



LUND UNIVERSITY

Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom. Förekomst och återhämtning.

Cruce, Gunilla

2008

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Cruce, G. (2008). *Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom. Förekomst och återhämtning*. [Doktorsavhandling (sammanläggning), Institutionen för hälsovetenskaper]. Lund University, Faculty of Medicine, Dept of Clinical Sciences.

Total number of authors:

1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Från

Institutionen för Kliniska vetenskaper, Lund, Psykiatri,
Lunds universitet, Sverige

Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom

Förekomst och återhämtning

Gunilla Cruce



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Akademisk avhandling

som, med vederbörligt tillstånd av Medicinska fakulteten
vid Lunds universitet, för avläggande av doktorsexamen i
medicinsk vetenskap i ämnet psykiatri, kommer att offentligen
försvaras i Edens hörsal, Statsvetenskapliga institutionen,
Paradisgatan 5H, Lund,
fredagen den 28 november 2008 klockan 13.15

Fakultetsopponent: Professor emerita Marie Åsberg, Danderyd

Organization LUND UNIVERSITY		Document name DOCTORAL DISSERTATION	
Institutionen för kliniska vetenskaper, Lund, psykiatri Medicinska fakulteten		Date of issue 28 november 2008	
		Sponsoring organization	
Author(s) Gunilla Cruce			
Title and subtitle Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom. Förekomst och återhämtning.			
Abstract Denna avhandlings syfte är att öka kunskapen om riskbruk och ett möjligt skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika och tobak bland personer med psykosjukdom. Syftet är vidare att fördjupa förståelsen av deras erfarenheter av alkoholens och narkotikans roll i sitt liv samt återhämtningsfrämjande mål för rehabilitering och självhjälp. Avhandlingen baseras på data insamlade med hjälp av strukturerade screening-instrument vid en basmätning med 241 av 374 deltagare (svarsfrekvens 64 procent) och en uppföljning av dessa (78 procent) och på data från sexton intervjuer med åtta deltagare som genomförts med stöd av en intervjuguide. Var fjärde deltagare rapporterade ett "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol eller narkotika, eller bådadera. Arton procent hade ett "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol, varav fyrtio procent hade vanor som indikerade ett mer problematiskt bruk. "Riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol var vanligast bland yngre män. Nio procent rapporterade ett "riskbruk eller skadligt bruk" av narkotika, kvinnor oftare än män. Fyrtionio procent var rökare. Vid uppföljningen 1½ år senare hade andelen personer med "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol och indikationer på tobaksberoende inte förändrats, främst på grund av stabila vanor, men även till följd av såväl positiva som negativa förändringar. I gruppen med ett "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol vid basmätningen hade 1/3 inte längre något "riskbruk eller skadligt bruk" vid uppföljningen. Gruppen med "riskbruk eller skadligt bruk" av narkotika hade halverats, främst bland äldre kvinnor. Deltagarna i intervjustudien upplevde att alkohol och narkotika hade en starkt positiv betydelse för deras självupplevelse och stärkte deras upplevelse av grupptillhörighet, medan endast en deltagare upplevde att alkoholen minskade de psykotiska symtomen. Å andra sidan gav missbruket ofta upplevelser av obehag, bristande energi, personlighetsförändring och en vilshenhet i tillvaron, liksom försämrade relationer och ett utanförskap i samhället samt ökade psykosymtom. Viktiga mål för rehabilitering och självhjälp var sådant som bidrog till upplevelsen av mening och empowerment. Delaktighet i sociala aktiviteter, en öppen och accepterande hållning till livet, att bli respektfullt bemött med hänsyn tagen till sina specifika behov stabilitet i tillvaron, symtomkontroll och autonomi gav deltagarna motivation och förmåga att ta aktiv del i sin återhämtningsprocess.			
Key words: Svår psykisk sjukdom, alkohol, narkotika, tobak, riskbruk, beroende, återhämtning			
Classification system and/or index terms (if any):			
Supplementary bibliographical information:		Language Svenska	
ISSN and key title: 1652-8220		ISBN 978-91-86059-62-0	
Recipient's notes		Number of pages	Price
		Security classification	

Distribution by (name and address)

I, the undersigned, being the copyright owner of the abstract of the above-mentioned dissertation, hereby grant to all reference sources permission to publish and disseminate the abstract of the above-mentioned dissertation.

Signature Gunilla CruceDate 2008-10-17

Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom

Förekomst och återhämtning



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Gunilla Cruce

Lunds universitet, Medicinska fakulteten
Institutionen för Kliniska vetenskaper – Psykiatri
2008

Innehållsförteckning

ARTIKLAR.....	5
INTRODUKTION	7
BAKGRUND.....	9
Svår psykisk sjukdom.....	9
Bruk, riskbruk, skadligt bruk eller beroende.....	14
Svår psykisk sjukdom och riskbruk, skadligt bruk eller beroende.....	22
SYFTE.....	33
Övergripande syfte.....	33
Specifika syften	33
MATERIAL OCH METOD	35
Artikel I och II.....	35
Artikel III och IV.....	40
RESULTAT	43
Artikel I.....	43
Artikel II.....	45
Artikel III	46
Artikel IV	49
DISKUSSION	53
Metoder.....	53
Huvudresultat.....	56
SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER	65
Framtida forskning	66
REFERENSER.....	69
SUMMARY IN ENGLISH.....	81
TACK	85
ORIGINALARTIKLAR I - IV	

ARTIKLAR

Avhandlingen baseras på följande artiklar:

- I Cruce G, Nordström LG, Öjehagen A.
Risky use and misuse of alcohol, drugs and cigarettes detected by screening questionnaires in a clinical psychosis unit.
Nordic Journal of Psychiatry, 61(2):92-99, 2007.
- II Cruce G, Öjehagen A.
Risky use of alcohol, drugs and cigarettes in a psychosis unit: a 1 1/2 year follow-up of stability and changes after initial screening.
BioMed Central Psychiatry, Jul 6; 7:31, 2007.
- III Cruce G, Öjehagen A, Nordström M.
Experiences of alcohol and other drugs in individuals with severe mental illness and concomitant substance use disorders.
Mental Health and Substance Use: dual diagnosis, 1(3): 228-241, 2008.
- IV Cruce G, Öjehagen A, Nordström M.
Recovery Promoting Goals for Rehabilitation and Self-help. Experiences of Persons with Psychiatric Disability and Substance Misuse.
Submitted to Psychiatric Rehabilitation Journal

INTRODUKTION

Problematiskt bruk av alkohol, narkotika och tobak är vanligt bland personer med svår psykisk sjukdom. Internationella befolkningsstudier har klarlagt en betydligt högre förekomst av beroende och skadligt bruk bland personer med svår psykisk sjukdom, än i befolkningen i allmänhet. Dessa vanor kan påtagligt försämra den psykiska sjukdomens förlopp, negativt påverka den kroppsliga hälsan och försämra livssituationen som helhet.

Traditionellt sett har fokus i forskning och senare också i praktik varit inriktad på förekomsten och handläggningen av diagnostiserbara alkohol- och narkotikasjukdomar bland personer med svår psykisk sjukdom. Däremot är kunskapen om riskbruk, det vill säga ett konsumtionsmönster av alkohol och narkotika som kan leda till ett skadligt bruk eller beroende, mycket begränsad och undersökt i betydligt mindre omfattning. Många faktorer bidrar till utvecklandet av alkohol- och narkotikarelaterade problem, bland annat en omedvetenhet och bagatellisering av riskerna med högkonsumtion av alkohol, särskilt berusningsdrickande, liksom en sporadisk användning av illegal narkotika och överanvändning av narkotikaklassade läkemedel. Även den snabba beroendutvecklingen vid bruk av nikotin förbises ofta. Upptäckt av och agerande vid riskbruk kan förbättra prognosen för den psykiska sjukdomen och förebygga en beroendutveckling och andra negativa konsekvenser för hälsan och livssituationen.

Screening-instrument har utvecklats för att upptäcka om en person har ett riskbruk eller indikationer på ett skadligt bruk eller beroende. En fördel med användandet av screening-instrument är att ett riskbruk på ett enkelt sätt kan uppmärksammas. En kort rådgivning har visat sig tillräcklig för att personer med riskbruk ska kunna reducera eller upphöra med sin konsumtion på egen hand, eventuellt med ett visst stöd. En annan fördel är att konsumtionsmönster som tyder på ett skadligt bruk eller beroende kan identifieras och ge underlag för vidare diagnostisk bedömning och behandling.

Det är ett välkänt faktum att vården sällan är utformad för att möta de särskilda krav på en mångfacetterad och samordnad rehabilitering som ställs vid en svår psykisk

sjukdom och ett samtidigt skadligt bruk eller beroende. Det är därför angeläget att också förbättra kunskapen om egna erfarenheter av hälsa, livssituation och rehabilitering hos dem med svår psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende.

Denna avhandling handlar om hur vanligt det är med riskbruk, skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika och tobak bland patienter i psykosvården och hur föränderliga dessa vanor är. Den handlar också om vad alkohol och narkotika betyder för personer med en samsjuklighet mellan svår psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende och vad de upplever bidrar till deras återhämtning.

Avhandlingen består av fyra delarbeten och baseras på data från tre insamlade material: en basmätning och en uppföljning av data insamlade med stöd av strukturerade screening-instrument, vilka analyserats med statistisk metod samt en djupintervjuundersökning med stöd av en intervjuguide som analyserats med fenomenologisk metod.

Mitt intresse för att fördjupa mig i ämnet kom ur uppgiften som kurator i ett mångdisciplinärt team med uppdrag från psykiatrin och socialtjänsten att erbjuda behandling och stöd till personer med en psykossjukdom och ett samtidigt skadligt bruk eller beroende. Våra patienters utsatthet och tidigare svårigheter att få adekvat stöd och behandling engagerade mig och ledde till att jag närmare ville studera problematiken. Som en följd av min medverkan i en förloppsstudie och en screeningundersökning av alkohol- narkotika- och tobakskonsumtion inom psykosverksamhetens öppenvård och slutenvård gavs jag möjlighet till en doktorandanställning under handledning av professor Agneta Öjehagen. Det har varit en både stimulerande och utmanande uppgift att utifrån vardagliga möten med verkliga levnadsöden i den kliniska vardagen stiga in i det mera distanserade studiet av problematiken med hjälp av vetenskapliga metoder. Förhoppningsvis kan resultaten bidra till en förbättrad hälsa och livssituation för personer med psykossjukdom.

BAKGRUND

Svår psykisk sjukdom

Begreppet *svår psykisk sjukdom* begränsas i denna avhandling till följande psykiska sjukdomar: schizofreni, schizofreniliknande sjukdomar och bipolär sjukdom. De sjukdomstillstånd som är aktuella i studierna i avhandlingen har diagnostiserats enligt Världshälsoorganisationens (WHO) diagnostiska klassifikationssystem ICD-10 (WHO, 2008a) och är ställda av patientansvarig psykiater.

Psykiatrisk vård

Den psykiatriska vården i Sverige liksom i många andra länder har genomgått stora förändringar under efterkrigstiden inte minst organisatoriskt. I Sverige började avinstitutionaliseringen under 1970-talet. Den gjorde det möjligt för många med psykisk sjukdom att leva ett mera normalt liv, men den medförde också många problem. Under åren 1990-92 arbetade en parlamentariskt sammansatt kommitté, Psykiatriutredningen, med att kartlägga situationen för personer med psykiska funktionsnedsättningar i Sverige. Målgruppen, personer med *svår psykisk sjukdom*, utgjordes av personer med omfattande funktionsnedsättningar till följd av långvariga psykiska sjukdomar. Huvuddelen av dessa hade schizofreni och andra psykosjukdomar, men även personer med bipolär sjukdom, långvarig depression och svåra personlighetsstörningar omfattades av reformen. Tidigare hade oftast hela tillvaron för personer med svår psykisk sjukdom tagits om hand inom mentalsjukhusets ram. Målsättningen med psykiatrireformen 1995 var att förbättra målgruppens livssituation och öka möjligheterna till gemenskap och delaktighet i samhällslivet. Detta skulle ske genom en tydligare ansvarsfördelning mellan psykiatri och socialtjänst. Enligt reformen ska psykiatri med stöd av Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL), Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och Lagen om Rättspsykiatrisk vård (LRV) enbart ansvara för behandling av den psykiska sjukdomen, medan kommunernas ansvar är boende, sysselsättning och sociala kontakter i enlighet med Socialtjänstlagen (SoL) och Lag om stöd och service till vissa

funktionshindrade (LSS) samt vissa behandlingsinsatser i enlighet med HSL till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

För många med långvarig psykisk sjukdom och funktionsnedsättning har psykiatrireformen inneburit en normalisering av levnadsvillkoren med eget eller särskilt boende, daglig sysselsättning och deltagande i fritidsverksamheter. Samtidigt har reformen ibland medfört isolering och utanförskap när stödet i livssituationen varit otillräckligt. För en del har bristande stöd också inneburit en tillvaro utan struktur och meningsfullt innehåll. Ett ytterligare problem är att behandlings- och stödinsatserna inte alltid bildar en samverkande helhet utifrån de ofta sammansatta medicinska, psykologiska och sociala behoven hos de drabbade (Socialstyrelsen, 2005). Till detta kommer den större exponering för alkohol och narkotika som följer av ett liv i samhället på lika villkor som befolkningen i övrigt.

Schizofreni och andra psykosjukdomar

Schizofreni föregås vanligen av ett flera år långt prodromaltillstånd med okarakteristiska symtom före det egentliga insjuknandet (Häfner & Maurer, 2006). När man väl är sjuk är de typiska symtomen positiva (vanföreställningar, hallucinationer, tankestörningar och vissa former av avvikande beteende) och negativa (flacka affekter, brist på initiativ, ordfattigdom eller innehållslöst tal) (WHO, 2008a). Dessutom finns symtom som ångest, tvångssymtom och depressivitet. Dessa senare, som inte bidrar till diagnosen, kan ibland vålla större lidande än de typiska symtomen. Över tid kan symtombilden växla. Vanligen förekommer en bred nedsättning av den kognitiva prestationsförmågan med bland annat psykomotorisk långsamhet, uppmärksamhetsstörning, försämrat minne och nedsättning av de så kallade exekutiva funktionerna. Ju mer de negativa symtomen och nedsättningen av den kognitiva prestationsförmågan framträder, desto svårare brukar nedsättningen av vardagsfärdigheter, social funktion och förmågan till studier och arbete vara. Insjuknandet sker oftast i tidig vuxenålder. Ungefär fem till tio personer per 100 000 invånare insjuknar varje år och omkring 50 000 personer i Sverige har en schizofrenidiagnos (SOU, 2006). Sjukdomen är förknippad med en försämrad livskvalitet, liksom en betydande inskränkning av delaktigheten i samhällslivet inklusive nedsatt eller upphävd förmåga att arbeta. Den är oftast livslång och man ser sällan en återgång till normal funktion. Förloppsstudier ger sinsemellan något varierande resultat men bilden är i stort sett denna: De första fem åren efter insjuknandet brukar man bli sämre, sedan ser man ofta åtskilliga år av oförändrad bild, för att i högre åldrar ibland se en något förbättrad funktion (Björn Nylander, specialist i psykiatri, muntlig kommunikation, 2008). Det föreligger en kraftigt förhöjd risk för självmord och kroppslig ohälsa bland personer med schizofreni med en betydligt kortare livslängd än för befolkningen i övrigt, en skillnad som har

tillkommit de senaste decennierna (Harris & Barraclough, 1998; Ösby, Correia & Brandt, 2000).

Schizofreni är troligen en paraplyterm för en grupp av sjukdomar och schizofrenidiagnosen är alltid en symtomdiagnos som bygger på konsensus mellan ledande vetenskapsmän (för närvarande ICD-10 och DSM-IV TR). Diagnosen kan inte ställas med hjälp av laboratorieundersökningar, genom avbildande undersökningar av hjärnan eller genom psykologisk utredning. Man har ännu inte kunnat klarlägga orsakerna till sjukdomen, men sannolikt ärver man en disposition för schizofreni, eventuellt förstärkt av skadliga förhållanden under fostertiden eller av hjärnskador under de första levnadsåren. Stress-sårbarhetshypotesen, vilken i detta fall innebär en interaktion mellan en disposition, som är ärftlig, ofta förstärkt av prenatala eller andra tidiga miljöfaktorer (somatiska eller andra, till exempel influensa under moderns graviditet) och belastande faktorer senare i livet, nämner både somatiskt belastande faktorer (till exempel missbruk) och psykologiska faktorer (till exempel separationer) och social miljö (till exempel fattigdom och otrygghet). Hypotesen är emellertid för allmänt hållen för att vara en orsaksteori och fungerar bäst som utgångspunkt för att leta efter preciserade samband. Sambandet mellan disposition och belastning är svagt när det gäller det ursprungliga insjuknandet (eventuellt kan kopplingen till cannabis vara ett undantag), starkare när det gäller hela förloppet och starkt när det gäller återinsjuknande (Björn Nylander, specialist i psykiatri, muntlig kommunikation, 2008). I två aktuella epidemiologiska studier konstateras emellertid ett särskilt starkt samband mellan schizofreni och cannabis. Det är troligt att cannabisbruk påskyndar schizofreniinsjuknandet för personer som är sårbara på grund av personliga faktorer eller familjefaktorer (Hall & Degenhardt, 2008) och att cannabis ökar risken för psykos oberoende av övergående förgiftningssymtom och andra förvillande faktorer, men det är inte sannolikt att frågan om huruvida cannabis *orsakar* psykos kan lösas med fortsatta longitudinella studier (Moore et al., 2007).

Till samma grupp av diagnoser som schizofreni (F20-29) hör också schizotyp störning, bestående vanföreställningssyndrom, schizoaffectiva psykoser och en större grupp av akuta och övergående psykotiska tillstånd samt ospecificerad icke organisk psykos (ICD-10) (WHO, 2008a).

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom drabbar en till två procent av befolkningen och yttrar sig i alternerande depressiva och maniska episoder ofta med blandat agiterat - dysforiskt inslag, även under i huvudsak manisk episod. Psykossymtom förekommer ofta. Insjuknandet sker ofta i unga år och risken att dö i förtid är klart förhöjd till följd av självmord och kroppslig ohälsa. Till en början sker ett tillfrisknande mellan episoderna, men med tiden återkommer episoderna allt oftare och kan innebära

långvarig och omfattande psykosocial funktionsnedsättning och försämrad livskvalitet.

Den bipolära sjukdomen har en betydande genetisk orsakskomponent, sannolikt högre än vid schizofreni, även om också yttre livshändelser med psykiska påfrestningar har betydelse för insjuknandet (Ottosson, 2004).

Bedömning, behandling och stöd

Behandlingens främsta mål bör vara att förbättra den kognitiva och sociala funktionen. Regeringen beslutade 2003 att utse en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. I sitt utredningsbetänkande som överlämnades till den svenska regeringen 2006, framfördes förslag om vård och stöd till personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar (SOU, 2006). Följande förslag är hämtade ur utredningen: En bedömning ska erbjudas som innefattar utredning av medicinska, psykologiska och sociala faktorer och eftersträvar en helhetsbild där personens egna och närståendes önskemål också finns med. Neuropsykologiska utredningar och funktionsnivåbedömningar, liksom utredning av samtidiga somatiska sjukdomar ska genomföras så att tillståndets art och svårighetsgrad kan bestämmas. Inom både primärvård och specialistpsykiatri ska olika behandlingsalternativ finnas tillgängliga, som bygger på kunskapsbaserade metoder. Det innebär ofta en kombination av läkemedel, psykoterapi, psykosociala och/eller pedagogiska insatser samt stöd till nätverket. Insatserna ska vara lättillgängliga, flexibla och erbjudas i patientens närmiljö samt stärka självkänsla, hopp och framtidstro.

Psykosociala insatser vid schizofreni

IMS (Institutet för utveckling av Metoder i Socialt arbete) publicerade på uppdrag av Socialstyrelsen en sammanställning av systematiska kunskapsöversikter rörande effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom. Där konstateras att den enskilt viktigaste insatsen för att förhindra återfall i akut psykos vid schizofreni är regelbunden behandling med neuroleptika i underhållsdos. För många med schizofreni behövs också stöd i boendet, arbete eller en meningsfull sysselsättning, möjlighet att träna och utveckla vardagsaktiviteter och sociala färdigheter, stöd i att utveckla och upprätthålla ett socialt nätverk. Familj och närstående behöver pedagogiska insatser och stöd. Vård- och stödinsatserna behöver samordnas. Resultaten i översikten visar starkt stöd för flera insatser i jämförelse med framförallt standardbehandling: arbetsrehabiliterande insatser i form av ”*supported employment*” bidrar till att patienten får och kan behålla ett arbete; *familjeinterventioner* minskar återfall; case management i form av *Assertive Community*

Treatment (ACT) medför färre och kortare inläggningar i slutenvård, ökar självständigt boende, minskar risken för hemlöshet och arbetslöshet och förbättrar patienternas tillfredsställelse med vården; *psykoedukativa insatser* minskar risken för återfall och/eller återinläggning. Mindre starkt stöd finns för *social färdighetsträning* och *kognitiv träning*. *Kognitiv beteendeterapi* minskar symtom, medan psykodynamisk terapi inte visar någon entydigt bättre effekt än sedvanlig behandling. För två vanligt förekommande insatser, *boendestöd* och *daglig sysselsättning*, saknas resultat från systematiska forskningsöversikter (Socialstyrelsen, 2006).

Medicinsk behandling vid schizofreni

Den medicinska behandling som ges vid schizofreni och andra psykosjukdomar syftar till att lindra psykosymtom och andra samtidigt förekommande symtom samt förebygga återfall. Antipsykotiska läkemedel är relativt effektiva för att minska positiva symtom medan negativa symtom ofta kvarstår trots behandling. Behandlingen är inte i första hand botande, utan symtomen kommer oftast tillbaka om behandlingen upphör (SBU, 1997). Förloppet blir något gynnsammare både med gårdagens och med dagens läkemedelsbehandling än utan behandling. Långtidsförloppet med gårdagens behandling kan sammanfattas med att 1/3 av personer med schizofreni blir mycket bättre, 1/3 något bättre och 1/3 förblir svårt sjuka (Ciompi, 1980; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss & Breier, 1987). Av naturliga skäl vet man inte lika mycket om långtidsresultat av dagens behandling, men troligen kan det i vissa avseenden bli bättre än med äldre antipsykotiska läkemedel (Björn Nylander, specialist i psykiatri, muntlig kommunikation, 2008). Den medicinska behandlingen med neuroleptika bör kombineras med socialt, psykologiskt och psykoterapeutiskt stöd, vilket ytterligare kan förbättra prognosen. De största riskerna med neuroleptikabehandling rör bland annat rörelsepåverkande biverkningar som liknar symtom vid Parkinsons sjukdom samt psykiska biverkningar i form av långsamt tänkande, olust, minskat känslöengagemang, nedsatt energi och kanske nedstämdhet. Nyare antipsykotiska läkemedel som ger mindre biverkningar av ovan angivet slag, ger ofta metabola biverkningar. Många individer slutar med sin medicinering av dessa skäl. Återfall i sjukdomen är drygt 50 procent inom ett år vid avbrott i medicineringen, särskilt när behandlingen avbryts tvärt (SBU, 1997).

Psykosociala insatser vid bipolär sjukdom

För personer med bipolär sjukdom och deras närstående finns det stöd för psykoedukativa, kognitiva och beteendemässiga insatser för att öka patientens acceptans av sin sjukdom och medicinering samt för att höja patientens förmåga att hantera stress och uppmärksamma varningstecken på återfall (Socialstyrelsen, 2006).

Medicinsk behandling vid bipolär sjukdom

Förebyggande medicinsk långtidsbehandling vid bipolär sjukdom sker vanligen med litium i kombination med något antiepileptiskt preparat (valproat, karbamazepin,

lamotrigin). I vissa fall ges dessutom något antipsykotikum. Därutöver kan vid akut mani även ECT (elektrokonvulsiv terapi) och kortvarig behandling med bensodiazepiner komma ifråga och vid svår depression tilläggsbehandling med antidepressiva läkemedel och med ECT (SBU, 2004).

Bruk, riskbruk, skadligt bruk eller beroende

I denna avhandling används begreppet *narkotika* för alla psykoaktiva substanser, med undantag av alkohol och tobak, som nämns i ICD-10 (WHO, 2008a): opiater, cannabis, amfetamin, kokain, hallucinogener, lugnande medel, sömnmedel, smärtlindrande medel, lösningsmedel och flera droger i kombination samt andra psykoaktiva substanser.

Beteckningen *missbruk* används ibland som en sammanfattande beteckning för diagnoserna skadligt bruk eller beroende.

Bruk av alkohol, narkotika och tobak internationellt

I WHO's World Mental Health Survey Initiative, jämfördes livstidsförekomsten av bruk av alkohol, tobak, cannabis och kokain i 17 länder representerande alla regioner i världen (Degenhardt et al., 2008). Forskarna fann att i Amerika, Europa, Japan och Nya Zeeland var bruket av alkohol spritt till större delen av befolkningen jämfört med Mellanöstern, Afrika och Kina. Det globala narkotikabruket var ojämnt fördelat och USA hade den högsta nivån av både legalt och illegalt narkotikabruk. Män hade oftare än kvinnor, och unga vuxna hade oftare än äldre vuxna, använt alla typer av narkotika. Bruket av narkotika var inte enkelt relaterat till landets drogpolicy, då länder med sträng policy (t.ex. USA) inte hade lägre nivåer av illegal narkotikaanvändning än länder med liberalare policy (t.ex. Nederländerna). Kulturella och religiösa mönster hade också stor betydelse för användningen.

Den mer restriktiva politik som förts i Sverige jämfört med andra europeiska länder har lett till ökad upptäcktsrisk och fler beivrade brott. Narkotikan blir mer svårtillgänglig och andelen ungdomar som haft kontakt med narkotika är mycket låg i en jämförelse, enligt en nyligen utgiven rapport (Andréasson, 2008b).

Alkoholpolicy och alkoholbruk i Sverige

Sverige har under 1900-talet fört en restriktiv alkoholpolitik för att begränsa skadeverkningarna. Denna har varit framgångsrik såtillvida att man i Sverige har haft en lägre alkoholkonsumtion och färre alkoholrelaterade problem än i de flesta övriga europeiska länder. Till följd av inträdet i den Europeiska Unionen upphörde Systembolagets monopol för produktion, import, export och partihandel. Successivt infördes också generösare införselkvoter. Kvoterna uppnådde 2004 samma nivå som för övriga EU-länder (Andréasson & Allebeck, 2005).

I enlighet med CAN:s årliga rapport (CAN, 2007) om drogutvecklingen i Sverige var årskonsumtionen av alkohol relativt oförändrad under större delen av 1980- och 1990-talet (ca 8 liter ren alkohol per invånare 15 år och äldre). Sedan 2000-talets början har konsumtionen ökat kraftigt och uppgick 2006 till 9,7 liter ren alkohol per invånare (15 år och äldre). Det är en minskning med ca 7 procent från toppåret 2004 då konsumtionen uppmättes till 10,4 liter. Till viss del beror ökningen på ett större inslag av illegal alkohol, men främst handlar det om ökande mängder privatinförd alkohol. Ytterligare skäl till försäljnings- och konsumtionsökningar sedan 1990-talets mitt kan utgöras av realprissänkningar på öl och vin, introduktion av nya slags drycker och förpackningar, utökade öppettider på Systembolaget och en ökning av antalet restauranger med tillstånd att servera alkohol. Mellan senare delen av 1990-talet och 2004 ökade konsumtionen med 30 procent och man ser nu också en ökning av de medicinska och psykosociala skadeverkningarna. I en nyligen publicerad studie från Folkhälsoinstitutet har andelen personer med alkoholberoende ökat med 50 procent bland kvinnor och 25 procent bland män mellan 2003 och 2007 (S Andréasson, 2008a). Konsumtionstoppen infinner sig runt 20–25-årsåldern och då är männens konsumtion mer än dubbelt så stor som kvinnornas. Hos männen minskar sedan konsumtionens omfattning med stigande ålder medan kvinnornas konsumtion snarare stabiliseras på en lägre nivå. Sedan mitten av 1990-talet ligger kvinnornas konsumtion runt 45 procent av männens (CAN, 2007).

Narkotikapolicy och narkotikabruk i Sverige

Den svenska narkotikalagstiftningen syftar till att begränsa narkotikabruket till att enbart ske på medicinska indikationer och all icke-medicinsk användning av narkotika är straffbar. Enligt narkotikastrafflagen är innehav, saluhållande, överlåtelse, införsel och bruk otillåtet. Policyn för att begränsa narkotikamissbruket har bestått av gränsbevakning, stränga straff för illegal trafik samt vård för missbrukare (Ottosson, 2004). I enlighet med CAN:s årliga rapport om drogutvecklingen i Sverige (CAN, 2007) har gatupriset på narkotika grovt sett halverats sedan 1988. Samtidigt med

prisfallen har tullens och polisens beslag ökat vilket enligt rapporten talar för ett ökat inflöde och en ökad narkotikatillgänglighet.

I en nyligen publicerad kunskapsöversikt framkom att de narkotikarelaterade dödsfallen ökade under andra halvan av 1990-talet och stabiliserades efter millennieskiftet. Men under 2007 ökade antalet till sin hittills högsta registrerade nivå, något som kan tyda på att det tunga missbruket ökar. Under 2007 registrerades 350 dödsfall i landet som narkotikarelaterade. Det kan jämföras med 182 dödsfall under 1995. Nyrekrytering till narkotikan har hejdats, men bland dem som redan är inne i ett missbruk ökar skadorna. Forskningsöversikten visar att narkotikabruket i hög grad drivs av fyra faktorer: pris, tillgänglighet, normer och beroende. Åtgärder som påverkar dessa faktorer är därför angelägna och i synnerhet åtgärder för att begränsa tillgängligheten (Andréasson, 2008b).

Tio procent av den svenska befolkningen mellan 16-84 år har i en enkät 2006 uppgivit att de någon gång prövat cannabis. Bland vuxna är narkotikaerfarenheter vanligare bland män än bland kvinnor, vilket accentueras när man ser till mer regelbunden användning. År 2003 angav 17 procent av 16–24-åringarna att de någon gång hade prövat narkotika. Cirka 60 procent av dem som prövat narkotika har enbart använt cannabis. Amfetamin och ecstasy är de näst vanligaste narkotikasorterna bland ungdomar, men illegalt använda läkemedel (oftast sömnmedel/lugnande medel av bensodiazepintyp) är minst lika vanligt förekommande som ecstasy och amfetamin. Antalet personer med tungt missbruk (som har injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna, oavsett frekvens eller använt narkotika dagligen/så gott som dagligen de senaste fyra veckorna) beräknades 1998 uppgå till 26 000 varav andelen kvinnor låg runt en knapp fjärdedel. Kvinnorna är underrepresenterade vad gäller (känd) kriminalitet samtidigt som de är överrepresenterade sett till vårdkonsumtion (CAN, 2007).

Hög alkoholkonsumtion och bruk av illegal narkotika är vanligare i de delar av Sverige som ligger närmare den europeiska kontinenten, vilket bedöms vara en effekt av andra länders lägre priser på alkohol, mindre strikta alkoholpolitik och högre tillgänglighet på narkotika (Bränström & Andréasson, 2008).

Tobakspolicy och tobaksbruk i Sverige

Andelen dagligrökare (16–84 år) i Sverige minskar kontinuerligt. Under flera decennier har Folkhälsoinstitutet och Socialstyrelsen bedrivit upplysningsarbete för att förebygga och minska nikotinbruket. Restriktioner har införts i form av förbud mot rökning i offentliga byggnader och numera även på restauranger, liksom andra förebyggande åtgärder (reklamförbud, varningstexter på cigarettpaket och höjd

tobaksskatt). År 2006 uppgav 12 procent av männen och 17 procent av kvinnorna att de rökte dagligen. Även i skolundersökningen 2007 syntes en tydlig nedgång. Då uppgav 6 procent av pojkarna och 10 procent av flickorna i årskurs 9 att de rökte dagligen. Det är nästan en halvering av andelen dagligrökare sedan början av 1990-talet. Daglig rökning är jämfört med för ett halvsekel sedan vanligare bland arbetare och låginkomsttagare än höginkomsttagare (CAN, 2007).

Missbruks- och beroendevård

Missbruks- och beroendevård avser den verksamhet som inom socialtjänsten eller hälso- och sjukvården ger vård och behandling till klienter och patienter med missbruks- eller beroendeproblem. I Sverige vilar huvudansvaret för förebyggande insatser och missbruksvård på socialtjänsten i enlighet med Socialtjänstlagen samt de två tvångslagarna Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och, för personer under 18 år, Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Socialtjänsten utreder och beviljar psykosocial behandling i egen eller andras regi och ansvarar för samordning av behandlings- och stödinsatserna. Sjukvården ansvarar i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen för avgiftning och annan medicinsk behandling på vårdcentraler, medicinska akutmottagningskliniker, särskilda beroendekliniker och inom psykiatri.

Riskbruk, skadligt bruk eller beroende

Riskbruk (hazardous use) av alkohol och narkotika betecknar ett konsumtionsmönster som ökar risken för skadliga konsekvenser inkluderande ett beroende (WHO, 2008b). I mönstret innefattas såväl konsumtionsmängder som konsumtionsintensitet. Vid ett riskbruk har det per definition ännu inte uppstått några fysiska eller psykiska skador eller negativa sociala konsekvenser. Riskbruk är inte en diagnostisk beteckning.

Skadligt bruk (harmful use) av alkohol, narkotika och tobak innebär enligt ICD-10 (WHO, 2008a) en klart identifierbar, specificerad fysisk eller psykisk skada, som är bestående sedan minst en månad eller kontinuerligt återkommande under de senaste tolv månaderna. Det amerikanska klassifikationssystemet DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), som har använts i en del av de refererade studierna, klassificerar "missbruk" (abuse), vilket innefattar huvudsakligen sociala konsekvenser av bruket.

Beroende (dependence) enligt ICD-10 (WHO, 2008a) inkluderar en grupp av sex kognitiva och psykologiska fenomen samt beteendefenomen, som utvecklas efter återkommande substansanvändning och som i typiska fall innefattar en stark längtan

efter alkohol, narkotika eller tobak, svårigheter att kontrollera intaget, fortsatt användning trots skadliga effekter, prioritering av substansanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelse, ökad tolerans och ibland fysiska abstinenssymtom. Minst tre av dessa sex kriterier ska vara uppfyllda det senaste året för att beroendediagnosen ska kunna ställas. Om en person både uppfyller kriterierna för skadligt bruk och beroende används beteckningen beroende.

Den etiologiska forskningen visar att alkohol- och narkotikaproblemets liksom rökningens bakomliggande orsaker är multifaktoriella. Många menar att det är livsstilssjukdomar med flera samverkande arv- miljö- och personlighetsfaktorer, men olika studier har fokuserat på olika orsaker. Det gäller tillgänglighet (Andréasson & Allebeck, 2005), socioekonomisk status (t.ex. inkomst, utbildningsnivå och sysselsättning) (Bloomfield, Grittner, Kramer & Gmel, 2006), kön (Mäkelä et al., 2006), psykologiska faktorer (Schuckit & Smith, 1996) fysiologisk sårbarhet eller ärftlighet (Köhnke, 2008). Ett ännu relativt outforskat område är de psykoaktiva substansernas aktiverande av hjärnans belöningssystem och hur hjärnan efterhand förmodas anpassa sig och bli beroende av fortsatt tillförsel för att individen ska uppnå normal tillfredsställelse (Agerberg, 2004). I WHO har man antagit ett synsätt som innebär att man fokuserar på problemets yttringar i form av symtom istället för att söka efter problemets orsak (WHO, 2008a). Detta synsätt har man anslutit sig till i Socialstyrelsens riktlinjer med vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens missbruks- och beroendevård och fastslår att "beroende är ett psykobiologiskt tillstånd med flera samtidiga symtom samt starka kulturella och sociala inslag, ofta med en multifaktoriell bakgrund" (Socialstyrelsen, 2007). I riktlinjerna konstateras att terminologin i socialtjänsten och hälso- och sjukvården skiljer sig åt p.g.a. lagstiftning, tradition, vetenskapssyn och ideologi (Socialstyrelsen, 2007). I Socialtjänstlagen används endast begreppet "missbruk", vilket i förarbetena till Socialtjänstlagen bestäms utifrån de sociala konsekvenser som missbruket för med sig, medan enligt ICD-10 (WHO, 2008a) skadligt bruk avser psykiska och fysiska skador och beroende avser det psykobiologiska tillståndet i sig.

Måttligt drickande har liten påverkan på den allmänna hälsan. Unga människor och kvinnor är känsligast för alkohol. Måttlig alkoholkonsumtion utan berusningsinslag kan ha en skyddande effekt för utvecklandet av hjärt-kärlsjukdomar, typ 2-diabetes och demens (sannolikt genom en förbättrad cirkulation) hos personer i övre medelåldern. Personer under 40 år har överhuvudtaget ingen positiv hälsoeffekt av alkohol. Med ökade konsumtionsmängder ökar istället riskerna för kranskärlsjukdomar, cancer, sjukdomar i lever och bukspottskörtel samt depression och självmord liksom olyckor och våld (Andréasson & Allebeck, 2005). Enligt en WHO-sammanställning kan 4 procent av den totala sjukdomsördan (död och funktionsnedsättning) tillskrivas alkohol, vilket motsvarar sjukdomsördan för tobak och högt blodtryck (Room, Babor & Rehm, 2005).

Förekomsten av sociala problem och kriminalitet, sjuklighet och dödlighet bland narkotikamissbrukare är många gånger större än i befolkningen som helhet i motsvarande åldrar. Sjuklighet och dödlighet orsakas av komplikationer till följd av de narkotiska preparatens farmakologiska effekter (t.ex. överdosering), administrationssättet (hepatit, HIV) och av allmänna förhållanden i missbrukarnas livsföring. Ofta spelar psykisk ohälsa, blandmissbruk, svåra levnadsförhållanden med risk för olyckor och våld större roll för sjukligheten än effekter av preparaten i sig. Även strukturella faktorer som tillgången till adekvat vård har betydelse (CAN, 2007).

Tobak har många negativa hälsoeffekter och har blivit den vanligaste yttre orsaken till sjukdomar och för tidig död. Många av de tusentals kemiska ämnen som bildas när cigaretter brinner har kända skadeeffekter och kan drabba rökaren på många sätt: åderförkalkningssjukdomar såsom kärlkramp, hjärtinfarkt och stroke, cancer, kronisk bronkit, lungcancer, magsår, benskörhet (Gilljam, 2008). Nikotinets uppgift är att skapa ett beroende. År 1995 uppskattades antalet rönksrelaterade dödsfall i Sverige uppgå till 8000. Dödstaten har minskat sedan 1990-talet, men endast bland män, beroende på att minskningen av antalet rökande kvinnor varit mindre och kommit senare än bland männen (CAN, 2007).

Mer än var femte man och en av 25 kvinnor i Sverige, det vill säga nästan 900 000 personer, snusade dagligen år 2005. En sammanvägd bedömning av experimentella och epidemiologiska undersökningar talar för att svenskt snus är cancerframkallande. Den cancerform för vilka indicierna är starkast, är cancer i bukspottkörteln. Snus tycks – till skillnad från rökning – inte vara någon självständig riskfaktor för insjuknande i hjärtinfarkt. Däremot finns stöd för slutsatsen att snusning medför en ökad risk att dö i hjärtinfarkt på grund av ökad risk för hjärtrytmstörningar (Cnattingius et al., 2005).

Samband mellan bruk av alkohol, narkotika och tobak

I en stor befolkningsstudie i USA av ettårsprevalensen av drogrelaterade tillstånd, NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), framkom att 7,35 procent hade ett missbruk eller beroende av alkohol och 0,9 procent hade ett missbruk eller beroende av narkotika medan 1,1 procent hade ett samtidigt missbruk eller beroende av både alkohol och narkotika. De två senare grupperna var oftare yngre, män, aldrig gifta och med lägre socioekonomisk status än gruppen som endast hade ett missbruk eller beroende av alkohol (Stinson et al., 2005).

I en annan analys av NESARC-studien framkom att mängden tobaksbruk, dagligt tobaksbruk och nikotinberoende ökade med ökande nivåer av alkoholkonsumtion och missbruk eller beroende av alkohol (Falk, Yi & Hiller-Sturmhofel, 2006). Grant med kollegor (Grant, Hasin, Chou, Stinson & Dawson, 2004) visade att bland personer med nikotinberoende hade 22,8 procent också ett missbruk eller beroende av alkohol och 8,2 procent hade ett missbruk eller beroende av narkotika. Dessa resultat stärker hypotesen om ett samspel mellan effekterna av nikotin, alkohol och andra psykoaktiva substanser: Rökningen antas dämpa negativa effekter av alkohol och narkotika. Likaså antas en förhöjd effekt uppstå om nikotinet och den andra psykoaktiva substansen brukas samtidigt. Vidare antas att ett bruk av en substans genom inlärning ökar benägenheten för bruket av den andra (Collins, Romm, Selvaag, Turner & Marks, 1993; Gulliver et al., 1995; Grant, Hasin, Chou, Stinson & Dawson, 2004).

Identifiering, rådgivning, bedömning och behandling

Följande avsnitt som innehåller rekommendationer för identifiering, rådgivning, bedömning och behandling är hämtade ur Socialstyrelsens nationella riktlinjer rörande upptäckt, prevention och behandling i missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen, 2007) och en SBU-rapport rörande alkohol- och narkotikabehandling (SBU, 2003).

Långtidsstudier visar att en majoritet av dem som lider av alkohol- och/eller narkotikaproblem återhämtar sig utan professionell behandling. De självläker med stöd av familj och vänner samt deltagande i självhjälpgrupper. Studier pekar på att negativa konsekvenser av problemet i kombination med attraktiva, hoppningivande alternativ kan sätta igång en process mot ett liv utan missbruk. Härvidlag spelar också individens hälsa samt personliga och sociala resurser en avgörande roll för en positiv utveckling. Dessa resultat ger vid handen att man i behandlingen bör anta vissa förhållningssätt som kan bidra till att förstärka effekten av metoder som visat sig effektiva:

- betrakta den enskilde som medaktör i förändringsprocessen
- upprätta en fungerande terapeutisk relation
- anpassa olika insatser till den enskildes personliga och sociala förutsättningar och fas i förändringsprocessen
- samverka med olika "läkande krafter" i hans eller hennes levnadsmiljö.

Tidig upptäckt av begynnande alkoholproblem i sjukvården med hjälp av bedömningsinstrument och en därpå följande kort rådgivning kan förhindra en utveckling av skadligt bruk eller beroende, vilket man har goda erfarenheter av i primärvården. En en- till tvådagarsutbildning i metoden kan vara tillräcklig och det

verkar inte spela någon roll vilken yrkeskategori som utför interventionen. I en sammanställning av 25 studier med hög vetenskaplig kvalitet framkom att omkring 30 procent i de grupper som fick kort rådgivning i primärvården minskade sin alkoholkonsumtion till riskfria nivåer, jämfört med cirka 20 procent i kontrollgruppen. Av 10 personer som, med ovanstående metodik, ges råd och motivation att minska sin alkoholkonsumtion, kommer en person att upphöra med eller minska sin konsumtion till en riskfri nivå. Sannolikt skulle en tidig upptäckt och intervention i psykiatri, socialtjänsten och företagshälsovården också ha positiva effekter, men här är det vetenskapliga underlaget ännu för svagt för att kunna värdera nyttan. I SBU-rapporten (SBU, 2003) och Nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2007) nämns inte på motsvarande sätt begreppet riskbruk avseende begynnande narkotikaproblem, men tidig upptäckt av narkotikaproblem innebär också tillgång till hjälp i ett tidigt skede med olika metoder som visat effekt för skadligt bruk eller beroende, däribland kort intervention (Bernstein et al., 2005).

Genom att fråga om alkohol och/eller narkotikavanor kan en tidig upptäckt av ett riskbruk eller ett begynnande missbruk göras och vill man förutom identifikation också klargöra problemets karaktär och svårighetsgrad kan man fråga mer systematiskt med stöd av ett frågeformulär, vilket kan underlätta bedömningen. Om poängen visar på ett riskbruk kan en kort rådgivning ges, men finns det indikationer på skadligt bruk eller beroende behövs en klinisk bedömning och diagnostisering

Behandling av skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika kan indelas i abstinensbehandling, läkemedelsbehandling och psykosocial behandling. Abstinensbehandling med stöd av läkemedel kan lindra de psykologiska och fysiologiska reaktionerna vid avhållsamhet. För vissa narkotiska preparat saknas specifik farmakologisk behandling och man använder därför läkemedel som lindrar oro och agitation vid abstinens.

Specifika farmakologiska preparat vid skadligt bruk eller beroende finns att tillgå för behandling av alkohol (disulfiram, akamprosot och naltrexon). Disulfiram förefaller ha viss effekt vid kokainberoende. Vid opiatberoende kan en så kallad underhållsbehandling med buprenorfin eller metadon vara ett viktigt stöd. För övriga substanser saknas evidensbaserad läkemedelsbehandling.

Flera olika psykosociala behandlingsformer har visat sig ha god effekt vid skadligt bruk eller beroende: 12-stegsprogram, kort intervention och motivationshöjande behandling, kognitiv beteendeterapi och familjeterapi, interaktionell terapi och psykodynamisk terapi samt CRA-behandling (Community Reinforcement Approach). Gemensamt för de metoder som visar effekt är att behandlingen utmärks av en klar struktur, fokus på missbruket, väldefinierade åtgärder och detaljerade

riktlinjer (manual). Sociala åtgärder för att stärka individens yttre resurser bland annat genom stödinsatser för familj och närstående är andra viktiga inslag i behandlingen.

Svår psykisk sjukdom och riskbruk, skadligt bruk eller beroende

Förekomst av riskbruk bland personer med svår psykisk sjukdom

Ett fåtal studier har undersökt förekomsten av riskbruk av alkohol i psykiatrin, d.v.s. ett ännu inte utvecklat skadligt bruk eller beroende. I en australiensisk studie undersökte Hulse med kollegor (Hulse, Saunders, Roydhouse, Stockwell & Basso, 2000) alkoholkonsumtionen bland patienter inlagda på psykiatrisk vårdavdelning och fann att 17 procent av kvinnorna och lika många procent av männen med psykosjukdom hade ett riskbruk av alkohol som ännu inte utvecklats till skadligt bruk eller beroende. (Samma studie visade att 37,5 procent av männen och 12,5 procent av kvinnorna hade ett diagnostiserbart tillstånd.)

Det är inte självklart att använda riskbruksbegreppet när man avser bruk av narkotika, eftersom allt icke-medicinskt bruk är illegalt enligt svensk lag och juridiskt betecknas som ett missbruk. Ändå lever ett sporadiskt bruk inte nödvändigtvis upp till de medicinska diagnoskriterierna för skadligt bruk eller beroende, vilket motiverar ett användande av riskbruksbegreppet i behandlingssammanhang (WHO, 2008b). Studier av riskbruk av narkotika bland personer med psykosjukdom har inte stått att finna, men skulle öka medvetenheten om vikten av tidig upptäckt och intervention.

Upptäckt av riskbruk och rådgivning

Mycket skulle säkerligen vara vunnet om man i kliniken i ett tidigt skede uppmärksammade riskbruk och ett begynnande skadligt bruk eller beroende bland personer med psykisk sjukdom. Psykiatrisamordningen betonade i sin utredning vikten av att all primärvård och specialistpsykiatri så tidigt som möjligt identifierar riskfylld alkoholkonsumtion eller narkotikaanvändning bland personer med psykisk ohälsa och att det finns program för hur man upptäcker riskbruk (SOU, 2006). I en studie på psykiatriska akutvårdsavdelningar i London visade det sig, att trots att 49 procent av patienterna hade ett riskbruk, skadligt bruk eller beroende av alkohol och 27 procent hade ett aktuellt narkotikamissbruk, så fanns det ingen notering om detta i tre fjärdedelar av journalerna (Barnaby, Drummond, McCloud, Burns & Omu, 2003). Det finns tre huvudsakliga informationskällor för alkoholanvändning:

självrapportering genom att fråga patienten eller med frågeformulär, rapporter från närstående och provtagning. En kombination av olika mätmetoder kan ge den mest tillförlitliga informationen, men självrapportering via en screening-undersökning kan i enlighet med flera studier anses tillförlitlig (Cooper, Sobell, Maisto & Sobell, 1980; Brown, 1992). Det är en enkel, billig metod och kan till skillnad från flera biologiska markörer mäta konsumtion längre tillbaka i tiden. I en aktuell studie från psykiatriska slutenvårdsavdelningar konstaterade man dock en underrapportering av såväl alkohol- som narkotikakonsumtion i jämförelse med resultaten av biologiska test. Däremot rapporterades tobakskonsumtionen adekvat (de Beaufreire et al., 2007).

Med tanke på de allvarliga konsekvenser alkohol och narkotika ofta för med sig för personer med svår psykisk sjukdom finns det anledning att mer systematiskt och regelbundet undersöka dessa vanor också i psykosvården. Rutinmässig användning av screening-instrument har föreslagits som ett sätt att enkelt identifiera riskbruk och skadligt bruk eller beroende, men det förekommer sällan i psykiatri (Barnaby, Drummond, McCloud, Burns & Omu, 2003); Hulse, Saunders, Roydhouse, Stockwell & Basso, 2000). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) har utvecklats och rekommenderas av WHO (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente & Grant, 1993). Testet har använts för att identifiera riskbruk och indikationer på skadligt bruk, inklusive beroende av alkohol i primärvården (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) och har också visat sig fungera väl för identifiering av alkoholsjukdomar hos personer med schizofreni (Dawe, Seinen & Kavanagh, 2000). För att på motsvarande sätt identifiera narkotikabruk på olika nivåer har ett liknande test som AUDIT utarbetats, The Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005). The Fagerström Test for Nicotine Dependence, FTND (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerstrom, 1991) har tidigare visat sig användbart, bland annat för personer med schizofreni i en svensk undersökning (Bejerot & Nylander, 2003), för att identifiera personer med rökberoende av olika svårighetsgrad.

Resultatet av dessa screening-undersökningar, liksom för övrigt utslag på biologiska markörer, ska således ses som ett hjälpmedel och en fingervisning om vilka åtgärder som kan behövas: återföring av resultatet och en enkel rådgivning vid identifierat riskbruk eller en diagnostisk bedömning vid indikationer om skadligt bruk eller beroende och därtill anpassade interventioner. Det kan inte uteslutas att lägre poäng på AUDIT, DUDIT och FTND bör föranleda bedömning och intervention för personer med psykosjukdom för att förebygga en negativ utveckling, på grund av den förmodade större känsligheten för psykoaktiva substanser hos personer med svår psykisk sjukdom. Detta är dock ännu inte undersökt.

Ett viktigt skäl till att undersöka riskkonsumtion är att interventioner för att minska konsumtionen hos personer som ännu inte har utvecklat ett beroende återkommande har visat sig framgångsrika för patienter som sökt primärvården (Babor & Higgins-

Biddle, 2001b) och den somatiska vården (Salaspuro, 2003) och hittills i en studie i den psykiatriska slutenvården (Hulse & Tait, 2002). Hulse och Tait fann att patienterna effektivt minskade sin alkoholkonsumtion med hjälp av en kort intervention (huvuddelen hade dock inte psykosjukdom). Screening i kombination med kort intervention (engelsk term: brief intervention) är tänkt som en profylaktisk behandling vid riskbruk eller skadligt bruk (snarare än beroende), och syftar till att identifiera ett potentiellt eller reellt alkohol- och/eller narkotikaproblem och motivera individen att göra något åt det (Babor & Higgins-Biddle, 2001b; Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005). Brief intervention är inspirerad av Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 1991) en metod som syftar till att påverka människor att förändra sina alkohol- och narkotikavanor och som också används vid behov av beteendeförändring vid andra livsstilssjukdomar.

Förekomst av samsjuklighet

Samsjuklighet (WHO, 2008b) betecknar en samtidig förekomst av ett skadligt bruk eller beroende av en psykoaktiv substans och en annan oberoende psykisk sjukdom, det vill säga sjukdomen ska kvarstå även sedan missbruket har upphört. I denna avhandling begränsas samsjuklighetsbegreppet till att gälla skadligt bruk eller beroende av alkohol och/eller narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom i form av schizofreni, schizofreniliknande sjukdomar och bipolär sjukdom.

Internationella studier visar att ungefär varannan person med schizofreni någon gång under livet drabbas av missbruk/beroende av alkohol och/eller narkotika (Regier et al., 1990); (Fowler, Carr, Carter & Lewin, 1998). För personer med bipolär sjukdom är det ännu vanligare, närmare 60 procent (Cassidy, Ahearn & Carroll, 2001). Frekvensen av samsjuklighet varierar mellan olika länder (Degenhardt, Hall & Lynskey, 2001; Green, Young & Kavanagh, 2005; Kilbourne et al., 2004; McCreadie, 2002), men oddsen är återkommande kraftigt förhöjda jämfört med befolkningen i övrigt: för personer med schizofreni 4,8 gånger och för personer med bipolär sjukdom 7,9 gånger, (Regier et al., 1990). Befolkningsdata rörande samsjuklighet vid svår psykisk sjukdom i Norden saknas nästan helt, men i en nyligen publicerad norsk studie var livstidsprevalensen för narkotika 44 procent högre bland personer med schizofreni eller bipolär sjukdom jämfört med befolkningen som helhet (Ringén et al., 2008). Särskilt gällde detta centralstimulantia (amfetamin och kokain).

I en översikt av 47 internationella studier av personer med schizofreni i behandling varierade livstidsprevalensen för missbruk/beroende mellan 40 och 60 procent (Cantor-Graae, Nordström & McNeil, 2001). I Sverige har oss veterligt endast en undersökning hittills genomförts av tidigare och/eller aktuellt missbruk/beroende bland personer med schizofreni. Forskarna fann då att livstidsförekomsten var 48,3

procent medan förekomsten av ett aktuellt missbruk var 14,9 procent (Cantor-Graae, Nordström & McNeil, 2001). Denna frekvens överensstämmer väl med en studie från Kanada där 14 procent hade en aktuell erfarenhet av missbruk (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier & Gill, 2004).

Cantor-Graae och medarbetare (Cantor-Graae, Nordström & McNeil, 2001) fann också att personer med samsjuklighet oftare var yngre och män, vilket återkommande har rapporterats (Drake, Osher & Wallach, 1989; Kavanagh et al., 2004; Larsen et al., 2006). Översikten gav inget stöd för att personer med schizofreni skulle föredra vissa substanser framför andra (Cantor-Graae, Nordström & McNeil, 2001). I den tidigare nämnda kanadensiska studien var alkohol och cannabis vanligast om man bortsåg från nikotin som var allra vanligast (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier & Gill, 2004). Ringen och medarbetare (2008) fann skillnader i substansval mellan personer med bipolär sjukdom och schizofreni: alkoholkonsumtion var vanligare vid bipolär sjukdom, medan personer med schizofreni oftare använde centralstimulantia eller hade ett blandmissbruk.

Det är välbelagt att personer med schizofreni röker i betydligt större utsträckning än befolkningen i övrigt (de Leon & Diaz, 2005; McCloughen, 2003). I en jämförelse mellan personer med en samsjuklighet av psykosjukdom och missbruk/beroende av alkohol och/eller narkotika och personer som enbart hade en psykosjukdom visade det sig att personer med en samsjuklighet mycket oftare rökte cigaretter (89 procent) än de med enbart psykosjukdom (50 procent) (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier & Gill, 2004), vilket också har visats i andra studier (Degenhardt & Hall, 2001b). Personerna med samsjuklighet började också röka tidigare, vilket bör ses som ett varningstecken på en framtida risk att utveckla beroende av andra psykoaktiva substanser (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier & Gill, 2004).

Samsjuklighetens bakgrund och konsekvenser

Bakgrunden till den förhöjda risken för skadligt bruk eller beroende bland personer med svår psykisk sjukdom är inte fullständigt känd, men har förmodligen samband med flera samverkande faktorer.

Tidigare nämnda förändringar i omhändertagandet av personer med svår psykisk sjukdom med en successiv minskning av slutenvårdsplatserna i psykiatri i syfte att möjliggöra ett liv på lika villkor med befolkningen i övrigt innebar samtidigt en ökad exponering för alkohol och narkotika under en tid när tillgängligheten började öka generellt i samhället.

Det är väl känt att socioekonomiska förhållanden har betydelse för utvecklandet av missbruk. I den tidigare nämnda norska studien (Ringén et al., 2008) framgår att samma sociodemografiska karakteristika - att leva ensam och att ha en lägre utbildning - var associerade med en förhöjd narkotikaanvändning både i gruppen med samsjuklighet och i gruppen som inte hade någon psykosjukdom. Insjuknande i psykosjukdom medför ofta brister i utbildning och arbetsförmåga, singelliv och sämre ekonomiska omständigheter vilket delvis kan förklara den förhöjda frekvensen i gruppen (Brunette, Mueser, Xie & Drake, 1997; Kavanagh et al., 2004). I en översikt av då aktuell forskning konstaterar Drake och medarbetare (Drake, Wallach, Alverson & Mueser, 2002) att psykosociala riskfaktorer troligen förklarar den höga andelen av skadligt bruk eller beroende bland personer med svår psykisk sjukdom och att det för de flesta är ett miljöbetingat fenomen som kan ses som en del av mellanmännsliga aktiviteter. Alkoholens och narkotikans socialiserande funktion anges som det främsta motivet för bruket. I en etnografisk studie kunde forskarna klart urskilja fyra sociala mönster för användning av alkohol och/eller narkotika: "den ensamme brukaren", "det lilla, slutna sociala kottieriet", "det stora, öppna brukarsyndikatet" och "den drogförmedlande mellanhanden". Forskarna menar att man måste ta hänsyn till drogbrukets skiftande sociala funktioner när man försöker förmå patienterna att avstå från alkohol och/eller narkotika (Alverson, Alverson & Drake, 2001). I en tidigare studie identifierade forskarna negativa bakgrundsfaktorer i deltagarnas barndom: Missbruk och svår psykisk sjukdom i barndomshemmet, fattigdom, frånvarande eller försumliga och allmänt "icke-fungerande" familjemedlemmar, vårdnadshavare som allvarligt misshandlade dem fysiskt eller psykiskt eller annat våld i hemmet (Alverson, Alverson & Drake, 2000).

Sannolikt kan en biologisk sårbarhet för svår psykisk sjukdom resultera i en känslighet för små mängder alkohol och/eller narkotika, vilket snabbare leder till negativa konsekvenser (Degenhardt & Hall, 2001a; Goldstein, Velyvis & Parikh, 2006; Mueser, Drake, & Wallach, 1998). Exempelvis visade en studie att färre än fem procent av ett stickprov av personer med svår psykisk sjukdom kunde vidmakthålla en symptomfri alkoholkonsumtion över tid utan negativa konsekvenser till skillnad från ungefär 50 procent av den allmänna befolkningen som kan dricka alkohol över tid utan att utveckla en sjukdom (Drake & Wallach, 1993). I en nyligen publicerad artikel (Green, Noordsy & Brunette, 2008) diskuteras sambandet utifrån ett neurobiologiskt perspektiv och författarna föreslår att användningen av alkohol och/eller narkotika bland personer med schizofreni kan vara baserad på en dysfunktion i det dopaminförmedlande belöningssystemet i hjärnan och att alkoholen och/eller narkotikan tillfälligt minskar denna brist och ger dem möjlighet att njuta av normala aktiviteter. Den i kliniken ofta föreslagna förklaringsmodellen att patienterna självmedicinerar sina psykotiska symtom har däremot inget starkt vetenskapligt stöd (Mueser, Drake & Wallach, 1998; Möller & Linåker, 2006).

Sett ur ett subjektivt perspektiv har man försökt förstå vilka förväntningar och motiv som är kopplade till bruket av alkohol och narkotika. Dessa kan utgöras av positiva eller negativa tankar, känslor och situationer, som ofta föregår bruket och där man upplever ett starkt sug (Del Boca, Darkes, Goldman & Smith, 2002). Som en del i en återfallsförebyggande strategi är det viktigt att identifiera dessa risksituationer för att kunna undvika dem eller träna sig i att hantera suget i dessa situationer och inte låta sig överrumplas. Laudet (Laudet, Magura, Vogel & Knight, 2004) undersökte brukets motiv bland personer som höll på att återhämta sig från samsjuklighet. Önskan att passa in i kamratkretsen spelade en nyckelroll inledningsvis, medan leda, frestelser och stress angavs som de främsta utlösarna av återfall. Författarna betonade vikten av att ingå i nyktra och drogfria sammanhang och att tillägna sig strategier för att hantera stress under återhämtningsprocessen. Det är också viktigt att behandlingsprogrammen ingjuter hopp om tillfrisknande samt erbjuder meningsfulla aktiviteter och goda relationer. I en annan studie som undersökte subjektiva motiv för cannabisbruk befanns leda, sociala motiv, att förbättra sömn, minska ångest, oro och symptom associerade med negativa psykosymtom eller depression vara de viktigaste motiven för cannabisbruk, däremot var inte positiva psykosymtom viktiga motiv för cannabisbruk (Schofield, Quinn, Haddock & Barrowclough, 2001). Spencer och kollegor (Spencer, Castle & Michie, 2002) identifierade samma motiv som i befolkningen i allmänhet i en undersökning av främst bruk av alkohol och cannabis: "förbättring", "sociala motiv", "att hantera otrevliga känslor", "att passa in och bli accepterad". En femte faktor, "att lindra positiva symtom och biverkningar", hade begränsad relevans.

Den kraftigt förhöjda förekomsten av nikotinberoende bland personer med schizofreni har möjligen på samma sätt som i fallet med alkohol och narkotika sin grund i såväl sociala och psykologiska (Williams & Ziedonis, 2004) som biologiska faktorer (Adler et al., 1998; Patkar et al., 2002). Barr (Barr, Procyshyn, Hui, Johnson & Honer, 2008) undersökte subjektiva motiv för rökning bland personer med schizofreni, dessa angav som skäl en tillfredsställelse i själva hanteringen av cigaretterna, liksom ett behov av psykomotorisk stimulans. Nikotinets eventuellt positiva effekter på olika symtom undersöktes i en studie där rökare jämfördes med icke-rökare. Det visade sig att rökning inte vara associerat med positiva och negativa psykosymtom eller sinnesstämning, men förekomsten av akatisi (en biverkan av antipsykosmedicineringsmedel) var lägre bland dem som rökte. Forskarna rekommenderade därför ett byte till atypiska antipsykosläkemedel, som inte ger akatisi, för att på det sättet underlätta för patienterna att sluta röka (Barnes et al., 2006). I en svensk långtidsstudie av bland annat rökning och snus bland personer med schizofreni och schizofrenirelaterade psykotiska sjukdomar behandlade med risperidon (atypiskt neuroleptikum) framkom att nikotinbruk var två gånger vanligare än i befolkningen i övrigt och endast några få hade börjat använda tobak och snus efter insjuknandet i psykos. Det fanns inga skillnader mellan dem med nikotinbruk

och dem som inte använde nikotin med avseende på diagnos, symtom, biverkningar, vikt, kognitiva funktioner, personlighet och behandlingsresultat, vilket talar mot självmedicineringshypotesen. Författarnas tolkning av resultaten är att personer med psykosjukdom misslyckas med att avstå från nikotin snarare än att de upplever betydelsefulla positiva effekter av sin nikotinanvändning (Levander, Eberhard & Lindström, 2007).

I den tidigare nämnda studien från Canada där det visade sig vara betydligt vanligare med rökning bland personer med samsjuklighet än bland personer med enbart psykosjukdom, menade forskarna att detta kunde tyda på överlappande genetiska faktorer mellan alkohol och nikotin, men att det eventuellt också kunde förklaras med gemensamma riskfaktorer, t.ex. psykologiska problem (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier & Gill, 2004).

Samsjukligheten kan medföra många negativa psykosociala konsekvenser, framförallt om den inte behandlas samordnat, såsom fler slutenvårdsvistelser (Haywood et al., 1995) rättsliga problem (Abram & Teplin, 1991), hemlöshet (Caton, Shrout, Eagle, Opler & Felix, 1994) och familjeproblem (Dixon & King, 1995). Samsjukligheten kan också ge svåra konsekvenser för den kroppsliga hälsan: hepatit B och C samt HIV, diabetes, högt blodtryck, hjärtsjukdomar, gastrointestinala sjukdomar, astma och andra lungsjukdomar (Buckley, 2006; Dickey, Normand, Weiss, Drake & Azeni, 2002) Den psykiska hälsan kan ofta försämrats med ökade positiva och negativa symtom, depression och avbrott i behandlingen (Margolese, Malchy, Negrete, Tempier & Gill, 2004).

Återhämtning och behandling vid samsjuklighet

Långtidsförloppet vid samsjuklighet har beskrivits i några studier, nationellt och internationellt. Cuffel och kolleger (1994) fann i en prospektiv ettårsstudie att prevalensen av alkohol- och/eller narkotikarelaterade problem bland personer med schizofreni förblev konstant på gruppnivå, men att förloppet skiljde sig åt individuellt. Bartel och kolleger (1995) fann i en sjuårsuppföljning att alkohol- och narkotikarelaterade problem bland personer med svår psykisk sjukdom tenderade att kvarstå i många år, men att förloppet var betydligt bättre för dem som hade ett missbruk än för dem som var beroende. I en tioårsuppföljning (Drake et al., 2006) förbättrades deltagarna stadigt med avseende på psykiska symptom, alkohol- och narkotikarelaterade problem, institutionalisering, funktion och livskvalitet. Huvuddelen av deltagarna ansåg också att de hade återhämtat sig medicinskt och socialt och uttryckte en allmän tillfredsställelse med livet. I jämförelse med en tidigare treårsuppföljning hade deltagarna fortsatt att förbättras vilket tyder på att återhämtningsprocessen pågår under många år, inte endast under de första stadierna

av samsjuklighetsbehandlingen. I Sverige genomfördes i samband med psykiatrireformens införande en uppföljning av deltagarna i tio projekt som tillhandahöll integrerad behandling och stöd till personer med samsjuklighet. Deltagarna förbättrades efter 1½ år med avseende på psykisk hälsa, global funktion, missbruk, livskvalitet och slutenvårdskonsumtion. Hjälpbehov kvarstod inom flera problemområden, till exempel arbete/försörjning, sociala relationer, fysisk hälsa och mest påtagligt, psykisk hälsa (Schaar & Öjehagen, 2001). Vid femårsuppföljningen hade 9 personer avlidit, vilket är en åtta gånger förhöjd dödsrisk i förhållande till den förväntade dödsrisken befolkningen i övrigt, medan övriga deltagares tillstånd hade stabiliserats på den nivå som uppmätts vid 1½-årsuppföljningen (Socialstyrelsen, 2004).

I riktlinjerna för missbruks- och beroendevården betonas att för personer med samsjuklighet ”är det viktigt att behandlingen för de båda problemen sker samtidigt och i samordnade former efter den första akuta insatsen”, men att ”det finns ingen evidensbaserad specifik behandling för samsjuklighet. Inget talar dock emot att använda de metoder som visat effekt vid behandling av missbruk och beroende respektive psykiatrisk störning och sjukdom” (Socialstyrelsen, 2007). Ännu är evidensen således svag för att hävda att någon specifik psykosocial behandlingsmetod är effektivare än någon annan för personer med en utvecklad samsjuklighet. Det beror sannolikt på olikheter i undersökta program, bristande programtrohet och stora bortfall, enligt en aktuell Cochrane meta-analys, som strikt begränsar sig till RCT-studier (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried & Walter, 2008). I systematiska översikter som också inkluderar kvasiexperimentella studier har man dock funnit fördelar för integrerade behandlingsmodeller (Brunette, Mueser & Drake, 2004; Donald, Dower & Kavanagh, 2005; Drake, Mueser, Brunette & McHugo, 2004). Drake (2004) lyfter upp några viktiga behandlingskomponenter som ofta återkommer i dessa studier: samordnade, stegvisa och långvariga behandlingar, uppsökande och motiverande interventioner och omfattande service.

Motivational Interviewing (MI) är en samtalsform vars syfte är att motivera individen att förändra sina attityder och sin livsstil avseende alkohol och/eller narkotikabruk (och andra livsstilsproblem). Metoden förutsätter förståelse och respekt för människors osäkerhet, motstånd och ambivalens inför förändring. Terapeutens roll är stödjande och reflekterande och hjälper individen att upptäcka hur missbruket hindrar henne att nå sina mål. Några få samtal kan räcka för att få till stånd en framgångsrik förändringsprocess. I en narrativ översikt av sex RCT-studier visade sig MI bidra till förbättring i form av avhållsamhet och reducerat alkohol och/eller narkotikabruk bland personer med svår psykisk sjukdom, men ännu saknas stöd för förbättring av den psykiska hälsan och uppföljningar av missbruksproblematiken på längre sikt (Drake, Mueser, Brunette & McHugo, 2004).

I en RCT-studie jämfördes ett mer omfattande behandlingsprogram riktat till personer med schizofreni och missbruk med standardbehandling i vilken ingår antipsykotisk medicinering. Programmet, som bestod av standardbehandling integrerat med motiverande intervju, kognitiv beteendeterapi och en familjeintervention, visade sig effektivare än enbart standardbehandling med avseende på deltagarnas generella funktion, positiva symtom och fler dagar med avhållsamhet från alkohol och/eller narkotika under en 12-månadersperiod (Barrowclough et al., 2001).

Beroende på få genomförda studier finns ännu begränsad evidens för specifik farmakologisk behandling för personer med svår psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende av alkohol och/eller narkotika. Aktuella data tyder på att atypiska neuroleptika som klozapin jämfört med äldre antipsykotiska medel och eventuellt andra atypiska preparat kan minska missbruket och förbättra långtidsförloppet när det gäller alkohol, cannabis, kokain och tobak bland personer med schizofreni, eventuellt relaterat till dess förmåga att minska den dysfunktion i hjärnans belöningssystem som uppstått till följd av psykosjukdomen (Green, 2006). Kombinerad behandling med naltrexon kan också vara till hjälp (Green, 2006). Salloum (2005) visade nyttan av det stämningsstabiliserande läkemedlet valproat då skadligt bruk och beroende minskade bland personer med bipolär sjukdom vid behandling med detta preparat.

Trots brister och behov av fler och mer rigoröst designade och genomförda studier pekar tillgängliga data på att personer med samsjuklighet bör erbjudas integrerade insatser som kombinerar psykosociala interventioner och farmakoterapi. Tillsvidare verkar existerande psykosociala och psykofarmakologiska behandlingar som visat sig effektiva för personer utan samsjuklighet fungera även för personer med samsjuklighet för att minska psykiska symtom och missbruk (Tiet & Mausbach, 2007).

Kunskap om och förståelse för den subjektiva upplevelsen av alkoholens och/eller narkotikans roll och väsentliga inslag i återhämtningsprocessen kan få betydelse för hur rehabiliteringen utformas och hur problemen på bästa sätt kan hanteras och behandlas. Patienternas egna erfarenheter kan på så sätt bli en resurs i ett samarbete för att förbättra vården (Velpry, 2008). I en studie visade det sig att samarbete mellan patienten och behandlaren i behandlingsplaneringen kan bidra positivt till patientens förväntningar om förbättring och innebära att patienten lägger större vikt vid egna ansträngningar i behandlingen. Graden av positiva förväntningar kan få betydelse för behandlingsutfallet (Hansson & Berglund, 1987).

Alverson (Alverson, Alverson & Drake, 2000) identifierade fyra positiva "livskvalitetsfaktorer" för att personer med samsjuklighet skulle sluta missbruka: regelbundet deltagande i angenäma aktiviteter, ett anständigt boende, ett kärleksfullt förhållande till en missbruksfri person som accepterar den psykiska sjukdomen och en

positivt värderad relation till en behandlare i psykiatrin. Effektiva behandlingsmetoder behöver samordnas med den naturliga återhämningsprocessen och dess utvecklande av nya relationer, aktiviteter, copingstrategier och identiteter. Stödet bör utformas så att det hjälper individerna att göra avgörande förändringar i sina liv som att finna meningsfulla sysselsättningar, nyktra och drogfria vänner och andra som är inne i en återhämningsprocess. Longitudinella studier som inriktas på den sociala kontexten, den biologiska sårbarheten och kognitiva strategier behöver genomföras för att öka förståelsen för och förebyggandet av återfall (Drake, Wallach & McGovern, 2005). Efter full remission fortsätter risken för återfall i missbruk under många år (Xie, McHugo, Fox & Drake, 2005). Nyckelingredienser för att förebygga återfall är att minska exponeringen för alkohol och narkotika, stödja motivation och självkontroll, lära sig att hantera sug efter alkohol och narkotika och negativa känslor, identifiera tankeprocesser som kan leda till återfall och utveckla en krisplan (McGovern, Wrisley & Drake, 2005).

Vård för personer med samsjuklighet

Huvudmannskapet för vården av personer med samsjuklighet mellan svår psykisk sjukdom och missbruk är i Sverige delat mellan sjukvården och socialtjänsten. Psykiatrin har ansvar för bedömning och behandling av den psykiska sjukdomen och medicinska insatser vid missbruk medan socialtjänsten har huvudansvar för missbruksbehandlingen och stödet till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Misstanke om en svår psykisk sjukdom hos en person som söker för missbruksproblem inom socialtjänsten ska föranleda socialtjänsten att direkt ta kontakt med psykiatrin. Vid misstanke om missbruksproblem ska psykiatrin söka samverka med lämplig instans i socialtjänsten. Psykiatrin och socialtjänsten har således ett gemensamt ansvar för att personer med samsjuklighet får samordnad tillgång till behandling och stöd (Socialstyrelsen, 2007). Även i slutbetänkandet från Nationell psykiatrisamordning betonades att ”kommuner och landsting bör erbjuda personer med missbruk och psykisk sjukdom vård och stöd i integrerade former så att behandlingen för missbruket och de psykiska problemen sker samtidigt”. Vidare att ”insatserna kan ges av integrerade verksamheter men kan också ske genom att verksamheterna samordnar sina insatser. Det avgörande är att insatserna utgår från den enskilda individens behov” (SOU, 2006).

SYFTE

Övergripande syfte

Syftet är att öka kunskapen om förekomsten av riskbruk och ett möjligt skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika och tobak bland personer med psykosjukdom, för att påvisa behovet av screening, rådgivning och behandling. Vidare är syftet att fördjupa förståelsen för upplevelser och erfarenheter av hälsa, livssituation och rehabilitering hos personer med samsjuklighet, som ett led i att förbättra förebyggande och rehabiliterande insatser.

Specifika syften

- Att identifiera riskbruk, indikationer på skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika samt beroende av cigaretter hos personer aktuella i öppen och slutenvård inom en psykosverksamhet och undersöka om det finns skillnader i förhållande till kön, ålder och psykosdiagnos.
- Att i samma population undersöka stabilitet och förändring av alkohol-, narkotika- och rökvanor och om eventuella förändringar har samband med kön och ålder.
- Att undersöka hur personer med samsjuklighet mellan svår psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende upplever dels alkoholens och narkotikans roll för deras hälsa och livssituation och dels vilka mål för behandling och självhjälp som främjar återhämtning.

MATERIAL OCH METOD

Artikel I och II

Vetenskaplig ansats

En kvantitativ forskningsansats har använts för att undersöka förekomsten av riskbruk, indikationer på skadligt bruk eller beroende, alkohol- narkotika- och tobaksvanornas samband sinsemellan och fördelningen på kön, ålder och diagnos. Resultaten ger kunskap om problemets omfattning, fördelning på undergrupper och svårighetsgrad och kan utgöra underlag för planering av insatser för identifiering, rådgivning och behandling.

Kontext

Undersökningen är genomförd i en psykosverksamhet, som erbjuder psykiatrisk öppenvård och slutenvård till en befolkning på cirka 285 000 personer i en urban del av södra Sverige. Större delen av upptagningsområdet består av stadsbebyggelse men utgörs också av några mindre tätorter och landsbygd.

Deltagare

Första delarbetet bygger på en screening-undersökning genomförd under 2001/2002 och andra delarbetet utgör en uppföljande undersökning i samma population 2003/2004 utförda vid alla mottagningar, avdelningar och en rehabiliteringsenhet inom psykosverksamheten.

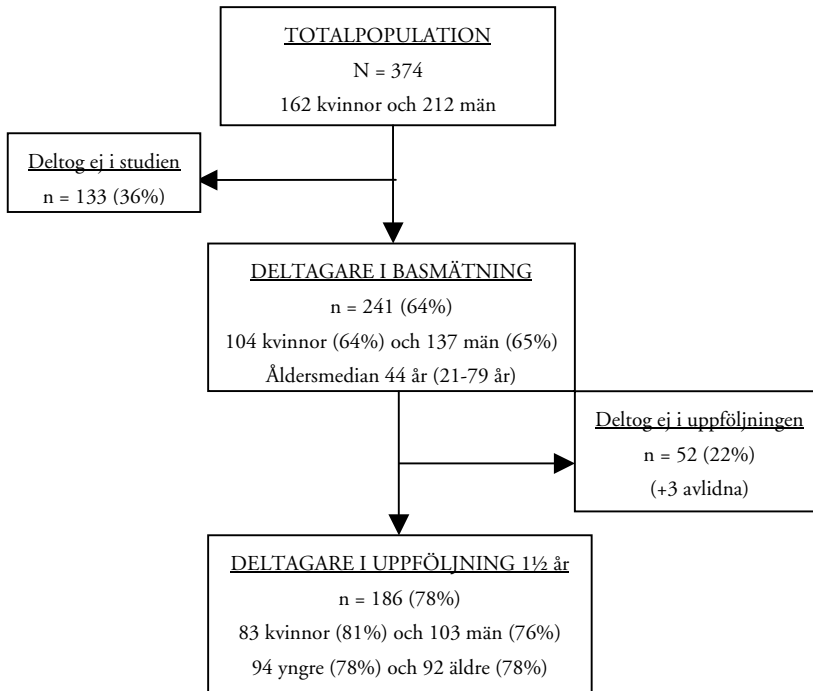
Alla patienter från upptagningsområdet, som under oktober – december 2001 hade en behandlingskontakt i psykosverksamheten och uppfyllde de diagnostiska kriterierna för undersökningen (se nedan), skulle tillfrågas av sin psykiater eller kontaktperson om att delta i undersökningen. Psykosdiagnoserna i enlighet med klassificeringssystemet ICD 10 (WHO, 2008a) hämtades ur journalerna: schizofreni (F 20), bestående vanföreställningssyndrom (F 22), akuta och övergående psykotiska syndrom (F 23), schizoaffectiva syndrom (F 25) och ospecificerad icke-organisk psykos (F 29).

Efter insamling av materialet konstaterades att mindre än halva populationen hade besvarat frågeformulären. Då det visade sig att många som uppfyllde inklusionskriterierna av någon anledning inte hade tillfrågats gavs dessa ytterligare en möjlighet att delta och svarsfrekvensen ökade till 64 procent. I samband med basmätningen tillfrågades deltagarna om de ville delta i en uppföljande screeningundersökning 1 ½ år senare, vilket nästan alla var villiga att göra. Ett och ett halvt till två år senare genomfördes en ny screeningundersökning i samma population. Alla deltagare har givit informerat samtycke till sitt deltagande i studien och den etiska kommittén vid Lunds universitet har godkänt denna (LU 242-01).

De som inte deltog i studien skiljde sig inte från deltagarna avseende kön, ålder eller diagnos. Personalen angav olika skäl till bortfallet: patienten ville inte delta, personalen hade inte haft tid eller hade glömt att tillfråga patienten eller patientens tillstånd medgav inte ett deltagande. Det finns ingen uppgift om hur de uppgivna skälen fördelar sig.

Vid tiden för uppföljningen hade tre deltagare avlidit, en kvinna och två män. Ingen av dem hade haft ett riskbruk eller indikationer på skadligt bruk eller beroende av alkohol, kvinnan hade haft indikationer på narkotikaberoende och en av männen och kvinnan hade haft ett måttligt beroende av cigaretter. Totalpoängen och andelen deltagare som hade poäng över brytpunkten på AUDIT och DUDIT vid basmätningen skilde sig inte åt mellan deltagarna som följdes upp och deltagarna som föll bort vid andra mätningen. Inte heller var det någon skillnad i FTND-poäng eller andelen rökare vid basmätningen mellan dem som följdes upp och dem som föll bort. Däremot var de kvinnliga deltagare, som också deltog i uppföljningen, oftare rökare vid basmätningen än de kvinnor som bortföll (44/83, 53 procent mot 5/21, 24 procent, $p=0.03$). Orsakerna till bortfallet är osäkra. Det saknas specifik och kvantifierbar information om skälen i de flesta fallen. Några deltagare hade avslutat sin kontakt med psykosverksamheten, andra ville inte delta eller hade inte blivit tillfrågade på grund av att det av någon anledning var olämpligt.

Figur 1. Deltagare i basmätningen och uppföljningen



Basmätning och uppföljning

Deltagarna i basmätningen ombads besvara tre frågeformulär (se nedan), antingen med stöd av sin behandlare (vid kognitiva svårigheter) eller självständigt. Vi känner inte till den exakta fördelningen, men huvuddelen fick troligen stöd av behandlaren eftersom det rekommenderades av oss. Forskaren summerade sedan resultaten för varje deltagare och återsände dessa skriftligt till ansvarig psykiater i syfte att vederbörande skulle informera deltagaren och dennes eventuella kontaktperson samt vid behov intervensera. Vi gavs tyvärr inte möjlighet att följa hur återföringen gick till och har därför inga uppgifter *om* och i så fall *hur* denna information har nått deltagaren.

Tiden mellan basmätningen och uppföljningen varierade med en medeluppföljningsperiod av 18 månader (SD 4) och en median på 18 månader (13 – 26 månader). Uppföljningen genomfördes på samma sätt och med samma

instrument. Resultaten av uppföljningen återfördes skriftligt till ansvarig psykiater för vidarebefordran till deltagaren och dennes eventuella kontaktperson.

Mätinstrument

Alkohol-, narkotika- och tobaksvanorna undersöktes vid basmätningen och uppföljningen med hjälp av tre screening-instrument: AUDIT, DUDIT och FTND. Rekommenderade brytpunkter och interventioner beskrivna nedan gäller generellt och är inte specifikt validerade för personer med svår psykisk sjukdom. Resultaten av screening-instrument kan inte översättas direkt till diagnostiska kategorier. Det krävs en klinisk undersökning för att ställa diagnoserna skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller tobak.

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) är ett självrapporteringsinstrument som också kan användas vid en intervju. Det består av tio frågor och ger maximalt 40 poäng. AUDIT har designats för att differentiera olika nivåer av risk och svårighetsgrad och kan också bland de positiva fallen indikera en konsumtion som har utvecklats till ett skadligt bruk eller beroende. Brytpunkten för att identifiera ett riskbruk har befunnits vara ≥ 8 poäng (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). För kvinnor har en något lägre brytpunkt visat sig vara bättre för att fånga ett riskbruk (Bergman & Källmén, 2002); (Reinert & Allen, 2002). Kvinnor har en större känslighet för alkohol och får en högre alkoholhalt i blodet än män vid samma mängd konsumerad alkohol per kilo kroppsvikt. På längre sikt har kvinnor en högre risk för alkoholrelaterade medicinska skador.

Bergman & Källmén (2002) anger tre brytpunkter för olika svårighetsgrader av alkoholbruket: 8-14 poäng, 15-18 poäng och 19-40 för män; 6-12, 13-18 poäng och 19-40 poäng för kvinnor. Något högre brytpunkter används i andra studier, nämligen 8-15, 16-19 och 20-40 poäng (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Room, Babor & Rehm, 2005). Dessa skillnader kan bero på att man i beräkningen har utgått från olika stora "standarddrinkar", 12 gram (Bergman & Källmén, 2002) respektive 10 gram (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Room, Babor & Rehm, 2005) 100-procentig alkohol per glas. Enligt Bergman & Källmén (2002) liksom Claussen & Aasland (1993) indikerar en poäng på 19 eller högre ett troligt beroende. I en studie nyligen bekräftades att personer med 20 poäng och över på AUDIT hade ett alkoholberoende enligt DSM-IV (Donovan, Kivlahan, Doyle, Longabaugh & Greenfield, 2006). Personer med poäng på nivån över första brytpunkten, men under den andra, bör erbjudas en kort intervention i syfte att förebygga risken att utveckla ett skadligt bruk eller beroende, personer med poäng på nästa nivå bör erbjudas en kort intervention och regelbunden kontroll. De som får poäng över den högsta brytpunkten bör bedömas diagnostiskt och vid beroende erbjudas behandling (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001; Room, Babor & Rehm, 2005).

I denna avhandling benämns helnykterhet (0 poäng) ”ickeriskbruk”. Poäng över 0 men under brytpunkterna 6 respektive 8 benämns ”låg riskbruk” och poäng över brytpunkterna benämns ”riskbruk eller skadligt bruk”, på engelska ”hazardous or harmful use”, vilket också inkluderar ett eventuellt beroende.

The Drug Use Disorders Identification Test, DUDIT (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005) består av 11 frågor som korresponderar till frågorna i AUDIT och ger maximalt 44 poäng. Testet avser illegal narkotika och lugnande och smärtstillande mediciner som ofta missbrukas. På baksidan av formuläret finns en lista över ofta förekommande illegal narkotika och lugnande, ångstdämpande och smärtstillande läkemedel. Där finns också en definition för när dessa läkemedel räknas som droger:

- När man tar mer eller oftare än vad som föreskrivits
- Om man tar tabletter för att ha kul, må bra, bli ”hög” eller är nyfiken på vilken effekt de kan ha
- Om man tar tabletter som man har fått från en vän eller släkting
- Om man tar tabletter som man har köpt på svarta marknaden eller har stulit.

Preliminära rekommendationer föreslår en brytpunkt vid ≥ 2 för kvinnor och ≥ 6 för män för att identifiera personer med ”drogrelaterade problem” (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005). De föreslagna brytpunkterna emanerar från T-scores vid 2 standardavvikelser från medianen i undersökningspopulationen i en svensk befolkningsstudie. DUDIT har inte använts i psykiatri tidigare och brytpunkterna får anses vara osäkra. I denna avhandling kategoriseras drogfrihet som ”ickeriskbruk” och poäng över 0 men under brytpunkterna 2 och 6 som ”låg riskbruk”. Poäng över brytpunkterna kategoriseras som ”riskbruk eller skadligt bruk”, vilket också inkluderar ett eventuellt beroende. Personer med poäng över brytpunkterna bör erbjudas diagnostisk bedömning och vid behov intervention utifrån riskbrukets svårighetsgrad.

Fagerstrom Test for Nicotine Dependence, FTND (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerstrom, 1991) består av sex frågor om daglig cigarettkonsumtion och mäter omfattningen av rökning och rökbeteende. Totalt kan man få 0-10 poäng. Resultatet är indelat i ”mycket lågt beroende” (0-1 poäng), ”visst beroende” (2-3 poäng), ”beroende” (4-5 poäng), ”starkt beroende” (6-7 poäng) och ”extremt beroende” (8-10 poäng).

Internt bortfall

Vid basmätningen besvarade några deltagare inte alla tre frågeformulären. Alla 241 deltagarna besvarade FTND, 238 besvarade AUDIT och 234 besvarade DUDIT. Sjuttiofva deltagare hade markerat i AUDIT, att de aldrig drack alkohol (0 poäng) och hade därför inte besvarat resten av frågorna i formuläret. På samma sätt hade 216

deltagare markerat inget bruk i DUDIT. Dessa deltagare fick totalsumman 0 i respektive formulär.

Det saknades svar på en fråga i två AUDIT-formulär respektive i fyra DUDIT-formulär. I ett DUDIT-formulär saknades svar på tre frågor. För att kunna inkludera dessa deltagare i analysen ersattes de saknade värdena med så kallade ”typvärden”, det vill säga det vanligast förekommande värdet.

Tre AUDIT-formulär kasserades eftersom det saknades svar på många frågor.

Statistisk analys

Analysen av data genomfördes med hjälp av SPSS for Windows 10.1 (basmätningen) respektive 12.1 (uppföljningen) (Norusis, 1995). Chi-square-testet användes för att jämföra proportioner och icke-parametriska test, Mann-Whitney U-test eller Kruskal Wallis test för att göra jämförelser mellan poäng. När så var tillämpligt, det vill säga vid små grupper, användes Fisher’s exakt test. Wilcoxon matched pair test användes för att undersöka skillnader mellan basmätningen och uppföljningen. Två multivariata analyser av basmätningen utfördes för att uppnå bättre förståelse för relationen mellan dels ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol kontra ”ickeriskbruk/lågriskbruk” och de oberoende variablerna ålder, kön, rökning och ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika, dels ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika kontra ”icke- riskbruk/lågriskbruk” och de oberoende variablerna ålder, kön, rökning och ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol.

Artikel III och IV

Vetenskaplig ansats

En kvalitativ ansats har använts för att utröna vilken innebörd deltagarna ger olika fenomen som identifierats vara av betydelse för personer med samsjuklighet. Kunskap om dessa fenomen kan öka förståelsen för hur skadligt bruk eller beroende uppstår, vidmakthålls och förändras och vad som främjar återhämtningsprocessen.

Deltagare

Andra delarbetet utgår från en kvalitativ intervjuundersökning utförd 2004/2005 med personer som var patienter vid en liten öppenvårdsenhet inom psykosverksamheten.

De deltog i ett integrerat öppenvårdsprogram, som hade sitt uppdrag såväl från psykiatrin som från socialtjänsten. I programmet tillhandahöll samma team individuellt avpassade och sammansatta insatser för såväl de psykiska som de alkohol- och/eller narkotikarelaterade problemen (Drake, Wallach & McGovern, 2005). Inklusionskriterierna i programmet var svår psykisk sjukdom (psykossjukdom och bipolär sjukdom) och ett samtidigt beroende av alkohol och narkotika samt att tidigare behandling inte hade fungerat tillfredsställande.

Vid intervjustudiens start hade enheten kontakt med 20 patienter. Nio av dessa tillfrågades av sina kontaktpersoner eller psykiater om deltagande i studien och åtta accepterade. Urvalskriteriet var i första hand baserat på deltagarens intresse för att dela med sig av sina erfarenheter. Behandlingsteamet tillfrågade inte personer som man bedömde inte skulle må bra av att delta. Tillsammans gick de igenom ett informationsblad med uppgifter om forskningsstudien och ett skriftligt samtycke om deltagande inhämtades.

Studien var godkänd av den etiska kommittén vid Lunds universitet (LU 763-03) och deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt och att deras konfidentialitet var garanterad (World Medical Association, 2000).

Intervjuer

Åtta deltagare intervjuades vid två tillfällen med några dagars mellanrum. De gavs möjlighet att välja olika alternativa platser för intervjun och alla valde den egna bostaden. De sexton intervjuerna var semistrukturerade djupintervjuer och genomfördes som ett samtal baserat på en i förväg utarbetad intervjuguide (Kvale, 1997). Intervjuguiden byggde på relevant litteratur och forskarnas egna erfarenheter med syfte att täcka in frågor om hur personer med svår psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende av alkohol och/eller narkotika upplever sin hälsa och livssituation som helhet. Guiden innehöll följande aspekter av betydelse för hälsa och livssituation: *självbild, nära relationer, delaktighet, hälsa och sjukdom, behandling och stöd samt betydelsefulla händelser*. Var och en av intervjuerna pågick ostört i cirka 1 – 1½ timme och spelades in på en minidisc. Syftet med den första intervjun var att öppna upp för spontana berättelser om sådant som var näraliggande och betydelsefullt i deltagarnas livsvärld. Vid det andra tillfället eftersträvades att få alla aspekter i intervjuguiden belysta och att få en fördjupad beskrivning av sådant som endast berörts ytligt vid det första tillfället. Alla frågor var öppna och deltagarna ombads att tala om sina erfarenheter och synpunkter generellt. Flera deltagare sade sig vara angelägna om att bidra med sina erfarenheter om de kunde vara till nytta. Intervjuaren transkriberade ordagrant de sexton inspelade intervjuerna.

Fenomenologisk analys

Analysen inleddes med en genomläsning av de sexton intervjuerna, det vill säga varje deltagares båda intervjuer för att få en förståelse för helheten. Därefter sorterades textmaterialet med utgångspunkt i de två specifika fenomen som skulle studeras:

- erfarenheter av alkoholens och narkotikans roll för livssituation och hälsa
- återhämtningsfrämjande mål för behandling och självhjälp

I analysen tillämpades en fenomenologiskt baserad meningskoncentrering, beskriven av Kvale (Kvale, 1997) med hänvisning till Giorgi (1975), i syfte att på ett systematiskt sätt beskriva vad de olika fenomenen hade för innebörd för deltagarna. Data diskuterades mellan forskarna under hela analysprocessen tills konsensus om tolkningarna hade uppnåtts. Det transkriberade textmaterialet indelades i meningsenheter och tolkades i ljuset av hela den intervju som de var en del av. Därefter identifierades subteman, som sammanfördes till några få teman, som alla var uttryck för de fenomen som studerades. Slutligen knöts dessa teman samman i utsagor om alkoholens och narkotikans roll respektive återhämtningsfrämjande mål.

RESULTAT

Artikel I: Riskbruk av alkohol, narkotika och cigaretter – identifikation med hjälp av screening-formulär inom en psykosverksamhet

Av deltagarna vid basmätningen var 57 procent män och 43 procent kvinnor och medelåldern var 45 år (SD 12 år). Kvinnorna var äldre än männen, medelvärde 49 år (SD 12) mot 43 år (SD 12), $p < 0,001$. Medianåldern var 44 år (21 – 79 år), vilken användes som brytpunkt för jämförelser mellan yngre och äldre deltagare. Flertalet deltagare hade en schizofrenidiagnos (70 procent) medan övriga hade en annan psykosjukdom.

Nästan var femte deltagare hade ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol och närmare hälften av dessa hade för kvinnor 13 poäng och för män 15 poäng eller mer, vilket indikerar ett mer problematiskt bruk. Fyra procent hade poäng indikerande beroende. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan könen eller åldersgrupperna avseende alkoholbruk. Yngre män rapporterade oftare ett ”riskbruk eller skadligt bruk” i jämförelse med yngre kvinnor och äldre män.

Nästan var tionde deltagare rapporterade ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika, kvinnorna oftare än männen, men det var ingen skillnad mellan äldre och yngre.

Nästan varannan deltagare var rökare. Det fanns inga skillnader mellan könen eller mellan yngre och äldre i detta avseende. Emellertid hade de yngre kvinnorna högre FTND-poäng både i jämförelse med yngre män och äldre kvinnor.

Sammantaget rapporterade var fjärde deltagare ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol eller narkotika, eller bådadera. Bland dem med ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol hade 14 procent också ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika, medan 30 procent av dem med ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika också hade ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol.

Andelen rökare var högre bland dem med ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika än bland dem med ett ”ickeriskbruk/lågriskbruk”, en skillnad som var signifikant bland kvinnor, äldre och dem med schizofreni. Därtill var dessa oftare ”extremt beroende” av cigaretter.

Tabell 1. Bruk av alkohol (A), narkotika (B) och cigaretter (C) totalt och i relation till kön och åldersgrupp

	Totalt n=238	Kvinnor n=103	Män n=135	År ≤ 44 n=121	År > 44 n=117
A. AUDIT					
”Ickeriskbruk” (0p), n=72	30%	37%	25%	31%	29%
”Lågriskbruk” (kv. 1-5p; män 1-7p), n=123	52%	50%	53%	46%	57%
”Riskbruk eller skadligt bruk” (kv. 6p ≤; män 8p ≤), n=43	18%	13%	22%	22%	14%
(kv. 6-12p; män 8-14p), n=26	11%	7%	14%	12%	10%
(kv. 13-18p; män 15-18p), n=8	3%	3%	4%	4%	2%
(19-40p), n=9	4%	3%	4%	6%	2%
Totalpoäng (0 – 40 p)	3,8±5,6	2,8±5,0	4,7±5,9 [‡]	4,6±6,5	3,0±4,4
B. DUDIT					
”Ickeriskbruk” (0p), n=208	89%	86%	91%	91%	87%
”Lågriskbruk” (kv 1p; män 1-5p), n=6	3%	0%	[§] 4%	3%	3%
”Riskbruk eller skadligt bruk” (kv 2p ≤; män 6p ≤), n=20	9%	14%	[¶] 5%	7%	11%
Totalpoäng (0 – 44 p)	1,0±4,3	1,0±3,7	1,0±4,6	0,8±4,4	1,2±4,1
C. FTND					
Icke-rökare, n=122	51%	53%	49%	49%	52%
Mkt lågt ber. (0-1p), n=19	8%	5%	10%	11%	5%
Visst ber. (2-3p), n=12	5%	4%	6%	3%	7%
Beroende (4-5p), n=27	11%	11%	11%	8%	14%
Starkt ber. (6-7p), n=31	13%	13%	12%	15%	11%
Extremt ber. (8-10p), n=30	12%	14%	12%	14%	11%
Totalpoäng (0-10p)	5,1±2,8	5,6±2,6	4,8±2,9	5,1±3,0	5,2±2,7

* Män hade högre AUDIT-poäng än kvinnor, $p=0,002$.

§ Män hade oftare ett ”lågriskbruk” av narkotika än kvinnor, $p = 0,005$.

¶ Kvinnor hade oftare ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika än män, $p = 0,005$.

Två multipla logistiska regressionsanalyser genomfördes för att nå en bättre förståelse för olika samband. Den ena analysen rörde sambandet mellan ett "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol kontra "ickeriskbruk/lågriskbruk" av alkohol och de oberoende variablerna ålder, kön, rökning och "riskbruk eller skadligt bruk" av narkotika och där fann vi inga samband. Den andra analysen rörde sambandet "riskbruk eller skadligt bruk" av narkotika kontra "ickeriskbruk/lågriskbruk" av narkotika och de oberoende variablerna ålder, kön, rökning och "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol. Oddsens för att kvinnor skulle ha ett "riskbruk eller skadligt bruk" av narkotika var 3,7 (95 % CI 1.3 – 10.5), och för rökare 3,8 (CI 95 % 1.2 – 11.2).

Artikel II: Riskbruk av alkohol, narkotika och cigaretter inom en psykosverksamhet: uppföljning av stabilitet och förändringar 1½ år efter screening

Etthundraåttiosex personer deltog i uppföljningen, lika många yngre som äldre (brytpunkt 44 år = medianåldern vid basmätningen), varav 45 procent var kvinnor.

Andelen deltagare i hela undersökningspopulationen med ett "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol hade inte ändrats från basmätningen till den uppföljande mätningen (tabell 2). Detta berodde huvudsakligen på stabila vanor, men också på att ungefär lika många deltagare hade ändrat sig från ett "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol till ett "ickeriskbruk/lågriskbruk", $n=12$ och vice versa, $n=8$. Flera deltagare förbättrade sina alkoholvanor mellan mätningarna. Ser man till gruppen som vid basmätningen hade haft ett "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol, $n=34$, så hade 1/3 av dessa ett "ickeriskbruk/lågriskbruk" vid uppföljningen.

Nästan lika många slutade röka mellan mätningarna, som började röka. Det fanns inga skillnader i FTND-poäng mellan basmätningen och uppföljningen och inte heller i fördelningen mellan olika FTND-nivåer.

Deltagarna med ett "riskbruk eller skadligt bruk" av narkotika stod för den största förbättringen av sina vanor. I den gruppen förändrade $\frac{3}{4}$ (tolv deltagare av sjutton) sina vanor från ett "riskbruk eller skadligt bruk" vid basmätningen till ett "ickeriskbruk/lågriskbruk" vid uppföljningen (i realiteten drogfrihet). Andelen deltagare med ett "riskbruk eller skadligt bruk" av narkotika i hela undersökningspopulationen halverades från tio till fem procent ($p<0,001$). Minskningen var tydligast bland äldre kvinnor, där sex av sju hade övergått till ett "ickeriskbruk".

Tabell 2. Andel deltagare på olika nivåer av AUDIT och medelvärden vid basmätningen (I) och uppföljningen (II).

AUDIT	Totalt n=178	Kvinnor n=79	Män n=99	År ≤ 44 n=91	År > 44 n=87
	I – II	I – II	I – II	I – II	I – II
”Ickeriskbruk” (0p)	28-35 %	34-46 %	22-26 %	30-33 %	26-36 %
”Lågriskbruk ” (kv. 1-5p; män 1-7p)	53-49 %	54-47 %	52-50%	46-48 %	60-49 %
”Riskbruk eller skadligt bruk” (kv. 6p ≤; män 8p ≤)	19-17 %	11-8 %	25-24%	24-19 %	14-15 %
(kv. 6-12p; män 8-14p)	11-11 %	4-3 %	16-18%	12-11%	8-12 %
(kv. 13-18p; män 15-18p)	3-3 %	4-4 %	3-3%	3-6 %	3-1 %
(19-40p)	5-2 %	4-1 %	6-3%	8-2 %	2-2 %
Totalpoäng (0–40 p) I	4,1±6,0	3,0±5,5	5,1±6,3	5,0±6,9	3,3±4,9
II	3,4±5,3 ^a	2,3±4,9 ^b	4,3±5,5	3,8±5,2	3,0±5,4

a) Gruppen som helhet hade högre poäng vid basmätningen än vid uppföljningen, $p = 0.05$.

b) Kvinnor hade högre poäng vid basmätningen än vid uppföljningen, $p = 0.03$.

Artikel III: Erfarenheter av alkohol och narkotika hos personer med svår psykisk sjukdom och samtidigt skadligt bruk eller beroende

Deltagare i djupintervjustudien

Två kvinnor och sex män mellan 27 och 54 år varav fyra med paranoid schizofreni, tre med bipolär sjukdom och en med schizotyp personlighetsstörningsdiagnos deltog i intervjustudien. Tre deltagare hade ett aktuellt alkoholberoende, tre andra deltagare hade ett skadligt bruk eller beroende av alkohol och ett amfetaminberoende, en deltagare hade ett aktuellt amfetaminberoende och ett skadligt bruk av cannabis och den återstående deltagaren hade ett tidigare skadligt bruk av bensodiazepiner. Deltagarna hade en låg funktionsnivå med 31-50 poäng på GAF-skalan (American Psychiatric Association, 1994), vilket indikerade allvarliga psykiska symtom med viss störning i realitetsprövningen och/eller uttalade störningar av omdöme, tankeförmåga eller sinnesstämning samt allvarliga till uttalade funktionssvårigheter i flera avseenden. Deltagarna försörjde sig genom sjukpenning eller sjukersättning och var arbetslösa. Huvuddelen hade ingen organiserad sysselsättning. Två deltagare bodde i ett särskilt boende, medan de övriga bodde i eget boende. En av kvinnorna var sambo, medan övriga var ensamstående.

Männen hade börjat missbruka i tonåren och kvinnorna i tidig vuxenålder. De ansåg att deras bruk av alkohol och narkotika, som ledde till ett skadligt bruk eller beroende, hängde samman med alkoholens och narkotikans tillgänglighet, missbruk bland viktiga personer i deras omgivning, depression samt hereditet för missbruk. Tre deltagare använde enbart alkohol och en enbart bensodiazepiner, medan övriga hade ett blandmissbruk av amfetamin, alkohol, cannabis, kokain och heroin med amfetamin och alkohol som huvuddroger. Fyra av deltagarna var nyktra och drogfria vid tiden för intervjun eller hade reducerat sitt missbruk radikalt under en period med undantag för några tillfälliga återfall.

Resultat

Alkohol och narkotika hade en både positiv och negativ betydelse för deltagarnas självupplevelse, relationer och psykiska hälsa. Tre teman och tolv subteman framkom i intervjuerna som uttryck för fenomenet: erfarenheter av alkoholens och narkotikans roll (tabell 3).

Tabell 3. Erfarenheter av alkoholens och narkotikans roll: teman och subteman.

Temat	Subteman	
Självupplevelse	<i>Välbefinnande</i> <i>Energi</i> <i>Meningsfullhet</i> <i>Identitet</i>	<i>Obehag</i> <i>Bristande energi</i> <i>Vilsenhet</i> <i>Personlighetsförändring</i>
Upplevelse av relationer	<i>Tillhörighet</i>	<i>Utanförskap</i>
Upplevelse av psykisk hälsa	<i>Minskade symtom</i>	<i>Ökade symtom</i>

Alkoholens och narkotikans roll för självupplevelsen

Deltagarnas självupplevelse präglades mestadels av humörsvägningar, minskad livslust, ångest, överkänslighet, känslomässig utarmning, sömnproblem eller övervikt till följd av den svåra psykiska sjukdomen och livssituationen. Psykotiska symtom medförde att de upplevde en bristande kontroll över sig själva, sin identitet och sina upplevelser och möjligheter.

Åtta subteman framkom som uttryck för alkoholens och narkotikans betydelse för självupplevelsen: Alkoholen och narkotikan bidrog till deltagarnas *välbefinnande*, hjälpte dem att slappna av, att återuppliva sin livslust och blev som en vän i nöden som gav en tillfällig möjlighet till flykt undan svåruthärdliga upplevelser. Å andra sidan ledde bruket av alkohol och/eller narkotika ofta till känslor av *obehag*, smärta

och oro för den fysiska hälsan. En av deltagarna upplevde att narkotikan ökade hans *energi* och höjde hans arbetskapacitet, medan andra deltagare istället upplevde att de hade en *bristande energi* för olika aktiviteter eller hushållssysslor när de var inne i ett missbruk. Alkoholen och narkotikan kunde ha en berikande inverkan och förhöja livskänslan och upplevelsen av *meningsfullhet*, men kunde också bidra till en upplevelse av *vilsenhet* i tillvaron och en känsla av att ha kastat bort sitt liv. Tillhörigheten till en gemenskap där man tillsammans använde alkohol och narkotika upplevdes i några fall stärka den egna *identiteten*. Dock uttryckte många en känsla av maktlöshet inför den bristande självkontroll som beroendet i sig innebar och den *personlighetsförändring* som alkoholen och narkotikan också förde med sig.

Alkoholens och narkotikans roll för upplevelsen av relationer

Att ha en svår psykisk sjukdom hade enligt deltagarna påverkat deras förmåga att fylla sina sociala roller, vilket lett till separationer, ensamliv och barnlöshet. Misstänksamhet och ångest hade komplicerat relationerna till släktingar och andra och resulterat i isolering och svaga nätverk. Några deltagare led av en djup känsla av existentiell ensamhet till följd av den psykiska sjukdomen, en upplevelse av avvisande och av mindervärde. Sjukdomen hade inverkat på deras möjligheter att arbeta, vilket förutom inaktivitet hade medfört ekonomiskt beroende och begränsande omständigheter. Marginaliseringen befästes ytterligare, när deltagarna tvingades att ge upp en del av sin självständighet under långa sjukhusvistelser eller genom att bosätta sig i ett särskilt boende.

Två subteman framkom som uttryck för alkoholen och narkotikans betydelse för deltagarnas upplevelse av sina relationer: Flera deltagare upplevde att alkoholen och narkotikan utgjorde något att samlas kring, som gav dem en *grupp-tillhörighet*. De berättade om, att de i ungdomen varit attraherade av de sammanhang som var associerade med alkohol och narkotika, men hur missbruket efterhand hade försämrat deras relationer till familj och vänner. Samsjukligheten befäste också *utanförskapet* i samhället genom att deltagarna ställdes utanför arbetsmarknaden, vilket innebar att de inte hade någon ingång till naturliga arenor, där människor möts och relationer utvecklas. Skrämmande inre upplevelser liksom erfarenheter från droglivet kunde kvarstå och hindra dem att våga söka nya kontakter.

Alkoholens och narkotikans roll för upplevelsen av den psykiska hälsan

Deltagarnas erfarenhet var att den psykiska sjukdomen inte orsakat eller hade haft någon betydelse för utvecklingen och svårighetsgraden av deras missbruk. Istället upplevde några, att när de var som djupast inne i sin psykotiska värld eller kämpade mot sina psykossymtom, försvann lusten för alkohol och narkotika.

Två subteman framkom som uttryck för alkoholens och narkotikans betydelse för deltagarnas upplevelse av den psykiska hälsan. En deltagare upplevde att alkoholen

minskade symtom i form av tanketrängsel och på så sätt hjälpte honom att tänka klarare. De flesta deltagarna upplevde dock att alkoholen och narkotikan försämrade deras psykiska sjukdom. De beskrev hur deras missbruksdebut en kortare eller längre tid senare följdes av den första psykotiska episoden. Därefter bidrog alkoholen och narkotikan till nya återfall i psykosjukdomen och *ökade symtom*. Försämrade effekt av såväl den farmakologiska som den psykologiska behandlingen och en fördröjd återhämtning från den psykiska sjukdomen kunde också tillskrivas missbruket.

Deltagarnas erfarenheter av alkohol och narkotika var således motstridiga. De kompenserade tillfälligt för brister och dämpade negativa upplevelser av hälsa och livssituation, samtidigt som de skapade nya problem för hälsan och livssituationen.

Artikel IV: Återhämtningsfrämjande mål för rehabilitering och självhjälp – erfarenheter hos personer med svår psykisk sjukdom och samtidigt skadligt bruk eller beroende

Deltagarnas erfarenheter av återhämtningsfrämjande mål för rehabilitering och självhjälp kom till uttryck i två teman, mening och empowerment och sju subteman:

Tabell 4. Erfarenheter av återhämtningsfrämjande mål för rehabilitering och självhjälp: teman och subteman.

Teman	Subteman
Mening	<i>Delaktighet</i> <i>Mindfulness</i> <i>Helhet</i> <i>Värdighet</i>
Empowerment	<i>Stabilitet</i> <i>Symtomkontroll</i> <i>Autonomi</i>

Mening som mål för rehabilitering och självhjälp

”Mening” kan definieras som livets subjektiva värde, unikt för var och en av oss (Frankl, 1968).

Att erbjudas *delaktighet* i varierade, stimulerande aktiviteter, särskilt i sällskap med andra, upplevdes bidra till ett meningsfullt livsinnehåll och en samhörighet, som motverkade upplevelser av ensamhet och isolering. Släktingar och vänner men även kontaktpersoner uppskattades som sällskap i alla sorters aktiviteter.

De flesta deltagarna strävade efter ”*mindfulness*”, det vill säga att vara mer närvarande i nuet, se saker och ting sådana de är och acceptera det man ser (Bishop, 2004). De upplevde att de mognade och återhämtade sig gradvis om de tog en dag i taget och anpassade sig till de omständigheter som de befann sig i. För några bidrog tron på Gud till en upplevelse av hopp. Uthärdande, självtolerans och en förmåga att inte ge upp behövdes under perioder av ökande psykotiska symtom, sug och återfall i missbruk, liksom positiv feedback och uppmuntran.

Kontinuitet, långsiktighet och ett mångfasetterat program med en *helhetssyn* på deltagarens behov upplevdes bäst gynna återhämtningen. Flera deltagare var missnöjda med bristen på integrerad samsjuklighetsbehandling när de hade sökt psykiatri och/eller missbruksvården.

Deltagarna upplevde att personal som lyssnade och avsatte tid för att vara tillsammans med dem bekräftade deras mänskliga *värdighet*. Det var viktigt att bli respektfullt bemött även under perioder av missbruk. Rehabilitering som var avpassad till varje individs specifika behov stärkte egenvärdet. Det var viktigt med en ömsesidig ärlighet i förhållande till kontaktperson och psykiater samtidigt som den personliga integriteten måste respekteras. Att uppleva sig missförstådd undergrävde upplevelsen av värde, liksom att bli tvingad att delta i aktiviteter eller att erbjudas meningslös sysselsättning. Däremot bidrog ett boende av god kvalitet till en upplevelse av mänsklig värdighet.

Empowerment som mål för rehabilitering och självhjälp

Empowerment kan förstås som att ha en möjlighet att nå förståelse för och kontroll över personliga, sociala, ekonomiska och politiska krafter för att förbättra sin livssituation (Fitzsimons & Fuller, 2002). Deltagarnas erfarenhet var, att om de fick hjälp att upprätthålla ordning och reda i yttre avseenden, så bidrog detta till en upplevelse av *stabilitet* i tillvaron. Kontinuitet och periodvis tät kontakt med kontaktpersoner och psykiater förhöjde trygghetskänslan och sågs som en garant för en tillförlitlig behandling. Det var viktigt för en stabil återhämtningsprocess att den fick ta tid och att kontakten inte avslutades i förtid. Regelbundet deltagande i aktiviteter liksom inbokade möten med personalen gav bättre struktur på dagen och en normaliserad dygnsrytm. Slutenvårdsbehandling uppskattades vid allvarlig försämring, genom att deltagarna därigenom stegvis kunde återvinna stabiliteten i en trygg miljö. Särskilt boende upplevdes av några deltagare, som en slags asyl som erbjöd trygghet och stabilitet i vardagen.

Psykofarmakabehandlingen upplevdes bidra till *symtomkontroll*. I några fall nämndes särskilt klozapin som den antipsykotiska medicin som bäst reducerade symtom utan att ge biverkningar. Deltagarna var huvudsakligen positiva till att ta antipsykotika och stämningsstabiliserande medel, när man funnit minsta möjliga effektiva dos (d.v.s.

minsta möjliga symtom med minsta möjliga biverkningar). En förtroendefull relation till rehabiliteringsteamet var nödvändig för att uppnå detta mål liksom en flexibel och tillgänglig service med kvalificerad bedömning och behandling. De flesta deltagarna upplevde, att de ofta fick ökade psykosymtom, när de hade återfallit i missbruk. För att ta kontroll över sitt missbruk krävdes beslutsamhet för att hantera suget efter alkohol och/eller narkotika, men även ett deltagande i aktiviteter med lustfyllda upplevelser tillsammans med andra eller på egen hand. Några deltagare använde disulfiram för att kontrollera sitt alkoholintag och en deltagare upplevde att klozapin minskade hans amfetaminsug. Några deltagare ansåg också att bensodiazepiner reducerade suget efter andra psykoaktiva substanser.

Färdighetsträning för att kunna bli självständig och ta hand om sig själv och sitt liv ansågs vara en väsentligt för att stärka *autonomin*. Att göra saker på egen hand var utvecklande. Självkänedom med insikt i egna styrkor och svagheter och att känna igen tidiga tecken på hotande återfall i psykos eller missbruk stärkte också autonomin. I exceptionella fall, när deltagarna var oförmögna att ta hand om sig själva, var deras erfarenhet att det var nödvändigt med slutenvårdsbehandling, men det var viktigt att vården var frivillig. En deltagare som bodde i särskilt boende upplevde sig autonom och inte som en patient.

Deltagarnas erfarenhet var således, att en rehabilitering och självhjälp som var meningsskapande och stärkte deras empowerment gav dem motivation och resurser att ta aktiv del i sin återhämtningsprocess.

DISKUSSION

Metoder

Screening-undersökningen

Vi har i denna undersökning av förekomsten av alkohol- narkotika och tobaksvanor valt ett formulärbaserat arbetssätt med de tre väletablerade screening-instrumenten AUDIT, DUDIT och FTND. Förutom en kartläggning av förekomsten ger dessa formulär också viss vägledning till patient och behandlare om brukets mönster och svårighetsgrad. Som komplement kan biologiska test användas vid en mer omfattande konsumtion, men biomarkörer kan sällan avslöja riskbruk. Wolford med medarbetare (Wolford et al., 1999) visade att självrapporteringsinstrument var överlägsna medicinska undersökningar, laboratorietest och närståenderapporter i att identifiera missbruk/beroende hos personer med svår psykisk sjukdom, även om också självrapporterade data hade en begränsad sensitivitet. En annan fördel med dessa frågeformulär är att beslutsunderlaget inhämtas i ett samarbete mellan patienten och behandlaren och därför kan ge underlag och idéer till båda parter om vad som behöver göras. En ordentlig kartläggning kan fungera som hjälp till självhjälp och vara motivationshöjande för en förändring av vanorna oavsett svårighetsgraden.

De rekommenderade brytpunkterna för ”riskbruk eller skadligt bruk” i AUDIT och DUDIT är lägre för kvinnor, vilket för AUDIT motiveras med kvinnors större känslighet för alkohol. Dessa brytpunkter är validerade i flera stora studier i populationer med olika karakteristika (Bergman & Källmen, 2002; Reinert & Allen, 2002). Man har inte på motsvarande sätt kunnat visa på skillnader mellan könen när det gäller effekten av andra psykoaktiva substanser. De brytpunkter som rekommenderats i DUDIT är preliminära och bygger på erfarenheter från ett svenskt befolkningsmaterial (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005). Brytpunkten för män är i DUDIT högre än för kvinnor. Resultatet i vår studie, att kvinnor i större utsträckning har ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika, kan därför diskuteras. Man kan också diskutera lägre brytpunkter för ”riskbruk eller skadligt bruk” i AUDIT för personer med schizofreni på grund av en trolig större känslighet för alkohol än i befolkningen i allmänhet. I flera studier har en snabbare skadeutveckling

vid bruk av psykoaktiva substanser bekräftats bland personer med psykosjukdom (Degenhardt & Hall, 2001a; Drake, Mueser, Clark & Wallach, 1996; Mueser, Drake & Wallach, 1998). Av samma skäl skulle en generell sänkning av brytpunkterna i DUDIT kunna vara motiverad, men måste prövas i fler studier. Med lägre brytpunkter skulle andelen med ”riskbruk eller skadligt bruk” av såväl alkohol som narkotika ha varit högre i vår undersökning. I en australiensisk studie visade det sig att trettiofyra procent av personer med schizofreni hade ett missbruk/skadligt bruk eller beroende av alkohol mätt med en strukturerad diagnostisk intervju, CIDI (the Composite International Diagnostic Interview). Deltagarna fick också svara på AUDIT och det visade sig att vid en brytpunkt på 8 eller mer identifierade AUDIT med stor sensitivitet (87 procent) och specificitet (90 procent) missbruk/skadligt bruk eller beroende (Dawe, Seinen & Kavanagh, 2000), vilket stärker hypotesen om en snabbare skade- och beroendeutveckling hos personer med schizofreni.

Sannolikt skiljde sig inte bruket av alkohol, narkotika och tobak åt mellan dem som var aktuella i behandling under de två månader som screening-undersökningen pågick och dem som var i behandling resten av året. Dock, med en svarsfrekvens på 64 procent vid basmätningen, finns en viss osäkerhet om hur representativa de rapporterade vanorna är för hela populationen i behandling på enheten. Vi har information om att kön, ålder och diagnos hos icke-deltagarna inte skiljde sig från deltagarnas. Bortfallet har av personalen rapporterats bero dels på att personalen inte frågat på grund av glömska, tidsbrist och en bedömning att deltagande var olämpligt dels på aktiva beslut av icke-deltagarna själva, men vi har inte kännedom om frekvensen av olika skäl. Svarsfrekvensen får ändå anses acceptabel med tanke på svårigheten att engagera svårt sjuka och funktionshindrade personer att delta i undersökningar. Resultat i undersökningar av denna typ är beroende av yttre omständigheter såsom kultur, policy och lagstiftning, vilket är av betydelse för i vilken utsträckning resultaten kan generaliseras till andra situationer, miljöer och tider. Därför måste resultatens giltighet i en annan kontext prövas utifrån en analys av i vilken grad förutsättningarna överensstämmer med den ursprungliga kontextens omständigheter.

En omständighet, som möjligen kan ha påverkat screeningundersökningarnas resultat, är att det var deltagarnas egna behandlare, som i de flesta fallen ställde frågorna i frågeformulären och som sedan skulle informera dem om resultatet samt vid behov intervensera. Många deltagare hade fleråriga och förtroendefulla kontakter med sina behandlare, vilket sannolikt ökar tillförlitligheten i självrapporteringen. Samtidigt kan det icke-anonyma förfarings sättet ha väckt en viss tvekan hos några deltagare att rapportera riskfyllda vanor av osäkerhet om detta skulle kunna påverka kontakten negativt. Särskilt gäller detta bruk av narkotika, som är förbjudet enligt lag. Möjligen har detta bidragit till att några inte rapporterade sina verkliga vanor, vilket kan ha minskat andelen med ett ”riskbruk eller skadligt bruk”. Vi bedömde ändå att detta

förfaringssätt skulle öka svarsfrekvensen och antalet fullständigt ifyllda frågeformulär, då bristande koncentration och andra kognitiva funktionsnedsättningar annars hade kunnat hindra en del deltagare att korrekt fylla i formulären på egen hand.

Djupintervju-undersökningen

För att få veta hur personer med svår psykisk sjukdom uppfattar alkoholens och narkotikans roll för sin hälsa och livssituation och vilka mål för rehabilitering och självhjälp, som de upplever främjar återhämtning, har vi använt en kvalitativ metod. Vi har försökt förstå innebörden av fenomenen ur deltagarnas synvinkel och återge nyanserade beskrivningar av dessa komplexa fenomen (Kvale, 1997).

Intervjuerna utfördes av författaren (GC) med lång erfarenhet av arbete inom psykiatri. Hon hade varit med om att starta det team, som studiens deltagare redan vid den tidpunkten var knutna till, men hennes anställning hade upphört ett till två år före intervjuernas genomförande. Således hade intervjudeltagarna och författaren ömsesidig kännedom om varandra sedan tidigare. En fördel för deltagarna kan ha varit att de kunde känna sig trygga att berätta om sina erfarenheter. Deltagarnas iver att dela med sig av sina upplevelser och det omfattande materialet talar för en sådan tolkning. Detta kan å andra sidan även ha medfört att de i viss mån tillrättalade sina beskrivningar. I en undersökning av detta slag krävs en balans mellan att forskaren så långt möjligt både förhåller sig kritisk till sin förförståelse och har en förkunskap om de fenomen som undersöks. Författaren kan med sin förförståelse ha bidragit till en större känslighet för nyanser och dimensioner i intervjuerna och i analysen än vad en intervjuare utan kännedom om denna samsjuklighet skulle ha kunnat ha. Förförståelsen kan å andra sidan ha dämpat forskarens nyfikenhet under intervjuerna och skapat "blinda fläckar" under analysprocessen. Dessa för- och nackdelar övervägdes och fördelarna med att GC skulle göra intervjuerna bedömdes överväga. I analysprocessen har i första hand bihandledaren, men även huvudhandledaren medverkat i de olika analysmomenten för att kontinuerligt bekräfta tolkningarna och på så sätt stärka tillförlitligheten. Det relativt rikliga återgivandet av rådata i form av citat ur intervjuerna har också lagts in för att göra det möjligt för läsaren att själv värdera tolkningarnas relevans.

Man kan diskutera om antalet intervjuer är tillräckligt stort för att ge en mångsidig och nyanserad beskrivning av de studerade fenomenen, men det rika material som intervjuerna frambringt både kvalitativt och kvantitativt talar för detta. När sexton intervjuer hade genomförts, det vill säga två per deltagare, bedömdes att materialet i tillräcklig utsträckning gav svar på våra frågor om innebörden i de fenomen, som vi ville undersöka. Ett större antal deltagare skulle ha kunnat medföra att materialet som helhet hade blivit svåröverskådligt och analysen yttlig. En bedömning av, om vunna kunskaper i denna djupintervjustudie kan vara giltiga för andra sammanhang och personer, är inte beroende av antalet deltagare utan snarare av hur väl de olika

fenomenens karakteristika och essens har kommit till uttryck. Tillämpbarheten av resultaten i andra kontexter måste utgå från en bedömning av likheter och skillnader mellan populationerna (Malterud, 1998).

Med beaktande av ovan nämnda metodologiska omständigheter bör resultaten i de fyra delarbetena ändå anses giltiga för de deltagare som undersökts, men bör bekräftas i ytterligare studier och för att stärka tillämpningen på andra populationer.

Huvudresultat

Var fjärde deltagare hade ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol och/eller narkotika och varannan var tobaksberoende

Detta är den första screening-undersökningen av ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol och narkotika som genomförts i psykosvården i Sverige. Endast ett fåtal studier har genomförts med denna ansats internationellt bland personer med psykosjukdom liksom vid andra psykiatriska tillstånd (Barnaby, Drummond, McCloud, Burns & Omu, 2003; Dawe, Seinen & Kavanagh, 2000; Hulse, Saunders, Roydhouse, Stockwell & Basso, 2000). Våra resultat visar att tjugofem procent av deltagarna hade ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol och/eller narkotika. Detta innebär att identifiering av detta bruk och intervention bör utgöra ett självklart fokus i det dagliga patientarbetet. Likaså bör det uppmärksammas vid all verksamhetsplanering i psykiatrin, för resurstilldelning och utbildningsinsatser. I den allmänna befolkningen är ett skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika vanligare bland män än bland kvinnor (CAN, 2007). I vårt material fanns inte någon könsskillnad med avseende på ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol. Däremot hade kvinnorna oftare ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika än männen, ett resultat som kan bero på den stora skillnaden mellan de preliminära brytpunkterna i DUDIT för män och kvinnor. Dessa brytpunkter bör analyseras närmare och valideras i en ny studie av vanorna i en psykospopulation. Kvinnor i svenska befolkningsmaterial visar sig röka i något större omfattning än män, men i vårt material fanns ingen könsskillnad avseende rökning (CAN, 2007).

Jämfört med en av de få studier som har genomförts med AUDIT bland personer med psykosjukdom är andelen med ett ”riskbruk eller skadligt bruk” lägre i vår undersökning (Hulse, Saunders, Roydhouse, Stockwell & Basso, 2000). I den studien hade 46 procent av patienterna med psykosjukdom på en psykiatrisk vårdavdelning ett ”riskbruk eller skadligt bruk”. Förekomsten kan förväntas vara högre i slutenvård

än i öppenvård varför resultaten inte är helt jämförbara med vår studie som genomförts i såväl öppen som sluten vård.

I Sverige har två studier av alkoholvanorna med hjälp av AUDIT nyligen genomförts i öppenvårdspsykiatri, dels i Västerbotten (Nordström & Winberg, 2007) och dels i Uppsala/Lund (Öjehagen & Nordström, 2006). I båda fann man att cirka 25 procent av patienterna hade ett riskbruk. Deltagarna i dessa studier hade i liten utsträckning en psykosjukdom. Förekomsten av ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol i vår undersökning är densamma som i befolkningen som helhet, för kvinnor tretton procent jämfört med femton procent och för män tjugotvå procent jämfört med tjugoen procent i befolkningen. För den som har en psykosjukdom kan dessa vanor dock snabbare få mer omfattande skadliga konsekvenser. Samtidigt var en mycket större andel av deltagarna i vårt material nykterister jämfört med befolkningen som helhet, kvinnor trettiosju procent jämfört med tretton procent och män tjugofem procent jämfört med nio procent (Bergman & Källmen, 2002).

Vi har inte funnit några studier som har undersökt prevalensen av narkotika med DUDIT bland personer med psykosjukdom. Förekomsten av riskfyllt narkotikabruk bland kvinnor var i denna undersökning betydligt högre än i den svenska befolkningen (fjorton procent jämfört med en procent) och tenderade att vara vanligare även bland männen (fem procent jämfört med två procent) (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005). Vi vet inte vilka psykoaktiva substanser, som deltagarna har använt. I första hand bland ungdomar är rekreationellt bruk av till exempel hasch och ecstasy relativt utbredd. Att använda cannabis istället för alkohol vid festliga tillfällen betraktas som harmlöst i vissa kretsar, trots att det är olagligt. Detta bruk av narkotika måste dock anses som ett ”riskbruk eller skadligt bruk” även om merparten av de ungdomar, som har prövat cannabis i vuxen ålder slutar på egen hand (Lundqvist, 1996), särskilt med tanke på den ökade risken för insjuknande i schizofreni (Hall & Degenhardt, 2008; Moore et al., 2007). Lugnande läkemedel och sömnmedel, så kallade bensodiazepiner, är beroendeskapande och klassade som ”lättare narkotika” (Läkemedelsverket, 1997). Förskrivningen har stramats upp med noggrannare undersökningar och rekommendationer om kortare förskrivningstider, vilket har lett till att detta bruk har minskat (WHO, 1996). Många patienter är dock inte medvetna om att ett beroende av dessa preparat kan uppkomma även om man i det närmaste följer ordinationen, ett så kallat lågdosberoende. Symtom på beroende kan visa sig i form av ångest, panikattacker, depressiva besvär och besvär av typ social fobi. Bakgrunden är en toleransökning som inte motsvaras av en tillräcklig dosökning (Johansson & Tönne, 1992). Patienter som behandlas för smärta med analgetika kan också bli beroende av dessa läkemedel. Höga doser av smärtstillande medel kan göra patienterna känslomässigt labila och avtrubbade, rastlösa och uppvarvade. En screening med hjälp av DUDIT kan ge patienterna information om det finns skäl att förändra vanorna. Bensodiazepiner och alkohol påverkar delvis samma signalsubstanser i hjärnan (GABA-systemet) och man kan därför indirekt förstärka

effekterna av bensodiazepiner med alkohol, vilket kanske inte alla patienter är medvetna om (Johansson & Wirbing, 2005).

Rökning är betydligt vanligare i psykospopulationer än i befolkningen som helhet (de Leon, Diaz, Rogers, Browne & Dinsmore, 2002; McCloughen, 2003), vilket även bekräftades i denna studie, vars resultat överensstämde med en annan svensk studie med FTND bland personer med schizofreni (Bejerot & Nylander, 2003). De som rökte i vår studie hade oftare narkotikarelaterade problem än icke-rökarna. Man vet att rökning kan ha betydelse för utvecklandet av ett "riskbruk eller skadligt" bruk av alkohol och narkotika (Williams & Ziedonis, 2004). Dock gällde detta samband inte för alkohol i vår studie. En stor del av den tre gånger förhöjda dödligheten bland personer med schizofreni kan hänföras till missbruk av psykoaktiva substanser, särskilt cigarettökning (Brown, Inskip & Barraclough, 2000). Medan det allmänna hälsoläget i den svenska befolkningen blir allt bättre, kan man inte se samma förbättring bland personer med svåra psykiska sjukdomar. Kardiologiska sjukdomar, cancer, lungsjukdomar, diabetes, infektionssjukdomar, tandsjukdomar kan alla på olika sätt kopplas till en livsstil med "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol och narkotika samt tobaksberoende (Andréasson & Allebeck, 2005; Dickey, Normand, Weiss, Drake & Azeni, 2002; Ottosson, 2004). Hos personer som medicinerar med typiska antipsykosläkemedel är förekomsten av biverkningar, bland annat akatysi vanliga. Nikotin har visat sig minska förekomsten av akatysi. Ett byte till atypiska antipsykosläkemedel, som mindre ofta ger akatysi, skulle därför underlätta för patienterna att sluta röka (Barnes et al., 2006).

Våra resultat avseende bruk av alkohol, narkotika och tobak är påverkade av olika omständigheter i vårt land. Förekomsten av ett lägre "riskbruk eller skadligt bruk" i vår studie speglar sannolikt en internationellt sett lägre förekomst i befolkningen som helhet. Inom Sveriges gränser finns också lokala skillnader, till exempel kan det sociala omhändertagandet och kontrollen i storstäder vara sämre än på mindre orter, somliga psykoaktiva substanser är vanligare i vissa områden och tillgängligheten är större i vissa regioner än i andra (CAN, 2007). Även behandlingsutbudet kan påverka förekomsten. Sverige har en mer omfattande social välfärd och medicinsk vård än exempelvis USA, där många studier visat att mer än varannan person med svår psykisk sjukdom också har en beroendesjukdom under sin livstid. Deltagarna i denna studie fick sin behandling i en psykosverksamhet med psykosmottagningar, slutenvårdsavdelningar och rehabiliteringsenheter, vilket talar för en fungerande vårdkedja.

Syftet med att göra screening-undersökningar av bruket av alkohol, narkotika och tobak i verksamheter, som inte har beroendevård som sitt främsta uppdrag, är att öka medvetenheten hos såväl personal som patienter om en eventuell förekomst av "riskbruk eller skadligt bruk". Varken sjukvårdspersonalen eller patienterna själva är

alltid medvetna om vad som kan betraktas som ett "riskbruk eller skadligt bruk" av framförallt alkohol, men också narkotika. Inte heller att ett sådant kan inverka negativt dels på det sjukdomstillstånd som patienten behandlas för, dels öka risken för en beroendeutveckling. Ett starkt skäl för att screena för "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol, narkotika och tobak i psykosvården är att identifiera riskfyllda vanor i ett tidigt skede för att kunna förebygga ett försämrat sjukdomsförlopp med bl.a. återfall i akuta psykostillstånd, fler slutenvårdsvistelser, sämre fysisk hälsa, försämrade sociala förhållanden och skadligt bruk eller beroende av alkohol och/eller narkotika. Våra resultat talar för att det är lika angeläget att screena för "riskbruk eller skadligt bruk" bland kvinnor som bland män och bland yngre som bland äldre personer med psykosjukdom.

Flera deltagare med ett "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol och narkotika förbättrade sina vanor

En tredjedel av deltagarna med ett "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol vid basmätningen förändrade sina vanor till ett "ickerisk/lågriskbruk" vid uppföljningen. En större andel (3/4) av dem med ett "riskbruk eller skadligt bruk" av narkotika hade slutat använda narkotika och överkonsumerade narkotikaklassade läkemedel vid uppföljningen. Det var tyvärr inte möjligt för oss att få veta om och i så fall hur deltagarna informerats om ett "riskbruk eller skadligt bruk" och om de hade fått någon form av intervention. Förbättringarna kan ha skett efter det att deltagarna hade fått information om resultatet eller som en följd av en intervention eller som en reaktion på screening-undersökningen i sig.

På gruppnivå skedde ingen förändring av alkohol- och rökvanorna – andelen med "riskbruk eller skadligt bruk" av alkohol och tobaksberoende var stabilt densamma efter 1½ år. Det berodde på att ungefär lika många som förbättrade sina alkohol- och rökvanor, försämrade dem. Psykosjukdomar är långvariga och fluktuerande tillstånd och patienternas engagemang i rehabiliteringen kan skifta från tid till annan. Det kan också hända att negativa livshändelser ökar bruket, vilket kan få till följd att man missköter eller avbryter psykosmedicineringen och ytterligare ökar sin alkoholkonsumtion för att man mår sämre. Den kraftiga konsumtionsökningen av alkohol under början av 2000-talet kan också ha påverkat vissa deltagares konsumtion.

När det gäller narkotikabruket skedde en tydlig förbättring i populationen som helhet. Förändringen var störst bland kvinnorna, liksom i en studie som mätt skillnaden mellan könen avseende reduktion av en omfattande alkoholkonsumtion (Sanchez-Craig, Spivak & Davila, 1991). Vi kan bara spekulera i vad som låg bakom att förekomsten av "riskbruk eller skadligt bruk" av narkotika halverades, men kanske

betraktas ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika som ett allvarigare problem än riskfyllda alkohol- och rökvanor av både personal och deltagare. Kanske har man därför varit mer benägen att agera för att förändra och förebygga riskfyllda vanor.

Alkohol och narkotika hade en starkt positiv betydelse men fick också tydliga negativa konsekvenser

Deltagarna i djupintervjustudien upplevde att den försämrade livssituation som hängde samman med den psykiska sjukdomen kunde förändras till det bättre i flera avseenden med hjälp av alkohol och narkotika. En del av de problem som följde på den psykiska sjukdomen upplevdes vara direkta symtom på sjukdomen, men i huvudsak upplevdes dessa vara en följd av en försämrad situation psykologiskt, existentiellt och socialt. Det är väl känt, att personer som drabbas av svåra psykiska sjukdomar med därtill hörande funktionsnedsättningar upplever en försämrad livskvalitet (Hansson, 2006) och ett minskat inflytande över sin livssituation (Hansson et al., 2002). De behöver, men saknar ofta stöd i olika avseenden, vilket kan leda till ensamhet och isolering, sysslolöshet, begränsade ekonomiska förhållanden, svårigheter att sköta ett hushåll och behålla en bostad samt ett utanförskap i familj och samhälle (Compton, Weiss & West, 2005). Deltagarna upplevde att alkoholen och narkotikan inte ändrade på dessa förhållanden, men kunde tillfälligt dämpa reaktionerna på omständigheterna i form av ångest, olust och känslor av övergivenhet och mindervärde. Gruppgemenskapen med andra som missbrukade och de aktiviteter, som kan knytas till införskaffande och hantering av alkohol och/eller narkotika skapade ett innehåll i vardagen för några deltagare. Här var man efterfrågad i en krets av personer med liknande erfarenheter av att leva i samhällets marginal.

När alkohol och narkotika blir mer lättillgängligt kommer allt fler personer att ha möjlighet att missbruka, inklusive personer med funktionsnedsättningar och en begränsad ekonomi. Att alkoholen och narkotikan av deltagarna upplevdes kompensera för många brister och förluster i livet motiverade dem att fortsätta missbruket för att höja livskvaliteten också sedan de negativa konsekvenserna hade gett sig tillkänna. Det är ett generellt fenomen bland personer med beroende att förväntningarna på alkoholens och narkotikans positiva effekter lever kvar långt efter att dess negativa verkningar har börjat uppträda (Weiss & Koob, 2001). I detta skilde sig inte deltagarna från andra med missbruksproblem. Ambivalensen i förhållande till alkoholen och drogerna framträdde ännu tydligare hos dem än hos personer utan psykosjukdom.

I likhet med olika hypoteser som formulerats om bakgrunden till den förhöjda frekvensen av missbruk bland personer med svår psykisk sjukdom, hade således deltagarna erfarenheter av alkoholen och narkotikan som ett substitut för

psykologiska, existentiella, sociala och biologiska brister. *Dysförilindringshypotesen* hävdar att eftersom personer med svår psykisk sjukdom är särskilt utsatta för att må dåligt eller känna olust, använder de i större utsträckning tillgängliga psykoaktiva substanser för att minska illabefinnandet (Bartels & Drake, 1988). Alkoholens och narkotikans förmåga att väcka livslusten och dämpa smärtan kan bidra till hanteringen av våra känsloupplevelser och förluster kopplade till den psykiska sjukdomen (Green, Noordsy & Brunette, 2008). *Självmedicineringshypotesen* (Khantzian, 1997) hävdar att psykoaktiva substanser utifrån sina specifika egenskaper används för att dämpa symtom på olika psykiska sjukdomar. I denna studie skulle det handla om att självmedicinera psykosymtom, dock upplevde endast en deltagare att en psykoaktiv substans (alkohol) minskade hans psykotiska symtom (tanketrängsel). Man skulle även kunna formulera en *subkulturshypotes* för att förklara den förhöjda frekvensen: när utanförskapet till följd av den psykiska sjukdomen är ett faktum, söker många en ny grupp där medlemmarna kan uppleva att de tillhör en gemenskap vid sidan av det omgivande samhället med gemensamma normer, erfarenheter och aktiviteter som avviker från den större kulturen. Svensson beskriver den narkomana världen som en värld med socialitet, men utan solidaritet (Svensson, 1996). Ingen av dessa hypoteser om den ökade frekvensen har emellertid var för sig något stort vetenskapligt stöd, delvis beroende på att området ännu är lite beforskat (Mueser, Drake & Wallach, 1998). Tillsammans utgör de dock en biopsykosocial bakgrund (Brunette, Mueser, Xie & Drake, 1997) till utvecklingen av skadligt bruk och beroende hos personer med samsjuklighet med tillägg av en existentiell aspekt. Frankl hävdar, att när livet förlorar mål och riktning, t.ex. vid en svår kris, uppstår ett existentiellt vakuum, som genast fylls av något annat som kan ge (omedelbar) tillfredsställelse (Frankl, 1968).

Initialt var det andra skäl än att finna substitut för förlusten av ett verksamt och meningsfullt liv som gjorde att deltagarna började använda alkohol och/eller narkotika: lättillgänglighet, personliga förebilder som missbrukade, sökandet efter en tydligare identitet och en allmän nedstämdhet. De flesta hade brukat alkohol och/eller narkotika innan de insjuknade i den psykiska sjukdomen. Flera förväntade sig också att den psykiska sjukdomen skulle minska och så småningom upphöra när de slutade missbruka. Andra menade dock att båda tillstånden nu var etablerade tillstånd som krävde sina särskilda åtgärder. Såväl svåra psykiska sjukdomar som beroendesjukdomar är tillstånd som utvecklas gradvis utan någon klar debut. När det sammansatta problemet väl har uppstått, har det inte längre någon betydelse vilket som kom först, utan då måste den rehabilitering som erbjuds fokusera på båda tillstånden samtidigt (Mueser, Drake & Wallach, 1998). Däremot kan deltagarnas erfarenheter av att alkohol och narkotika fanns med tidigt i processen understryka vikten av att undersöka förekomsten av ”riskbruk eller skadligt bruk” hos personer som nyligen insjuknat i psykosjukdom (Barnett et al., 2007).

För deltagarna i intervjustudien innebar samsjukligheten att hälsan var svårt hotad. Deras försök att kompensera för bristerna med hjälp av alkohol och/eller narkotika, hade för de flesta visat sig vara en återvändsgränd, som skapade fler problem än de löste. Alkoholen och narkotikan gav för det mesta mer obehag än välbefinnande, dränerade energin, ökade vilsenheten, suddade ut identiteten, ökade symtomen och förstärkte utanförskapet. Alkoholens och narkotikans positiva inverkan på livskvaliteten motverkades av att missbruket också bidrog till att känslan av sammanhang i tillvaron bröts ner (Antonovsky, 1996). Förmågan att forma en fungerande vardag försämrades och ökande psykosymtom innebar svårigheter att tolka verkligheten på ett konstruktivt sätt. Relationerna till viktiga närstående försämrades och sammanhang där deltagarna upplevde ett ömsesidigt givande och tagande upphörde. Skälen att berusa sig allt oftare ökade när livet föröddes och innebar i flera fall att ett beroende successivt utvecklades. De motsägelsefulla erfarenheterna födde en ambivalens inför alkoholens och narkotikans vara eller icke-vara i deras liv. Missbruket, som kortsiktigt löste problem för den som trodde sig sakna en meningsfull framtid, skapade i längden allt större problem. Hade deltagarna haft färdigheter att skaffa sig välbefinnande, energi, identitet, meningsfullhet och en grupptillhörighet på annat sätt hade de inte behövt använda alkohol eller narkotika. Hos vissa fanns en oro för att livet skulle bli tomt och meningslöst utan alkohol och narkotika. De levde hellre ett mörkt liv, som lystes upp av ljusa stunder, än ett liv i ständig gråhet (Svensson, 1996).

Ur deltagarnas perspektiv kan därför missbruksbeteendet ses som ett förståeligt, om än missriktat, försök att hantera sin hälsa och livssituation. Ur ett preventivt och rehabiliterande perspektiv bör det vara viktigt att vara medveten om dessa motiv för alkohol- och narkotikabruk och att visa på andra strategier att hantera stress, ingjuta hopp, erbjuda gemenskap och meningsfulla aktiviteter (Laudet, Magura, Vogel & Knight, 2004).

Mening gav drivkraft och empowerment gav förmåga till återhämtning

Flera av deltagarna hade minskat eller slutat använda alkohol och narkotika, men det var inte tillräckligt för att främja hälsa i vid bemärkelse, det vill säga ”optimal fysisk, psykisk och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och skröplighet” (WHO, 1948).

Antonovsky (1996) har lanserat en teori om främjande av hälsa som ett komplement till prevention och behandling av specifika sjukdomstillstånd. Han hävdar att det faktum, att vi alla ska dö en gång gör att det i längden inte är möjligt att undvika risker och att bota sjukdomar, utan att det är mer realistiskt att se oss alla någonstans längs ett hälso-/sjukdomskontinuum. Vi måste därför ställa den salutogena frågan

”Hur kan vi förstå människors rörelse i riktning mot hälsopunkten av kontinuumet”? Följden av denna fråga är att den som vill främja hälsa måste bry sig om personen med hela hans eller hennes komplexitet och inte enbart fokusera på sjukdomen.

Deltagarnas beskrivning av byggstenarna i en återhämtningsprocess sammanfaller väl med de salutogena faktorerna i Antonovskys teori om hälsa. Enligt den salutogena teorin har alla människor ett behov av en känsla av sammanhang i sitt liv, vilken gör det möjligt att framgångsrikt möta och hantera de inbyggda stressorerna i allt mänskligt liv. Deltagarna i vår studie efterfrågade insatser och förhållningssätt, som gjorde deras tillvaro hanterbar, begriplig och meningsfull. När de beskrev sina erfarenheter av framgångsrik rehabilitering och självhjälp, berättade de om meningsskapande faktorer, som gav dem motivation att ta aktiv del i sin återhämtningsprocess. Det handlade om ett eget förhållningssätt präglad av mindfulness, att de blev bemötta som värdiga individer av personalen och att de fick ta del av gemensamma aktiviteter. De beskrev också vikten av att rehabiliteringen och självhjälpen syftade till empowerment och därigenom gav dem en förmåga att ta aktiv del i sin återhämtningsprocess. Det förutsatte insatser som stärkte stabiliteten i tillvaron, såsom aktiviteter som gav struktur till dagar och veckor, långsiktiga kontakter med personalen och inläggning i slutenvård när förmågan att hantera vardagen brustit. Det behövdes också medicinska och psykosociala behandlingsinsatser som minskade psykossymtom och alkohol- och narkotikakonsumtion och därigenom förbättrade verklighetsförankring och kognitiv förmåga. Med hjälp av färdighetsträning liksom terapier och andra insatser som ökade självkännedomen stärktes autonomin. Deltagarnas erfarenhet var att återhämtningen främjades av en kombination av insatser som strukturerade vardagsbeteendet, förbättrade den kognitiva förmågan och motiverade dem att bemöda sig om att förändra sin livsstil.

Återhämtning kan ske utan professionell inblandning, men kan också vara en utmaning för professionen, vars uppgift blir att underlätta återhämtning genom att skapa förutsättningar för förändring och stärka känslan av sammanhang. Att förebygga och behandla sjukdom ska då ses som delar i en större strategi, där återhämtning från konsekvenserna av sjukdomen ibland är svårare än tillfrisknandet från sjukdomarna i sig (Anthony, 1993).

Svårigheter att komma tillrätta med problemen kring samsjuklighet har flera bottenar. Problemet omfattning är numera väl känt i forskningen, men har kanske inte nått ut till personalen i tillräcklig omfattning. Deltagarna i intervjustudien hade, fram till att de remitterades till ett team som erbjuder behandling och stöd för samsjuklighet, fått mycket begränsad eller ingen behandling riktad mot missbruket trots att de alla hade ett skadligt bruk eller beroende. Det kan tyda på att man i psykiatin inte hade sett missbruket som ett oberoende problem, utan hade behandlat psykossjukdomen med

förhoppningen att också missbruket då skulle upphöra av sig självt. Detta förhållningssätt saknar vetenskapligt stöd. Istället måste behandlingen av den psykiska sjukdomen kombineras med riktade åtgärder mot missbruket och psykosocialt stöd (Socialstyrelsen, 2007). En kvardröjande moralistisk syn på den som missbrukar kan kanske förklara den ofta avvisande attityden. Å andra sidan kan en alltför överslätande och ”förstående” attityd inför alkohol och narkotika som ”tröst” i en svår situation rättfärdiga passivitet. I undersökningar av vilka skäl personal i sjukvården har till att de inte undersöker och intervenerar mot missbruk anges bristande tid och färdigheter (Geirsson, Bendtsen & Spak, 2005). Möjligen kan en oro för att kränka patientens integritet vara ett hinder för att fråga, vilket synes obefogat då en undersökning i primärvården visade att 80-90 procent av patienterna tyckte att det var viktigt att man i sjukvården frågade om livsstilsrelaterade levnadsvanor, däribland rökning och alkoholkonsumtion (Andréasson & Graffman, 2002). Kanske kan också myten om att samsjuklighetstillståndet skulle vara kroniskt och i princip opåverkligt hindra personal från att bedriva en förändringsinriktad vård (Sowers, 2005).

Det uppdelade huvudmannaskapet utgör ett byråkratiskt hinder och det är vanligt att en samordning av insatserna inte kommer till stånd på ett framgångsrikt och meningsfullt sätt. Frågan om vilket av de båda tillstånden som är det primära problemet har diskuterats mycket i vården och utifrån det svaret har man velat ge ansvaret för behandlingen till antingen socialtjänsten eller psykiatrin. Med utgångspunkt i en rehabilitering som fokuserar på styrkor och återhämtning hos personer med samsjuklighet och som stödjer deras eget deltagande i denna process, skulle missbruksvården och psykosvården istället behöva samarbeta. En gemensam vision om återhämtning som är användbar för alla parter skulle kunna utvecklas och historiska, ideologiska, professionella, strukturella och praktiska barriärer skulle därigenom kunna överbryggas (Corrigan, 2006; Davidson & White, 2007).

SAMMANFATTNING OCH SLUTSATSER

Var fjärde deltagare med psykosjukdom hade ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol och/eller narkotika och varannan hade indikationer på ett tobaksberoende. Den höga andelen med ett ”riskbruk eller skadligt bruk” talar för ett proaktivt förhållningssätt i psykosvården för att förhindra att ett skadligt bruk eller beroende utvecklas. Detta är särskilt angeläget bland nyinsjuknade i psykosjukdom.

Vid uppföljningen efter 1½ år hade 1/3 av deltagarna med ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av alkohol förändrat sina vanor till ett ”ickerisk/lågriskbruk” och 3/4 av deltagarna med ett ”riskbruk eller skadligt bruk” av narkotika hade slutat använda narkotika och överkonsumera narkotikaklassade läkemedel. Dock försämrade ungefär lika många sina alkohol- och rökvanor som förbättrade dem. Frågan om bruk, ”riskbruk eller skadligt bruk” bör ständigt hållas levande i kliniken. Med regelbundet återkommande screening-undersökningar av alkohol-, narkotika- och rökvanor kan man identifiera riskbruk och intervensera tidigt innan allvarigare problem uppstår. En patient med ett identifierat riskbruk bör inte skickas vidare till någon annan behandlare utan det rådgivande och motiverande samtalet fungerar bäst om det förmedlas som en del i den vanliga vården, annars kan det upplevas bli stigmatiserande. Personer med psykosjukdom behöver oftast inte specialiserad beroendevård för att komma tillrätta med ett ”riskbruk eller skadligt bruk”. Chansen att patienten förmår fatta beslut om och förändra sina vanor är sannolikt betydligt större, om det kan ske i samarbete med kända behandlare, som också ser sammanhanget med den psykiska sjukdomen och kan behandla dessa båda tillstånd samordnat. Skulle det visa sig att patienten har ett beroende som kräver specialistbehandling bör behandlingen ske i ett nära samarbete mellan beroendespecialist och behandlaren i psykosverksamheten, så att dessa insatser stödjer varandra. För personal i psykiatri behövs således fortbildningsinsatser om screening och kort motiverande rådgivning samt tid för att rutinemässigt screena och intervensera som en integrerad del i behandlingen.

Deltagarna i intervjustudien upplevde att alkohol och narkotika hade både positiv och negativ betydelse i deras liv: å ena sidan en starkt positiv betydelse för deras välbefinnande, energi, identitet och upplevelse av meningsfullhet och grupptillhörighet, å andra sidan tydliga negativa konsekvenser med känslor av obehag, bristande energi, personlighetsförändring och en vilshenhet i tillvaron samt ett utanförskap i samhället. Deltagarna beskrev också hur deras missbruksdebut efter en tid följdes av den första psykotiska episoden. Därefter upplevde de att alkoholen och narkotikan bidrog till ökade psykosymtom. Rehabilitering av personer med svår psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende bör fästa avseende vid alkoholens och narkotikans starkt kompensatoriska roll i patienternas liv. Insatser som direkt riktar sig mot det skadliga bruket eller beroendet bör uppmärksamma både positiva och negativa aspekter av alkoholen och narkotikan.

Deltagarnas erfarenhet var att en rehabilitering och självhjälp, som var meningsskapande och stärkte deras empowerment, gav dem motivation och förmåga att ta aktiv del i sin återhämtningsprocess. Delaktighet i sociala aktiviteter, ett förhållningssätt med medveten närvaro och acceptans i nuet, respektfullt bemötande från personalen med en helhetssyn på varje individs specifika behov bidrog till deras upplevelse av mening. Insatser som skapade stabilitet i tillvaron, åtgärder för att få kontroll över psykosymtom och missbruk och som ökade autonomin upplevdes stärka deras empowerment. Rehabilitering av personer med samtidig svår psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende bör ha ett återhämtningsperspektiv som motverkar de brister, som har uppstått eller hotar att uppstå på grund av den svåra psykiska sjukdomen. Den bör utformas i samarbete mellan behandlaren och patienten, så att den svarar mot patientens behov och stärker patientens delaktighet i sin egen återhämtningsprocess.

Framtida forskning

Kunskapen om frekvensen av ”riskbruk eller skadligt bruk” bland personer med psykosjukdom är mycket begränsad. Därför bör denna undersökning replikeras i andra sammanhang. Vidare bör brytpunkterna i AUDIT och DUDIT prövas mot diagnostiska intervjuer för att undersöka lämpliga brytpunkter för skadligt bruk eller beroende, när det gäller personer med psykosjukdom. Även effekterna av en kort motiverande rådgivning till personer med psykosjukdom och ett ”riskbruk eller skadligt bruk” bör prövas.

De i denna avhandling presenterade erfarenheterna av alkoholens och narkotikans roll liksom av vilka mål som är återhämtningsfrämjande i rehabilitering och självhjälp, bör

prövas i studier med kvantifierande metoder för att undersöka deras giltighet i andra psykospopulationer. Det behövs även fler studier som kan utvidga förståelsen för vad som får personer med psykossjukdom att missbruka alkohol och narkotika och vad som får dem att bli delaktiga i sin egen återhämtningsprocess.

REFERENSER

- Abram, K. M., & Teplin, L. A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees. Implications for public policy. *Am Psychol*, 46(10), 1036-1045.
- Adler, L. E., Olincy, A., Waldo, M., Harris, J. G., Griffith, J., Stevens, K., et al. (1998). Schizophrenia, sensory gating, and nicotinic receptors. *Schizophr Bull*, 24(2), 189-202.
- Agerberg, M. (2004). *Kidnappad hjärna*. Lund: Studentlitteratur.
- Alverson, H., Alverson, M., & Drake, R. E. (2000). An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with severe mental illness. *Community Ment Health J*, 36(6), 557-569.
- Alverson, H., Alverson, M., & Drake, R. E. (2001). Social patterns of substance use among people with dual diagnoses. *Ment Health Serv Res*, 3(1), 3-14.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC.
- Andréasson, S. (2008a). *Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
- Andréasson, S. (2008b). *Narkotikan i Sverige: Metoder för förebyggande arbete - en kunskapsöversikt*. (No. R200823). Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.
- Andréasson, S., & Allebeck, P. (Eds.). (2005). *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Andréasson, S., & Graffman, K. (2002). Alkoholprevention i primärvården. Patienterna positiva till att frågor om alkohol och livsstil tas upp. *Lakartidningen*, 99(43), 4252-4255.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11-23.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot. Int.*, 11(1), 11-18.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001a). *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care* (Second ed.). Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence.

- Babor, T., & Higgins-Biddle, J. C. (2001b). *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking A Manual for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Barnaby, B., Drummond, C., McCloud, A., Burns, T., & Omu, N. (2003). Substance misuse in psychiatric inpatients: comparison of a screening questionnaire survey with case notes. *BMJ*, *327*(7418), 783-784.
- Barnes, M., Lawford, B. R., Burton, S. C., Heslop, K. R., Noble, E. P., Hausdorf, K., et al. (2006). Smoking and schizophrenia: is symptom profile related to smoking and which antipsychotic medication is of benefit in reducing cigarette use? *Aust N Z J Psychiatry*, *40*(6-7), 575-580.
- Barnett, J. H., Werners, U., Secher, S. M., Hill, K. E., Brazil, R., Masson, K. I. M., et al. (2007). Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*, *190*(6), 515-520.
- Barr, A. M., Procyshyn, R. M., Hui, P., Johnson, J. L., & Honer, W. G. (2008). Self-reported motivation to smoke in schizophrenia is related to antipsychotic drug treatment. *Schizophr Res*, *100*(1-3), 252-260.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R., et al. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry*, *158*(10), 1706-1713.
- Bartels, S. J., & Drake, R. E. (1988). Depressive symptoms in schizophrenia: comprehensive differential diagnosis. *Compr Psychiatry*, *29*(5), 467-483.
- Bartels, S. J., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1995). Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, *46*(3), 248-251.
- Bejerot, S., & Nylander, L. (2003). Low prevalence of smoking in patients with autism spectrum disorders. *Psychiatry Res*, *119*(1-2), 177-182.
- Bergman, H., & Källmen, H. (2002). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*, *37*(3), 245-251.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res*, *11*(1), 22-31.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., & Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend*, *77*(1), 49-59.
- Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230-241.
- Bloomfield, K., Grittner, U., Kramer, S., & Gmel, G. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol Alcohol Suppl*, *41*(1), i26-36.

- Branstrom, R., & Andreasson, S. (2008). Regional differences in alcohol consumption, alcohol addiction and drug use among Swedish adults. *Scand J Public Health, 36*(5), 493-503.
- Brown, R. L. (1992). Family alcoholism screening. Progress, pitfalls, and promise. *Arch Fam Med, 1*(2), 219-221.
- Brown, S., Inskip, H., & Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry, 177*, 212-217.
- Brunette, M., Mueser, K. I. M., Xie, H., & Drake, R. (1997). Relationships Between Symptoms of Schizophrenia and Substance Abuse. *Journal of Nervous & Mental Disease, 185*(1), 13-20.
- Brunette, M. F., Mueser, K. T., & Drake, R. E. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug and Alcohol Review, 23*(4), 471-481.
- Buckley, P. F. (2006). Prevalence and consequences of the dual diagnosis of substance abuse and severe mental illness. *J Clin Psychiatry, 67 Suppl 7*, 5-9.
- CAN. (2007). Drogutvecklingen i Sverige 2007. Retrieved 081012, 2008, from <http://www.can.se/documents/CAN/Rapporter/rapportserie/CAN-rapportserie-107-drogutvecklingen-i-sverige-2007-sammanfattning.pdf>
- Cantor-Graae, E., Nordström, L. G., & McNeil, T. F. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res, 48*(1), 69-82.
- Cassidy, F., Ahearn, E. P., & Carroll, B. J. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 3*(4), 181-.
- Caton, C. L., Shrout, P. E., Eagle, P. F., Opler, L. A., & Felix, A. (1994). Correlates of codisorders in homeless and never homeless indigent schizophrenic men. *Psychol Med, 24*(3), 681-688.
- Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *Br J Psychiatry, 136*, 413-420.
- Claussen, B., & Aasland, O. G. (1993). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployed. *Addiction, 88*(3), 363-368.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD001088.
- Cnattingius, S., Galanti, R., Grafström, R., Hergens, M.-P., Lambe, M., Nyrén, O., et al. (2005). *Hälsorisker med svenskt snus* (No. 2005:15). Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.
- Collins, A. C., Romm, E., Selvaag, S., Turner, S., & Marks, M. J. (1993). A comparison of the effects of chronic nicotine infusion on tolerance to nicotine and cross-tolerance to ethanol in long- and short-sleep mice. *Journal Pharmacol Exp Ther* 266(3), 1390-1397.
- Compton, M. T., Weiss, P. S., & West, J. C. (2005). The associations between substance use disorders, schizophrenia-spectrum disorders, and Axis IV psychosocial problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40(12), 939-947.

- Cooper, A. M., Sobell, M. B., Maisto, S. A., & Sobell, L. C. (1980). Criterion intervals for pretreatment drinking measures in treatment evaluation. *J Stud Alcohol*, 41(11), 1186-1195.
- Corrigan, P. (2006). Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert Rev. Neurotherapeutics*, 6(7), 993-1004.
- Cuffel, B. J., & Chase, P. (1994). Remission and relapse of substance use disorders in schizophrenia. Results from a one-year prospective study. *J Nerv Ment Dis*, 182(6), 342-348.
- Dawe, S., Seinen, A., & Kavanagh, D. (2000). An examination of the utility of the AUDIT in people with schizophrenia. *J Stud Alcohol*, 61(5), 744-750.
- Davidson, L., & White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *J Behav Health Serv Res* 34(2), 109-120.
- de Beaurepaire, R., Lukasiewicz, M., Beauverie, P., Castera, S., Dagherne, O., Espaze, R., et al. (2007). Comparison of self-reports and biological measures for alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption in psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry*, 22(8), 540-548.
- de Leon, J., & Diaz, F. J. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*, 76(2-3), 135-157.
- de Leon, J., Diaz, F. J., Rogers, T., Browne, D., & Dinsmore, L. (2002). Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Res*, 56(1-2), 47-54.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., Anthony, J. C., Angermeyer, M., et al. (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med*, 5(7), e141.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2001a). The association between psychosis and problematic drug use among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med*, 31(4), 659-668.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2001b). The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine Tob Res*, 3(3), 225-234.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2001). Alcohol, cannabis and tobacco use among Australians: a comparison of their associations with other drug use and use disorders, affective and anxiety disorders, and psychosis. *Addiction*, 96(11), 1603-1614.
- Del Boca, F. K., Darkes, J., Goldman, M. S., & Smith, G. T. (2002). Advancing the expectancy concept via the interplay between theory and research. *Alcohol Clin Exp Res*, 26(6), 926-935.
- Dickey, B., Normand, S. L., Weiss, R. D., Drake, R. E., & Azeni, H. (2002). Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatr Serv*, 53(7), 861-867.

- Dixon, M. J., & King, S. (1995). The concordance between symptom information gathered from remitted schizophrenic patients and their relatives. *J Psychiatr Res*, 29(6), 447-456.
- Donald, M., Dower, J., & Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine*, 60(6), 1371-1383.
- Donovan, D., Kivlahan, D., Doyle, S., Longabaugh, R., & Greenfield, S. (2006). Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and AUDIT zones in defining levels of severity among out-patients with alcohol dependence in the COMBINE study. *Addiction*, 101(12), 1696-1704.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Xie, H., Fox, M., Packard, J., & Helmstetter, B. (2006). Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophr Bull*, 32(3), 464-473.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *PRJ*, 27(4), 360-374.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Clark, R. E., & Wallach, M. A. (1996). The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry*, 66(1), 42-51.
- Drake, R. E., Osher, F. C., & Wallach, M. A. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia. A prospective community study. *J Nerv Ment Dis*, 177(7), 408-414.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1993). Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hosp Community Psychiatry*, 44(8), 780-782.
- Drake, R. E., Wallach, M. A., Alverson, H. S., & Mueser, K. T. (2002). Psychosocial aspects of substance abuse by clients with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 190(2), 100-106.
- Drake, R. E., Wallach, M. A., & McGovern, M. P. (2005). Future directions in preventing relapse to substance abuse among clients with severe mental illnesses. *Psychiatr Serv*, 56(10), 1297-1302.
- Falk, D. E., Yi, H. Y., & Hiller-Sturmhofel, S. (2006). An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Res Health*, 29(3), 162-171.
- Fitzsimons, S., & Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health*, 11(5), 481-499.
- Fowler, I. L., Carr, V. J., Carter, N. T., & Lewin, T. J. (1998). Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 24(3), 443-455.
- Frankl, V. E. (1968). *Livet måste ha en mening [Man's Search for Meaning.]* Stockholm: Alb.Bonniers boktryckeri.

- Geirsson, M., Bendtsen, P., & Spak, F. (2005). Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption. *Alcohol Alcohol*, 40(5), 388-393.
- Gilljam, H. (2008). Hälsoeffekter av rökning. Retrieved 081012, 2008, from <http://www.tobaksfakta.org/Default.aspx?id=9086>
- Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. In IA Giorgi, C. Fisher & E. Murray (Eds.), *Duquesne studies in phenomenological psychology, II* (pp. 82-103). Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Goldstein, B. I., Velyvis, V. P., & Parikh, S. V. (2006). The association between moderate alcohol use and illness severity in bipolar disorder: a preliminary report. *J Clin Psychiatry*, 67(1), 102-106.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Chou, S. P., Stinson, F. S., & Dawson, D. A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61(11), 1107-1115.
- Green, A. I. (2006). Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: pharmacologic approaches. *J Clin Psychiatry*, 67 Suppl 7, 31-35; quiz 36-37.
- Green, A. I., Noordsy, D. L., & Brunette, M. F. (2008). Substance abuse and schizophrenia: Pharmacotherapeutic intervention. *J Subst Abuse Treat* 34(1), 61-72.
- Green, B., Young, R., & Kavanagh, D. (2005). Cannabis use and misuse prevalence among people with psychosis. *Br J Psychiatry*, 187, 306-313.
- Gulliver, S. B., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Dey, A. N., Abrams, D. B., Niaura, R. S., et al. (1995). Interrelationship of Smoking and Alcohol Dependence, Use and Urges to Use. *J Stud Alcohol*, 56(2), 202-206.
- Hall, W., & Degenhardt, L. (2008). Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. *World Psychiatry*, 7(2), 68-71.
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(429), 46-50.
- Hansson, L., & Berglund, M. (1987). Factors influencing treatment outcome and patient satisfaction in a short-term psychiatric ward. A path analysis study of the importance of patient involvement in treatment planning. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*, 236(5), 269-275.
- Hansson, L., Middelboe, T., Sorgaard, K. W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Merinder, L., et al. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatr Scand*, 106(5), 343-350.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *Am J Psychiatry*, 144(6), 718-726.
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*, 173, 11-53.
- Haywood, T. W., Kravitz, H. M., Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L., Jr., Davis, J. M., & Lewis, D. A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon

- among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry*, 152(6), 856-861.
- Heatherston, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 86(9), 1119-1127.
- Hulse, G. K., Saunders, J. B., Roydhouse, R. M., Stockwell, T. R., & Basso, M. R. (2000). Screening for hazardous alcohol use and dependence in psychiatric in-patients using the AUDIT questionnaire. *Drug Alcohol Rev* 19, 291-298.
- Hulse, G. K., & Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Drug Alcohol Rev*, 21(2), 105-112.
- Häfner, H., & Maurer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, 5(3), 130-138.
- Johansson, K., & Tönne, U. (1992). *Risk för tillvänjning föreligger. Att bemöta och behandla läkemedelsberoende*. Stockholm: LIC Gothia.
- Johansson, K., & Wirbing, P. (2005). *Riskebruk och missbruk. Alkohol, läkemedel, narkotika. Uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, socialtjänst och psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kavanagh, D. J., Waghorn, G., Jenner, L., Chant, D. C., Carr, V., Evans, M., et al. (2004). Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophr Res*, 66(2-3), 115-124.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Kilbourne, A. M., Cornelius, J. R., Han, X., Pincus, H. A., Shad, M., Salloum, I., et al. (2004). Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6(5), 368-373.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Köhnke, M. (2008). Approach to the genetics of alcoholism: a review based on pathophysiology. *Biochem Pharmacol* 75, 160-177.
- Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J. O., et al. (2006). Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophr Res*, 88(1-3), 55-62.
- Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *Am J Orthopsychiatry*, 74(3), 365-375.
- Levander, S., Eberhard, J., & Lindstrom, E. (2007). Nicotine use and its correlates in patients with psychosis. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(435), 27-32.
- Lundqvist, T. (1996). Behandling av cannabisrökande ungdomar. In K. Johansson (Ed.), *Socialt och brottsförebyggande arbete*. Västerlång: Axplock.
- Läkemedelsverket. (1997). *Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika*. Retrieved from <http://www.lakemedelsverket.se/upload/lvfs/LVFS%201997-12.pdf>.

- Malterud, K. (1998) Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. Lund: Studentlitteratur.
- Margolese, H. C., Malchy, L., Negrete, J. C., Tempier, R., & Gill, K. (2004). Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res*, 67(2-3), 157-166.
- McCloughen, A. (2003). The association between schizophrenia and cigarette smoking: a review of the literature and implications for mental health nursing practice. *Int J Ment Health Nurs*, 12(2), 119-129.
- McCreadie, R. G. (2002). Use of drugs, alcohol and tobacco by people with schizophrenia: case-control study. *Br J Psychiatry*, 181, 321-325.
- McGovern, M. P., Wrisley, B. R., & Drake, R. E. (2005). Relapse of substance use disorder and its prevention among persons with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv*, 56(10), 1270-1273.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M., et al. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-328.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav*, 23(6), 717-734.
- Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K., et al. (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol Alcohol Suppl*, 41(1), i8-18.
- Möller, T., & Linåker, O. M. (2006). The long-term level of functioning in patients admitted for psychotic disorders with and without substance abuse. *Nord J Psychiatry*, 60(2), 121-125.
- Nordström, A., & Winberg, J. (2007). *Alkoholvanor bland patienter inom psykiatriska öppenvården*. Västerbotten: Lanstinget.
- Norusis. (1995). *SPSS Statistical package for the Social Sciences for Windows* (Vol. 10.1 & 12.1).
- Ottosson, J. (2004). *Psykiatri* (6 ed.). Stockholm: Liber AB.
- Patkar, A. A., Gopalakrishnan, R., Lundy, A., Leone, F. T., Certa, K. M., & Weinstein, S. P. (2002). Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 190(9), 604-610.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., et al. (1990). Comorbidity of Mental-Disorders with Alcohol and Other Drug-Abuse - Results from the Epidemiologic Catchment-Area (Eca) Study. *JAMA*, 264(19), 2511-2518.
- Reinert, D., & Allen, J. (2002). The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research. *Alcohol Clin Exp Res* 26, 272-279.
- Ringen, P. A., Lagerberg, T. V., Birkenaes, A. B., Engn, J., Faerden, A., Jonsdottir, H., et al. (2008a). Differences in prevalence and patterns of substance use in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychol Med*, 38(9), 1241-1249.
- Ringen, P. A., Melle, I., Birkenaes, A. B., Engh, J. A., Faerden, A., Jonsdottir, H., et al. (2008b). Illicit drug use in patients with psychotic disorders compared

- with that in the general population: a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 117(2), 133-138.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *Lancet*, 365(9458), 519-530.
- Salaspuro, M. (2003). Intervention against hazardous alcohol consumption - secondary prevention of alcohol problems. In M. Berglund & S. Thelander (Eds.), *Treatment of alcohol and drug abuse. An evidence-based review* (pp. 143-188). Weinheim: Wiley-VCH
- Salloum, I. M., Cornelius, J. R., Daley, D. C., Kirisci, L., Himmelhoch, J. M., & Thase, M. E. (2005). Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 62(1), 37-45.
- Sanchez-Craig, M., Spivak, K., & Davila, R. (1991). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: replication and report of therapist effects. *Br J Addict*, 86(7), 867-876.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- SBU (1997). *Behandling med neuroleptika* (No. 133/1, 133/2). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering
- SBU (2003). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*. (No. 156/I). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturoversikt*. (No. 166/1+2+3). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schaar, I., & Öjehagen, A. (2001). Severely mentally ill substance abusers: an 18-month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(2), 70-78.
- Schofield, N., Quinn, J., Haddock, G., & Barrowclough, C. (2001). Schizophrenia and substance misuse problems: a comparison between patients with and without significant carer contact. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36(11), 523-528.
- Schuckit, M. A., & Smith, T. L. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 53(3), 202-210.
- Socialstyrelsen (2004). Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatireformen. Retrieved 081012, 2008, from <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/EAF80FFB-81AF-41D7-8F7B-9D327E1BFFEE/2061/200412311.pdf>
- Socialstyrelsen (2005). Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder – Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004 Retrieved 081012 from <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8850/Sammanfattning.htm>

- Socialstyrelsen. (2006). *Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom. En sammanställning av systematiska översikter*. Stockholm: IMS Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete.
- Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem* (No. 2007-102-1). Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU. (2006). *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktions* Retrieved from <http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/31/78/f8d9f649.pdf>.
- Sowers, W. (2005). Transforming systems of care: The American association of community psychiatrists guidelines for recovery oriented services. *Community Ment Health J*, 41(6), 757-774.
- Spencer, C., Castle, D., & Michie, P. T. (2002). Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders. *Schizophr Bull*, 28(2), 233-247.
- Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B., & Saha, T. (2005). Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*, 80(1), 105-116.
- Svensson, B. (1996). *Pundare, jonkare och andra - med narkotikan som följeslagare*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Tiet, Q. Q., & Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res*, 31(4), 513-536.
- Weiss, F., & Koob, G. F. (2001). Drug addiction: functional neurotoxicity of the brain reward systems. *Neurotox Res*, 3(1), 145-156.
- Velpry, L. (2008). The Patient's View: Issues of Theory and Practice. *Cult Med Psychiatry* 32(2), 238-258.
- WHO (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* Paper presented at the Conference Name|. Retrieved Access Date|. from URL|.
- WHO (1996). *Rational use of benzodiazepines* (Vol. WHO/PSA/96.11). Geneva: World Health Organization
- WHO (2008a). International Classification of Diseases (ICD). Retrieved 081012, 2008, from http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/3012CE59-E314-49DC-90D3-424CCBBE94F6/0/KSH97_Kap05_version2008.pdf
- WHO (2008b). Management of substance abuse. Terminology & classification, WHO lexicon of alcohol and drug terms. Retrieved 081012, 2008, from http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html
- Williams, J. M., & Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav*, 29(6), 1067-1083.
- Wolford, G. L., Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Hoffman, D., et al. (1999). Evaluation of methods for detecting substance

- use disorder in persons with severe mental illness. *Psychol Addict Behav*, 13(4), 313-326.
- World Medical Association. (2000). Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects Retrieved 081013, 2008, from <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
- Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B., & Drake, R. E. (2005). Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv*, 56(10), 1282-1287.
- Öjehagen, A., & Nordström, G. (2006). Prevention av alkohol - och drogprevention inom psykiatrin. En randomiserad kontrollerad studie. In *Hur kan man minska nyrekrytering: Mobilisering mot Narkotika*, Rapport 17
- Ösby, U., Correia, N., & Brandt, L. (2000). Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study. *BMJ*, 321(7259), 483-485.

SUMMARY IN ENGLISH

General population studies have shown a significantly higher lifetime prevalence of substance use disorders among persons with a severe mental illness than among persons without psychiatric disorders. This comorbidity has a negative effect on the course of the mental illness, the substance use disorder and the physical health of the individual, and contributes to deterioration in his/her total life situation.

The development of substance use disorders is multifactorial, including a lack of awareness and a trifling attitude towards the risks of high levels of alcohol consumption, especially binge drinking, as well as sporadic use of illegal and legal drugs. The rapid development of dependency caused by the use of nicotine is often overlooked. Early identification by using screening instruments followed by brief interventions in cases of risky use could improve prognosis and prevent a negative development. Few studies have investigated the prevalence of 'hazardous or harmful use' among persons with psychotic disorders and no studies have previously been carried out in Sweden.

It is uncommon for the health care system to be organised in such a way as to satisfy the special demands made by comprehensive and well coordinated rehabilitation of severe mental illness and concomitant substance use disorders. Thus it is important to gain greater knowledge about the subjective experiences in persons with co-occurring disorders in terms of the role of alcohol and drugs in the individual's health and life situation, as well as what kind of goals for rehabilitation and self-help are set up to promote recovery.

This thesis focuses on the prevalence of 'hazardous or harmful use' of alcohol, drugs and cigarettes among patients in a psychosis unit, including a follow-up study 1½ years later. It also deals with experiences of alcohol and other drugs in persons with a concomitant substance use disorder and their experiences of recovery-promoting goals for rehabilitation and self-help.

The thesis is based on four studies. Two studies, with statistical analysis of the data, concern responses collected by using a screening instrument; one with a baseline measure of 241 of 374 participants (64%), and a second with a follow-up study of 78% of these participants. The remaining two studies are based on sixteen interviews, using an interview guide, carried out with eight participants, and analysed with a phenomenological approach.

The first study showed that a quarter of the participants reported 'hazardous or harmful use' of alcohol or drugs, or both. Eighteen percent had 'hazardous or harmful use' of alcohol, forty percent of them with habits indicating a more problematic use. 'Hazardous or harmful use' of alcohol was most common in younger men. Nine percent reported 'hazardous or harmful use' of drugs, women more often than men, with no differences between younger and older persons. Forty-nine percent of the participants were smokers, without any gender or age differences. 'Hazardous or harmful use' of alcohol was not specifically related to age, gender, smoking or 'hazardous or harmful use' of drugs. On the other hand, the probability of 'hazardous or harmful use' of drugs was greater in women and smokers.

At the follow-up 1½ years later the proportions of persons with 'hazardous or harmful use' of alcohol had not changed on a group level, mainly due to stable habits, but also because of similar numbers of participants changing from 'hazardous or harmful use' to 'no/low risky use', n=12, and vice versa, n=8. Looking at the group with 'hazardous or harmful use' at baseline, n=34, one third of these had 'no/low risky use' at the follow-up.

Similarly, approximately the same number stopped smoking between the baseline and follow-up as had started to smoke. On the other hand, the group with 'hazardous or harmful use' of drugs had been halved, which was most evident among older women. Focusing on the group with 'hazardous or harmful use' of drugs at baseline, three-quarters of these, 12 out of 17 changed to 'no/low risky use' (no use in fact) at the follow-up.

The prevalence of 'hazardous or harmful use' of alcohol in our study is about the same as in the Swedish population, thirteen percent versus fifteen percent among women and twenty-two percent versus twenty-one percent among men. However, the percentage of total abstainers was higher in the study population than in the general population, thirty-seven percent versus thirteen percent in women and twenty-five percent versus nine percent in men. 'Hazardous or harmful use' of drugs was significantly more common among women in the study population than in the general population (fourteen percent versus one percent) while the difference was smaller in men (five percent versus two percent). The smoking rate was about three

times as high as in the general population, forty-seven percent versus nineteen percent in women and fifty-one percent versus sixteen percent in men.

The screening shows that too many persons with psychotic disorders have 'hazardous or harmful use' of psychoactive substances. Considering the serious consequences that these habits bring about for the health and life situation, a more proactive approach in the mental health services is suggested, including regular screenings, feedback and motivational interventions to reduce consumption. Knowledge about prevalence of 'hazardous or harmful use' among persons with a psychosis is very limited and the present study thus needs to be replicated in other contexts.

The interview study showed that alcohol and drugs had both positive and negative significance for the participants' experiences of themselves, their relations and their mental health. Negative experiences associated with their psychotic disorder and life situation could be temporarily relieved by alcohol and drugs providing experiences of wellbeing, energy, meaningfulness and identity. Several participants also experienced that the alcohol and drugs were something that people had in common and provided group affiliation. Only one participant had experienced that the alcohol decreased symptom levels of psychosis and thus helped him to think more clearly. On the other hand, using alcohol and drugs often led to feelings of discomfort, lack of energy, personality change and disorientation in life, particularly in a long-term perspective. The misuse of alcohol and drugs caused gradual deterioration in relationships with family and friends and a strengthening of alienation from society. The participants also described how their debut in alcohol or drug use was followed by the first psychotic episode and subsequently contributed to increased symptom levels of psychosis.

The participants had experienced that rehabilitation and self-help that strengthened their experiences of meaning and empowerment motivated and enabled them to take an active part in their recovery process. Participation in stimulating activities together with others was experienced as contributing to a meaningful life and a sense of solidarity. The participants experienced that, when the staff devoted time to them and treated them with respect even during periods of misuse, it felt like an acknowledgement of their worth as human beings. Staff continuity and a holistic approach with services adapted to each individual's specific needs were seen as the best way to promote recovery. Several of the participants were disappointed with the lack of integrated treatment between the mental health services and the social services directed towards persons with severe mental illness and substance use disorders. Most of the participants sought mindfulness and experienced gradual recovery by taking one day at a time and adapting themselves to the circumstances they found themselves in. A belief in God provided some with a hope for the future as well as positive feedback and encouragement. Services that helped to create order, activities

that provided a structure and normal diurnal rhythm, safe care in periods when needs were greater and continuity in staff contact led to experiences of stability. Psychotropic medication and strategies to cope with craving and prevention of relapse were seen as help in gaining control over psychotic symptoms and substance misuse. Individual determination and a flexible and accessible service with qualified assessment and treatment were also helpful. Skills training and self-awareness, as well as being able to recognise early signs of a threatening relapse in psychosis or misuse, were considered to strengthen the individual's autonomy.

The interview study showed how the alcohol and drugs were to compensate for deficiencies and losses in life, which provided a motivation to continue the misuse in order to improve quality of life even when the negative consequences became evident. The misuse was, from the perspective of the participants, an understandable, but misdirected, attempt to cope with their health and life situation. Consequently, staff in the services for patients with psychotic disorders should, from a preventive and rehabilitation perspective, make themselves aware of these types of motivation for misuse of alcohol and drugs and provide services that promote more constructive coping strategies. The participants desired support that would help them to make their lives comprehensible, manageable and meaningful. This study reveals the need for rehabilitation that is focused on strengthening motivation and the ability for recovery.

The results from the interview study should be tested in studies with quantitative methods in order to investigate their validity in other populations. More studies focusing on the nature and manifestation of the investigated phenomenon can develop the understanding of what causes persons with a psychosis to misuse alcohol and drugs and what can encourage them to participate in their own recovery process.

TACK

Jag vill först och främst tacka min handledare, professor Agneta Öjehagen, som med ett aldrig sinande engagemang har väglett mig in i forskningens värld. Du har steg för steg delat med dig av ditt gedigna kunnande och generöst involverat mig i stimulerande diskussioner inom vårt gemensamma forskningsområde. Hjärtligt tack!

Ett varmt tack till min bihandledare, docent Monica Nordström, som har utvecklat min kunskap i kvalitativ metodik. Din uppmuntran och konstruktiva kritik har inspirerat mig i denna sköna konst.

Tack också till professor Lil Träskman-Bendz, chef vid avdelningen för psykiatri, för Ditt vänliga stöd och till övrig personal på avdelningen för stimulerande samtal och praktisk hjälp. Jag vill särskilt tacka Ulla Persson för att jag har fått utnyttja Din fenomenala språkkänsla till granskning av både engelska och svenska texter och för att Du har uppmanat mig att vila ibland.

Jag är mycket tacksam för min anknytning till Vårdalinstitutets kreativa forskarskola med professor Ingalill Rahm Hallberg, chef för institutet, i spetsen. Vid välarrangerade workshops har jag bibringats ovärderlig kunskap om allt som är viktigt att känna till i forskarvärlden. Den flervetenskapliga miljön har både vidgat vyerna och tydliggjort min egen profil. På plattformen för Långvarigt psykiskt sjuka och funktionshindrade har jag tillsammans med doktorandkollegor och seniora forskare fått lägga fram mina alster i en konstruktivt ifrågasättande och trygg miljö. För det vill jag tacka alla på plattformen, särskilt professor Annika Dahlgren Sandberg, tidigare plattformsledare. Studierektorer och administrativ personal är värda ett stort tack för vänligt tillmötesgående i stort och smått.

Jag vill också tacka två forskargrupper som vänligen har låtit mig delta i seminariegrupper och gemenskap trots att jag formellt sett inte har någon anknytning till dem. Tack professor Lars Hansson och övriga på psykiatriseminarier vid avdelningen för omvårdnad. Tack också kollegor vid avdelningen för klinisk

alkoholforskning och särskilt professor emeritus Mats Berglund som också bidragit med många goda synpunkter på mina studier.

Tack till överläkarna Göran Nordström och Björn Nylander, specialister i psykiatri med stor kunskap om psykisk sjukdom och missbruk för Era mycket värdefulla kommentarer på mina manuskript i olika skeden av avhandlingsarbetet.

Jag vill också rikta ett tack till mina kära kollegor i POM-teamet som nu välkomnar mig tillbaka trots att jag har varit tjänstledig i mer än fem år. Jag tackar också PM-teamet som var en god inspirationskälla under ett tvåårigt Milton-projekt. I Lund behöver det inte vara långt mellan forskning och klinik eftersom vi delar lokaler. Därför vill jag också tacka många arbetskamrater i Psykiatridivisionen som intresserat sig för mig och min forskning under denna tid.

Alla patienter, som delat med sig av sina erfarenheter är värda ett mycket stort tack, liksom all personal som samlade in material till studierna. Utan Er hade det absolut inte blivit någon avhandling.

Slutligen, hur ska jag tillräckligt kunna tacka min stora familj i fyra generationer som alla på olika sätt givit mig stöd och uppmuntran och visat ett stort intresse för innehållet i min avhandling? Särskilt de senaste månaderna har jag upplevt mig närmast buren fram av Dig, min älskade Martin. Vi ser nu alla fram emot att jag återtar min roll som dotter, hustru, mamma och mormor igen.

Vårdalinstitutet, Medicinska fakulteten vid Lunds universitet, Vetenskapsrådet (K 2007-61X-1579-04-03) och Systembolagets råd för alkoholforskning (SRA) har finansierat den forskning som ligger till grund för denna avhandling.