sätt klientens resurser är viktiga vid återfall och hur de kan användas för att hantera samt förebygga återfall. Resurser kan vara både vad som finns runt omkring klienten och även dennes egenskaper. Utifrån detta kan klienten sedan skapa och bygga upp olika strategier för att hantera svåra situationer. I intervjuerna lyfter intervjupersonerna olika resurser som de beskriver som basen för att kunna klara av och hantera svårigheter i livet. Nedan svarar Ellis på frågan om en klients livssituation påverkar att behandlingsresultatet blir framgångsrikt och minskar återfallsrisken:

Ja men asså det gör det ju. Alltså ju mer runt omkring som är ordnat och man har liksom en trygg bas, desto lättare är det att göra förändringar och komma vidare, ändå. Det är ofta boende, och nätverk runt om, och arbete. Det är jättecentralt liksom. (Ellis)

Ellis berättar alltså om att det är viktigt att ha en trygg bas för att kunna göra en förändring och att den ofta består av att ha en bostad, ett nätverk och ett ha ett arbete. Alla intervjupersoner nämner ungefär samma saker som viktiga för att ha en trygg bas och berättar att det är viktigt för att kunna göra en förändring. Att ha dessa delarna i sitt liv tänker vi kan leda till att det blir enklare att bibehålla rutiner i livet och i vardagen. I majoriteten av våra intervjuer framkommer det att rutiner är viktigt för att bibehålla nykterhet och inte återfalla. Nedan beskriver Kim vad som kan fungera som skydd mot att återfalla:

[...] så är det väl klart att har du en egen lägenhet, har du en sysselsättning eller rutiner, aktiviteter, någonting som du kan hänga upp din dag så är det ju betydligt lättare än om du bor under buske nummer 17 och inte har någon liksom styrsel på hur ser dagen ut. (Kim)

Det Kim och majoriteten av intervjupersonerna pratar om är att för en klient som till exempel har en bostad, sysselsättning och socialt nätverk blir det enklare att bibehålla rutiner. Klienten går till jobbet när den ska, träffar vänner, tar hand om hushållet och så vidare. Antonovskys (2005 s.44) begrepp begriplighet handlar om att individen förstår förändringar vad som sker i omgivningen och kan hantera när oförutsägbara saker sker. Utifrån begriplighet gör vi tolkningen att rutiner är viktigt för att förstå sin vardag och vad som förväntas av en, vilket ökar begripligheten. Att en klient har en förutsägbar vardag med fungerande rutiner beskriver

majoriteten av intervjupersonerna underlättar behandlingen. Vidare förklarar de intervjupersonerna att trots att en klient kan ha en förutsägbar vardag med fungerande rutiner kan oväntade situationer uppstå som blir svåra att hantera. Samtliga intervjupersoner menar att det är viktigt att klienten känner sig själv för att kunna hantera jobbiga situationer och känslor istället för att återfalla, vilket Kim beskriver nedan:

Sen jobba mycket på att ta reda på, vad har man för egenskaper själv, vad kan man använda i den här processen. (Kim)

Det Kim beskriver är att de i behandlingen arbetar för att upptäcka vad klienten har för resurser i form av egenskaper som kan användas i processen att bli nykter och minska återfallsrisken. Alla intervjupersoner tar upp detta som en del i behandlingen. Detta kan förstås som Antonovskys (2005 s.45) begrepp hanterbarhet som innebär att individen har resurser och att denne kan använda dessa för att hantera svåra situationer. Utifrån hanterbarhet tolkar vi att det är en resursmobilisering när behandlaren jobbar för att hjälpa klienten att ta reda på vilka egenskaper denne besitter som går att använda i behandlingen. Det ska leda till att klienten får kontroll över samt förstår sina egenskaper och kan använda dessa för att bibehålla nykterhet och inte återfalla. Vidare menar Antonovsky (2005 s.45) att hanterbarhet även innebär att människor i individens omgivning kan ge individen resurser. I samtliga av våra intervjuer lyfts det sociala nätverket som viktigt för att en klient inte ska återfalla i sitt missbruk. Kopplat till hanterbarhet är en möjlig tolkning att klientens nätverk är viktigt för behandlingen, då det ger tillgång till resurser som till exempel ork att kämpa för att bibehålla nykterheten. På så sätt menar vi att nätverket hjälper individen att få tillgång till sina resurser. För att poängtera nätverkets stora roll följer ett citat från intervjuperson Alex som förklarar vad som är viktiga skyddsfaktorer för att inte återfalla:

Stöd av andra, allt sånt hjälper också. Att man får ett socialt nätverk där det är okej att inte dricka eller droga och som stöttar, det är jätteviktigt [...] Det är ofta en jätteviktig del, att bygga upp relationer som skyddar. (Alex)

Vidare beskriver alla intervjupersonerna att de i behandling jobbar med att skapa och utveckla strategier för att hantera att inte återfalla. De berättar att det är en del av deras roll som behandlare att hjälpa sina klienter att hitta strategier som fungerar för dem när de av någon anledning känner att de vill ta någon substans. Nedan beskriver Ton om olika strategier

som klienter använder sig av för att inte återfalla som de har jobbat för att hitta och utveckla i behandlingen:

Nej men då jobbar man rätt mycket med strategier och hur man kan göra istället för att dricka eller ta droger. Alltså typ man kanske hittar en strategi att ha någon att prata med och då kanske man inte har oss hela tiden men att hitta någon och vara mer öppen med sina känslor och ångest och så, det är ju en strategi. En annan strategi kan vara att göra någonting, jag har en kille och han har sagt att han snickrar, alltså pysslar är ett sätt för honom att när tankarna kommer på ett återfall så gör han något, alltså så konkret. [...] och det är ju det vi jobbar med då att ha de strategierna att när suget kommer behöver det inte vara så farligt utan det kommer gå över och det är ju en strategi att jobba med det rent kognitivt med tankar. Men sen finns det ju också alltså som jag sade, praktiska saker som att gå ut och gå, sporta, hitta någonting annat att göra, vad kan jag göra istället. (Ton)

Precis som i citatet ovan framkommer det i alla intervjuerna att det finns många olika strategier för att hantera sug efter en substans och det gäller att hitta sådana som fungerar för den enskilda individen. Det framkommer även i Lilja och Sundins (2019) studie att olika strategier är viktiga för tidigare missbrukare för att inte återfalla. Olika individer hade olika strategier för att förbli nyktra och inte återfalla. Det som framkommer ur citatet kopplar vi till Zimmermans (1995 s.590) begrepp behavioral component som innebär att agera direkt för att ändra situationen, till exempel genom att hitta sätt att hantera stress. Att hitta strategier som fungerar för att hantera sug efter en substans såsom intervjupersonerna beskriver, likställer vi med att kunna agera direkt för att påverka situationen. Alla intervjupersoner beskriver att de i behandling jobbar med att klienten ska hitta och utveckla strategier för att hantera sitt sug. Då kan klienten styra över vad som händer när ett sug efter alkohol och droger uppstår och kan aktivt påverka vad som kommer att hända. Om klienten har en fungerande strategi när suget kommer, som till exempel att gå ut och gå, kan denne välja det istället för att ta en substans och därför agera direkt och påverka att återfall inte sker. Detta är en del i att ha kontroll över sin tillvaro.

Utifrån intervjuerna drar vi slutsatsen att yttre resurser som är viktiga för att inte återfalla är att ha en trygg bas, till exempel bostad och jobb, samt rutiner i vardagen. Det är viktigt med rutiner för att ha en begriplig vardag för att individen ska känna att denne kan hantera svårigheter. Inre resurser handlar om en individs egenskaper och det är viktigt att behandlare i behandlingen hjälper sina klienter att se dem och hjälpa dem att använda dessa. Av

intervjuerna har framkommit att det är viktigt att behandlare hjälper sina klienter att utveckla fungerande strategier som kan användas när de av någon anledning känner ett sug efter någon substans. Vilka strategier som fungerar är individuellt och det gäller att jobba fram dessa i behandlingen, menar samtliga intervjupersoner. Detta har vi tolkat utifrån empowerment som att om klienten kan använda sig av strategierna ökar dennes kontroll över sitt liv och klienten har då större sannolikhet att kunna styra och påverka konsekvenserna av ett sug.

Skuld och skam

Temat skuld och skam diskuteras i relation till klientens återfall. Diskussionen utgår ifrån hur intervjupersonerna arbetar med skuld och skam i behandlingen, vilken betydelse alliansen mellan behandlare och klient har och hur alliansen kan påverka behandlingen. Skuld och skam har i intervjuerna visat sig vara en allvarlig konsekvens av ett återfall som kan påverka behandlingen. Dels kan dessa känslor göra att klienten inte vill fortsätta behandling, dels kan det göra att det är svårt att avbryta återfallet. Kim berättar mer om skam kopplat till återfall i citatet nedan:

Att man skammar sig själv, ja självklart. Har man tagit ett beslut att man vill liksom förändra, man går i behandling, och så ska du komma tillbaka och säga att jag klarar det inte. Det är inte lätt alltså. (Kim)

Kim får i detta citat frågan om känslor av skuld och skam är vanliga vid återfall. Av citatet framgår varför klienter kan få känslor av skuld och skam efter ett återfall. Kim beskriver det som att klienten bestämt sig för något och att det är lätt att se det som ett misslyckande att gå ifrån det klienten bestämt sig för och kan därför känna skamkänslor. Dessa skamkänslor kan förstås genom Goffmans (2014 s. 11 f) begrepp stigma, som beskrivs som en egenskap hos en individ som samhället nedvärderar. Viljesvagheter är ett av Goffmans (2014 s. 11 f) exempel på en egenskap som stigmatiseras, genom att individen vet att vissa egenskaper stigmatiseras känner individen stigma när en besitter denna egenskap. Just viljesvagheter går att koppla till Kims citat ovan. Den stigma som klienten känner skulle utifrån Goffman (2014 s.11 f) kunna tolkas som att denne bestämt sig för något och sedan inte lyckats hålla det. Från samhällets sida kan detta ses som viljesvagheter. Eftersom klienten har insikt i detta gör det att klienten känner skuld och skam. Alla intervjupersonerna berättar att de arbetar mycket med sina klienter för att minska dessa känslor. Ton berättar hur man kan se på skuld och skam i behandling med klienter:

[...] vi försöker att ta bort skuld- och skamkänslan, att det är okej att ta ett återfall, bara man jobbar med det, var ärlig med det. Och det är ju där frivilligheten kommer in lite också, för att de går ändå här frivilligt liksom, så att de kan vara öppna med det. (Ton)

I citatet berättar Ton att återfall är något som är okej och som går att arbeta vidare med i behandlingen. Genom att tänka på detta sätt försöker Ton ta bort skuld- och skamkänslor. Detta är något som nämns av alla intervjupersoner som en viktig del i rollen som behandlare. Zimmerman (2000 s.45 f) menar att professionellas roll är att möta upp klienten där den befinner sig. Som vi ser det är det vad Ton gör i mötet med klienten när denne känner skuld- och skamkänslor. Genom att möta dessa känslor kan de i behandlingen prata om det och på så sätt minska de känslorna. Något som vi finner intressant i denna situation är ärligheten som Ton nämner. För att kunna möta klienten där den befinner sig, som Zimmerman (2000 s.45 f) beskriver, måste behandlaren också veta var klienten befinner sig. Tolkat från vad Ton säger innebär det att för att kunna arbeta med dessa skuld- och skamkänslor som kommer i samband med återfall måste klienten vara ärlig både med återfallet och med känslorna som följer. För att klienten ska våga vara ärlig med sina känslor och eventuella återfall beskriver samtliga intervjupersoner alliansen mellan dem och klienterna som viktig. I citatet nedan får Alex en fråga om skuld- och skamkänslor efter ett återfall kan påverka om klienten fortsätter komma på behandling:

I bästa fall så har vi ju verkligen skapat en allians och en trygghet där man känner att det, att man kan komma hit i alla fall. Det är tråkigt när man inte dyker upp och att det beror på det för det finns inget härifrån och det försöker vi alltid poängtera. Det spelar ingen roll för mig eller någon här om du tar vad det nu är du försöker att inte ta. (Alex)

I citatet berättar Alex om alliansens betydelse i behandlingen kopplat till återfall. Alex beskriver att från organisationens sida är det ingen som skambelägger en klient som återfaller och genom att skapa en allians och trygghet mellan sig och sin klient hoppas Alex på att klienter som återfaller fortsätter att komma på behandling. Att klienten har möjlighet att fortsätta komma på behandling i öppenvården trots att denne tagit ett återfall skiljer sig mot slutenvården som ofta kräver en nykterhet, vilket även en del av intervjupersonerna pratar om. Crapanzano et al. (2018) menar att skam är en vanlig känsla för personer med missbruk. I studien framgår att skamkänslor kan påverka sannolikheten att slutföra behandling. Utifrån citatet ovan är en möjlig tolkning att Alex delar denna bild genom att säga att det är tråkigt

när klienten inte dyker upp på behandling på grund av skuld- och skamkänslor. Crapanzano et al. (2018) menar att behandlaren kan stigmatisera klienten, vilket leder till att klienten även känner sig stigmatiserad och kan leda till att klienten blir mindre engagerad i sin behandling. Alex berättar att de alltid försöker poängtera att man från organisationens sida inte skuldbelägger klienten. Utifrån Crapanzano et al. (2018) skulle det kunna leda till att klientens risk att känna skuld och skam minskar. Detta kan göra att klienten fortsätter gå i behandling. Alex talar om att inte skuldbelägga och att skapa allians, men i del intervjuer har det även lyfts situationer där man från samhällets sida skuldbelägger klienten. Dani ger nedan ett exempel på hur samhället kan se på personer med missbruk.

Våra klienter har väldigt mycket resurser inom sig, men just för att man har en beroendesjukdom så blir man väldigt mycket stigmatiserad och stämplad, det finns lite synen att människor manipulerar och ljuger, jag brukar inte se det som att mina klienter ljuger utan de talar sanning utifrån sin syn. (Dani)

Dani talar om samhällets syn på personer med ett missbruk samt hur Dani själv väljer att se på det. Goffman (2014 s.40 f) beskriver den moraliska karriären som innebär att individen som är stigmatiserad uppfattar samhällets föreställning om vilka egenskaper individen besitter och tillskriver sig själv den identiteten. Dani menar att det finns en syn om att personer med en beroendesjukdom är manipulativa och lögnare. Genom Goffmans resonemang om den moraliska karriären kan detta förstås som att dessa föreställningar om klienten blir klientens identitet. Om klienten tillskriver sig egenskaper såsom att den är manipulativ eller en lögnare, kan detta leda till stigma från klienten själv och inte bara från samhället. Att ta ett återfall skulle kunna leda till denna typ av identifiering som skapar skamkänslor. En del av intervjupersonerna berättar att vissa klienter fortsätter att dricka på grund av skamkänslorna som kommer av ett återfall. Goffman (2014 s.11) beskriver att individer kan uppleva stigma när denne har egenskaper som är icke önskvärda. I exemplet ovan beskrivs icke önskvärda egenskaper. Om klienten gör detta till sin identitet kan det därför leda till att klienten känner stigma.

I samtliga intervjuer som vi genomfört framgår att skuld- och skamkänslor är centrala vid ett återfall. Vi har försökt förstå varför klienter känner skuld och skam efter ett återfall genom Goffmans begrepp stigma. Vi har kommit fram till att stigma kan utvecklas genom samhällets föreställningar om en individ, men även genom individen själv. Behandlarna som intervjuats

berättar hur de arbetar med klienter för att minska dessa känslor i samband med återfall. Detta har kopplats till avhopp i behandling och allians mellan klient och behandlare.

Slutdiskussion

Syftet med denna studie har varit att undersöka vad behandlare inom öppenvården för missbruk har för erfarenheter av att arbeta med återfall i missbruk. Frågeställningarna är: *Vilka erfarenheter har behandlare av att arbeta med återfall hos klienter?* och *Hur kan processen vid återfall se ut hos en klient enligt behandlare?* . Temana som framkommit i analysen är *meningsfullhet och hantering av utmaningar, motivation och självförtroende, resurser och strategier samt skuld och skam.*

Angående den första frågeställningen som gällde behandlares arbete för att förhindra återfall, har vi använt oss av Antonovskys (2005) begrepp KASAM och dess komponenter. Utifrån intervjuerna har vi sett att det är viktigt att behandlaren arbetar för att klienten ska hitta mening med livet. Om klienten känner meningsfullhet hanteras svårigheter på ett mer konstruktivt sätt, istället för att fly i återfall. Vidare är det nödvändigt att behandlaren hjälper klienten att förstå saker som händer för att öka begripligheten samt hjälpa klienten att se sina resurser. Utifrån det är det viktigt att behandlaren hjälper klienten att utveckla strategier för att hantera sug efter en substans. För att lyckas göra en förändring och bibehålla nykterhet är klientens motivation viktig och i behandling arbetar behandlaren för att stärka den. Behandlare arbetar även med klientens självförtroende för att klienten ska känna en tro på sig själv, att denne klarar att vara nykter och inte återfalla. För att behandlaren ska kunna jobba med klienten på ett bra sätt krävs att behandlaren bygger en allians mellan sig själv och klienten för att få klientens förtroende. Det är viktigt för att klienten ska kunna vara ärlig med behandlaren, vilket krävs för att det ska vara möjligt att arbeta framåt i behandlingen.

Vad gäller den andra frågeställningen om hur processen kan se ut vid ett återfall framkommer det att skuld och skam ofta förekommer i samband med återfall. Resultatet har visat att detta kan påverka att återfallet blir längre samt påverka risken för avhopp i behandling. Skuld- och skamkänslor är något som intervjupersonerna har lyft att de tillsammans med sina klienter arbetar mycket med, vilket vi har försökt förstå genom Goffmans (2014) begrepp stigma och skam. Intervjupersonerna belyser vikten av att skapa allians och trygghet i processen för att undvika risker för avhopp vid ett återfall. Lågt självförtroende påverkar processen och det är

viktigt för behandlare att arbeta med detta tillsammans med klienter för att klienter ska bibehålla nykterhet. Klienters egna vilja och egen målsättning lyfts som centralt för att inte återfalla, genom att klienter får sätta upp sina egna mål ökar motivationen vilket påverkar processen positivt, vilket vi kopplat till Zimmermans (1995) teori empowerment. Att inte kunna hantera svårigheter och att ha ett flyktbeteende har lyfts som centrala komponenter som kan leda fram till ett återfall. Alla intervjupersoner har nämnt att missbruk ofta beror på att klienten vill fly känslor som inte går att hantera. Att lära sig hantera dessa har i intervjuerna visat sig vara centrala för processen för att minska risken för återfall.

Greiff och Skogens (2011) visar i sin studie att sociala relationer är viktigt för ett bra behandlingsresultat och för att inte återfalla i missbruk. Dessa relationer fungerar som ett stöd för missbrukaren och är även en källa till motivation. Även i vår studie framkom det att relationer kan vara stödjande och är viktigt för behandlingsresultatet. Dock har vi utifrån intervjuerna kommit fram till att de sociala relationerna inte räcker som motivation i sig, utan att klienterna behöver hitta något annat som motiverade dem att inte återfalla. Detta beskrev intervjupersonerna som den egna viljan att hålla sig nykter. Även Kristiansen (1999) visar att de sociala relationerna och att hitta en mening med livet är viktigt för att inte återfalla. Vidare är skuld- och skamkänslor en faktor som kan generera återfall. Detta är saker även vi har sett i vår studie. Intervjupersonerna har berättat om meningsfullhetens betydelse för behandlingen, samt beskrivit sin roll i att arbeta med klientens skuld- och skamkänslor. Lilja och Sundin (2019) menar att tidigare missbrukare kan ha olika strategier för att inte återfalla. Även våra intervjupersoner beskrev att det var viktigt att hitta strategier för att inte återfalla som passade den enskilda klienten. Något som vi kommit fram till som skiljer sig från tidigare forskning som presenterats är hur de återfall som klienten tar kan användas och bli en viktig del i processen att bli nykter.

Något som vi fann intressant från våra intervjuer var att alla intervjupersoner beskrev att samsjuklighet förekom i så gott som alla ärenden. I samband med detta har flera intervjupersoner tagit upp samarbetet med psykiatrien som en avgörande aspekt för en framgångsrik behandling i samsjuklighetsärenden. Vidare har de berättat att samarbetet ofta inte fungerar särskilt bra, vilket påverkar behandlingen och att klienten inte lyckas bibehålla nykterhet. Att undersöka samverkan mellan olika organisationer har inte varit syftet med den här studien, men har visat sig kunna påverka återfallsrisken. Det är ett intressant område att forska vidare kring kopplat till återfall hos klienter med missbruk.

Vi har under arbetet med resultat och analys reflekterat kring hur teorivalet påverkar vilka som blir de mest centrala delarna i resultatet och analysen. För öppenvården är frivilligheten central och har beskrivits och diskuterats i vårt insamlade material, men det har varit svårt att tolka med hjälp av de teorier vi valde att använda. Frivilligheten har fått ett mindre utrymme i vår studie. Det hade därför varit intressant om framtida forskning fokuserade på frivillighetens betydelse i behandlingen. En intressant aspekt som ett flertal intervjupersoner förklarat är vad som händer rent biologiskt i hjärnan när en utvecklar ett missbruk och varför det är svårt att inte återfalla. Bland annat har det tagits upp att belöningssystemet påverkas av att missbruka och att klienter därför kan uppleva att saker inte är roliga när denne försöker hålla sig nykter. Det kan ta tid för belöningssystemet att återställa sig, vilket kan trigga återfall. Detta var inte fokus för studien och har därför inte tagits upp men hade varit intressant för framtida forskning.

Det vi har kommit fram till kan vara till nytta för missbruksbehandling då det har bidragit med kunskap om hur behandlare i öppenvården arbetar med återfall. Vi hoppas att vi har kunnat bidra med en djupare förståelse kring processen vid återfall samt ge en tydlig bild av behandlares erfarenheter av att arbeta med återfall i öppenvårdsbehandling för missbruk. Vi hoppas att den här kunskapen kan bidra till att öka förståelsen kring komplexiteten med återfall, även i andra organisationer som kommer i kontakt med missbruk.

Referenslista

Ahrne, Göran & Peter Svensson (2022) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red). *Handbok i kvalitativa metoder* (3:e upplagan). Malmö: Liber.

Ahrne, Göran & Peter Svensson (2022) Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red). *Handbok i kvalitativa metoder* (3:e upplagan). Malmö: Liber.

Antonovsky, Aaron (2005) *Hälsans mysterium* (2:a upplagan). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Beroendekliniken (2023) *Introduktion till att söka hjälp: behandling [Att välja ett professionellt behandlingsprogram \(beroendekliniken.se\)](#)* (Hämtad 2023-05-17).

Blevins, Claire *et al.* (2017) Alcohol treatment outcomes following discharge from a partial hospital program, *Journal of Substance Use*, 22(6): 643–647.

Bottlender, Miriam & Michael Soyka.. (2005) Outpatient alcoholism treatment: Predictors of outcome after 3 years, *Drug and Alcohol Dependence*, 80 (1): 83–89.

Brorson, Hanne *et al.* (2020) Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors: Corrigendum, *Clinical Psychology Review*, 76.

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder* (3:e upplagan). Malmö: Liber.

Carroll, Kathleen *et al.* (2006) Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study, *Drug and Alcohol Dependence*, 81 (3): 301–312.

Carswell, Steven *et al.* (2018) The daily progress system: A proof of concept pilot study of a recovery support technology tool for outpatient substance abuse treatment, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 44 (3): 294-301–30.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2019) *Drogutvecklingen i Sverige 2019*.

<https://www.can.se/app/uploads/2020/01/can-rapport-180-drogutvecklingen-i-sverige-2019.pdf> (Hämtad 2023-04-10).

Crapanzano, Kathleen *et al.* (2018) The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review, *Substance Abuse and Rehabilitation*. 10: 1–12.

Ekendahl, Mats & Patrik Karlsson (2023). Fixed and fluid at the same time: how service providers make sense of relapse prevention in Swedish addiction treatment, *Critical Public Health*, 33 (1): 105–115.

Eldén, Sara (2020) *Forskningsetik. Vägval i samhällsvetenskapliga studier* (1:a upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2022) Intervjuer. 1: Göran Ahrne & Peter Svensson (red). *Handbok i kvalitativa metoder* (3:e upplagan). Malmö: Liber.

Folkhälsomyndigheten (2022) *Alkoholens skadeverkningar*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/alkoholens-skadeverkningar/> (hämtad 2023-04-10).

Folkhälsomyndigheten (2023) *Att använda narkotika medför ökade risker för hälsoproblem*
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/narkotika-medfor-okade-risker-for-halsoproblem/> (hämtad 2023-04-10).

Franck, Johan (2020) *Narkotikaberoende, diagnostik och behandling*.
<https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/psykiatri/narkotikaberoende-diagnostik-och-behandling/> (hämtad 2023-05-18).

Goffman, Erving (2014) *Stigma. Den avvikandes roll och identitet* (4:e upplagan). Lund: Studentlitteratur AB.

Grahn, Robert, Deborah Chassler & Lena Lundgren (2014) Repeated Addiction Treatment use in Sweden: A National Register Database Study, *Substance Use and Misuse*, 49 (13): 1764-1773.

Greiff, Ninive & Lisa Skogens (2011) Förändringsprocesser i samband med missbruksbehandling- vilka faktorer beskriver klienter som viktiga för att initiera och bibehålla positiva förändringar? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29 (2): 195–209.

Hendershot, Christian, Katie Witkiewitz, William George, Alan Marlatt (2011) Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6.

Kristiansen, Arne (1999) *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare*. Doktorsavhandling. Umeå universitet: Institutionen för socialt arbete.

Kvale, Steinar & Svend Brinkman (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Lambert, Laura. *et al.* (2022) Clinical insight level predicts successful quit or control attempts during the first three months of outpatient addiction treatment, *Drug and Alcohol Dependence*, 234.

Lappan, Sara, Andrew Brown & Peter Hendricks (2020) Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis, *Addiction*, 115 (2): 201–217.

Lind, Rolf (2014) *Vidga vetandet* (2:a upplagan) Lund: Studentlitteratur AB.

Maisto, Stephe *et al.* (2018) Course of remission from and relapse to heavy drinking following outpatient treatment of alcohol use disorder, *Drug and Alcohol Dependence*, 187: 319-326.

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

Pringle, Janice, Nicholas Emptage & Robert Hubbard (2006) Unmet needs for comprehensive services in outpatient addiction treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30 (3): 183–189.

Renaud, Fabien *et al.* (2021) The Impact of Co-occurring Post-traumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders on Craving: A Systematic Review of the Literature, *Frontiers in Psychiatry*, 12.

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2022) Att analysera kvalitativt material. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red). *Handbok i kvalitativa metoder* (3:e upplagan). Malmö: Liber.

Socialstyrelsen (2023) *Begreppklustret brukare*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2019) *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2019) *MI (Motiverande samtal)* [MI \(Motiverande samtal\) - Socialstyrelsen](#) (Hämtad 2023-05-17).

Socialstyrelsen (2021) *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2022) *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2019) *Återfallsprevention* [Återfallsprevention - Socialstyrelsen](#) (Hämtad 2023-05-17).

Sundin, Mats, & John Lilja (2019) Substance use and strategies to avoid relapses following treatment: A narrative approach with clients undertaking a twelve-step program in Sweden. *Journal of Substance Use*, 24 (2): 125–129.

Tai, Betty & Nora Volkow (2013) Treatment for substance use disorder: opportunities and challenges under the affordable care act, *Social Work in Public Health*, 28 (3/4): 165–174.

Wagner, Vincent, Didier Acier & Jean-Eric Dietlin. (2018) Outpatient Addiction Treatment for Problematic Alcohol Use: What Makes Patients Who Dropped Out Different from Those Who Did Not?, *Substance Use & Misuse*, 53 (11):1893–1906.

Wasmuth, Sally, Jeffrey Crabtree & Patricia Scott (2014) Exploring addiction-as-occupation, *British Journal of Occupational Therapy*, 77 (12): 605-613.

Weisner, Constance *et al.* (2003) Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome, *Drug and Alcohol Dependence*, 71 (3): 281–294.

Wessel Andersson, Helle, Mats Mosti & Trond Nordfjaern. (2023) Inpatients in substance use treatment with co-occurring psychiatric disorders: a prospective cohort study of characteristics and relapse predictors, *BMC Psychiatry*, 23 (1): 1–10.

Zimmerman, Marc (1995) Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*. 23 (5): 581–599.

Zimmerman, Marc (2000) Empowerment Theory - Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. I: Julian Rappaport & Edward Seidman (red.) *Handbook of Community Psychology*. Boston: Springer.

Bilaga 1

Inledning

- Vad har du för utbildning?
- Hur länge har du arbetat med missbruksbehandling?
- Hur ser organisationen ut och vad är din roll i den?
- Hur länge har du arbetat på den här arbetsplatsen?

Återfallsrisker/bibehålla nykterhet

- Hur beskriver du ett återfall?
- Kan du ge exempel på varför klienten återfaller?
- Vilka faktorer ser du påverkar ifall en klient återfaller? (individuella och sociala)
- Vilka ser du som skyddsfaktorer som kan skydda klienten från att återfalla? (individuella och sociala)
- Vad är viktigt för klienten efter avslutad behandling för att inte återfalla i missbruk?

Arbete med återfall

- Hur arbetar du med klienten för att förebygga återfall?
- Hur arbetar du med återfall när det har inträffat?
- Hur påverkar ett återfall arbetet framåt i behandlingen?
- Hur jobbar du med återfall som sker efter avslutad behandling?
- Ser du någon skillnad på när en klient återfaller under behandling eller efter avslutande behandling? I så fall, på vilket sätt?
- Vad krävs för att behandlingsresultatet ska vara framgångsrikt?

Livssituation

- Kan du ge några konkreta exempel på hur klienters livssituationer kan se ut?
- Hur skulle du beskriva dina klienters sociala situation?
- Hur skulle du beskriva dina klienters bakgrund i generella drag? (familjebakgrund/uppväxt)
- Hur påverkar klientens livssituation behandlingen och behandlingsresultatet?

Öppenvården

- Vad skiljer öppenvården från slutenvården?
- Ser du någon skillnad i återfallsrisken efter avslutad behandling i slutenvård gentemot öppenvården?
- Hur påverkas behandlingen av att klienten är där frivilligt?
- Hur jobbar du för att en klient ska gå hela behandlingen?

Bilaga 2

Hej!

Vi söker dig som jobbar med missbruksbehandling inom öppenvården!

Vi är två socionomstudenter som studerar på Lunds universitet och just nu skriver vi vår kandidatuppsats. Vi är intresserade av återfall inom missbruk och söker därför personer att intervjua om detta.

Syftet med studien är att undersöka yrkesverksamma inom öppenvårdens erfarenheter av att arbeta med återfall i missbruk för att analysera hur arbetet med återfall kan förstås. Fokus kommer att ligga på dina erfarenheter som av att arbeta med återfall och hur du resonerar kring faktorer som kan påverka detta.

Du får bestämma tid och plats för intervjun, önskar du en digital intervju så går det också bra. Intervjun tar ungefär 45 minuter.

Om du tycker detta låter intressant och hade kunnat tänka dig medverka på en intervju så kommer vi skicka en blankett med mer information. Om du har frågor om intervjun är du välkommen att höra av dig via mail till oss!

Vår handledare heter David Hoff och går att nå på david.hoff@soch.lu.se .

Med vänliga hälsningar

Lova Ottvall
lova.ottvall@gmail.com

Maja Lindelöf
lindelofmaja@gmail.com

Bilaga 3

Hej!

Här kommer en samtyckesblankett inför intervjun. Du får gärna läsa igenom och bekräfta att du vill ställa upp på intervjun. Denna information kommer vi även att ta upp vid intervjutillfället.

Du kommer intervjuas om dina erfarenheter av att arbeta med återfall. Intervjun kommer att genomföras av Lova Ottvall och Maja Lindelöf, socionomstudenter på socialhögskolan på Lunds universitet. Fokus kommer att ligga på din erfarenhet som professionell i arbetet med klienter som återfaller i missbruk. Vi vill även veta mer om klienters livssituation och hur du ser på olika faktorer som kan spela roll i om klienten återfaller.

Denna intervju är frivillig och du kan avbryta din medverkan när du vill, både före, under och efter intervjun. Du behöver inte svara på alla frågor om du inte vill eller känner dig bekväm med det. Intervjun beräknas ta ungefär 45 minuter och den kommer att spelas in för att vi ska kunna transkribera den. Inspelningen av intervjun kommer att lagras offline på mobiltelefon och i det transkriberade materialet kommer inga personliga uppgifter om dig att finnas kvar. Det inspelade materialet samt transkriberingen kommer att raderas samma datum som uppsatsen blir godkänd av Lunds universitet.

Du och din arbetsplats kommer att vara avidentifierade i uppsatsen, i uppsatsen kommer varken ditt kön eller ålder att återges då det inte är av relevans för studien. Om detta skulle förändras kommer vi kontakta dig för att få ditt godkännande men du kommer fortfarande att vara avidentifierad. Din arbetsplats kommer att beskrivas generellt med fokus på vilka behandlingsmetoder ni arbetar med och hur stor arbetsplatsen är, samt eventuellt annat som kan behövas för att presentera och förstå resultatet. Ifall ni jobbar på ett sätt som är utmärkande och kan leda till igenkännande, är det ditt ansvar att ge oss den informationen. När uppsatsen är klar och godkänd av Lunds universitet har du möjlighet att läsa den om du vill.

Du ger ditt samtycke muntligt och det kommer att spelas in i början av intervjun vilket är det enda tillfället ditt namn behöver nämnas. Studien genomförs av Lova Ottvall och Maja Lindelöf. Handledare är David Hoff.