



JÖNKÖPING UNIVERSITY

*School of Health and Welfare*

# ”Alla människor är huvudperson i sitt eget liv”

- en kvalitativ studie om behandlande personals  
uppfattningar om och förväntningar på klienter med ett  
substansmissbruk/beroende

**EXAMENSARBETE**

**HUVUDOMRÅDE:** *Socialt arbete*

**FÖRFATTARE:** *Emil Grabow & Gustaf Thorebring*

**EXAMINATOR:** Staffan Bengtsson

**JÖNKÖPING** Juni 2017

## Förord

Först av allt vill vi tacka de behandlare som ställt upp på våra intervjuer och öppenjärtigt delat med sig av sina erfarenheter. Ytterligare ett stort tack till vår handledare Nina Veetnisha Gunnarsson som har varit guld värd för vårt slutgiltiga resultat. Utan hennes vägledning hade vi haft det betydligt svårare att ta oss fram i den djungel som uppsatsskrivandet stundtals är. Vi vill tacka våra tålmodiga sambos som har stått ut med sena kvällar av uppsatsskrivande. Sist men inte minst, ett stort tack till Milo, vår trogna Welsh Springer Spaniel som alltid har funnits där som ångestdämpare i de svåraste av stunder.

Emil & Gustaf

## **Abstract**

**Title:** "Each individual is the main character of his/her own life" - a qualitative study of treatment staff's perceptions and expectations of clients with substance abuse/addiction

The purpose of the present study is to describe and analyze how drug and alcohol counselors perceive clients with a substance addiction, and their expectations about the clients' ability to recover. The study particularly focuses on how the counselors perceive especially the client as the one who has the uttermost responsibility for his or her treatment and recovery. Qualitative semi- structured interviews were conducted with eight counselors at three different treatment facilities. The result showed that the counselors focused upon a general idea and treatment ideology that assumed all people to be fully responsible for their lives. It is from this general idea or ideology that the counselors also understand the client's responsibility, as absolute and non-negotiable. The counselors perceive their own responsibility in terms of them foremost facilitating the clients' responsibility, for example by creating a sustainable relationship (e.g. non-judgmental, trustworthy) and to offer recovering tools to the client to use throughout the entire recovery process.

**Keywords:** humanism, content analysis, locus of control, attribution, addiction care, treatment home, therapist, prerequisites, responsibility, treatment.

## Sammanfattning

Syftet med föreliggande studie är beskriva och analysera behandlande personals uppfattningar om och förväntningar på klienter med ett substansmissbruk/beroende och klienternas möjligheter att tillfriskna och leva ett nyktert liv. Mer specifikt fokuseras på de förväntningar som behandlarna uttrycker vad gäller klienternas ansvar under behandlingen och för sitt tillfrisknande. Kvalitativa semistrukturerade intervjuer genomfördes med åtta behandlare på tre olika behandlingshem. Resultatet visade framförallt på behandlarnas genomgripande budskap och behandlingsideologi som utgick från att alla människor är huvudperson i sitt eget liv, det vill säga, har huvudansvaret för vad man gör eller vill göra med sitt liv. Det är också utifrån detta budskap som framförallt synen på klientens ansvar blir förståeligt, där behandlarna uttrycker att klienten alltid är den som har det fullständiga och slutgiltiga ansvaret för sitt tillfrisknande. Behandlarna uppfattar sitt eget ansvar som att de ska skapa förutsättningar för klienten att kunna ta detta ansvar, genom att exempelvis skapa en hållbar relation (till exempel icke-dömmande, tillitsfull) till klienten samt erbjuda verktyg som klienten kan använda sig av i sitt tillfrisknande.

**Nyckelord:** humanism, innehållsanalys, kontrollfokus, attribution, missbruksvård, behandlingshem, behandlare, förutsättningar, ansvar, behandling.

## Innehållsförteckning

<b>Förord</b> .....	<b>i</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>iii</b>
<b>1. Inledning</b> .....	<b>6</b>
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	7
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>7</b>
2.1 DEFINITIONER AV BEROENDE OCH MISSBRUK.....	8
2.2 OLIKA SYNSÄTT PÅ MISSBRUK.....	9
2.3 BEHANDLINGSALTERNATIV.....	12
2.4 BEHANDLINGSHEMMEN I VÅR STUDIE.....	15
2.5 TIDIGARE FORSKNING.....	16
2.6 TEORETISKT RAMVERK.....	18
<b>3. Metod</b> .....	<b>21</b>
3.1 DATAINSAMLINGSMETOD, URVAL OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	21
3.2 FÖRFATTARNAS FÖRFÖRSTÅELSE.....	22
3.4 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT VID DATAINSAMLING.....	23
3.5 DATAANALYS.....	24
3.6 ETISKA ÖVERVÄGANDEN OCH STUDIENS TILLFÖRLITLIGHET.....	25
<b>4. Resultat</b> .....	<b>26</b>
4.1 ALLA MÄNNISKOR ÄR HUVUDPERSON I SITT EGET LIV.....	27
4.2 KLIENTEN HAR DET FULLSTÄNDIGA OCH SLUTGILTIGA ANSVARET FÖR SITT EGET TILLFRISKNANDE.....	28
4.3 ATT SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR I RELATION TILL KLIENTENS FULLSTÄNDIGA ANSVAR.....	34
4.4 ANDRA AKTÖRER MÅSTE 'TA ÖVER' ANSVARET.....	40
<b>5. Diskussion</b> .....	<b>42</b>
5.1 METODDISKUSSION.....	46
5.2 FÖRSLAG PÅ FORTSATT FORSKNING.....	47
<b>Referenslista</b> .....	<b>49</b>
<b>Bilaga I: Kriterier DSM-V</b> .....	<b>53</b>

<b>Bilaga 2: Intervjuguide.....</b>	<b>54</b>
<b>Bilaga 3: Introduktionsbrev.....</b>	<b>57</b>

---

## 1. Inledning

Behandlande personalens uppfattningar och förväntningar på substansmissbrukarens tillfrisknande, och möjligheter att leva ett nyktert liv som undersöks i denna studie verkar inte tidigare ha utforskats i någon större utsträckning (Blow, Sprenkle & Davis 2007). Viss forskning finns som bland annat påvisar vikten av en god relation och en engagerad personal, och hur detta visat sig vara mycket viktigare för behandlingsutfallet än själva behandlingsmetoden (Koski-Jännes, Pennonen & Simmat-Rurand, 2016). Även studier av behandlande personals moraliska, medicinska och sociala synsätt på missbruk har utforskats (Palm, 2004), där det moraliska innebär att behandlaren kan uppfatta missbrukaren som viljesvag och oförmögen att ta ansvar (Oscarsson, 2011). Det är därmed av intresse att utforska vilka förväntningar som behandlare har på klienten och vad de menar är "avgörande" för om klienten ska tillfriskna. I sin tur kan förväntningar på klienten förstås i ljuset av hur vanligt det är att behandlingsideologier och behandlingsalternativ ofta betonar klientens motivation som en faktor som är avgörande och även om det finns många olika definitioner av motivation så inbegriper det ansvar på något vis. I den idag populära metoden motiverande samtal (MI) betonas exempelvis att klienten behöver upptäcka sin egen förändringspotential och genom ett fokus på empati, relationen och respekten för klientens autonomi så ska denna förändringspotential förstärkas så att klienten kan/vill ta ansvar för att förändra det aktuella beteendet (Sanner, 2012).

Socialt arbete som vetenskapligt ämne och som praktik har en betydande roll inom ämnet och missbruksvården. Till exempel handlägger socialtjänsten behandlingsinsatser och socialt arbete är väl förankrat i behandling av målgruppen och den forskning som utförs inom området. En fördjupad förståelse för de förväntningar som behandlare har på klienterna är därför av betydelse av dessa anledningar men framförallt då deras förväntningar kan tänkas påverka behandlingsinsatsen och dess framgång (Koski-Jännes, Pennonen & Simmat-Rurand, 2016).

Vår studie utfördes utifrån ett personligt intresse av missbruk/beroendeproblematiken som växt fram under vår utbildning och praktik. Speciellt intresserade vi oss för behandling och vad som egentligen förväntades av klienterna i behandling. Vi uppfattade missbruksvården som en komplex värld där det inte fanns några enkla svar till hur man till exempel hjälper klienterna, och om de verkligen blir hjälpta av sin behandling.

---

I och med genomförandet av denna studie hoppas vi kunna bidra med ökad kunskap om detta komplexa område, och vilka förväntningar som kan tänkas ”styra” behandlarnas uppfattningar om klienten, behandlingen och tillfrisknandet. Detta område som vi menar är oklart utforskat och som även, potentiellt sätt, kan påverka behandlingsutfallet, om inte annat i förhållande till relationen mellan behandlare och klient (Blow, Sprenkle & Davis, 2007), som visat sig vara den viktigaste komponenten för om behandlingen fungerar eller ej.

## 1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med följande studie är att beskriva och analysera behandlande personals uppfattningar om och förväntningar på klienter med ett substansmissbruk/beroende och deras möjligheter att kunna tillfriskna och leva ett drogfritt liv. Studien fokuserar på behandlarnas syn på klienterna och framförallt på deras ansvar för sitt tillfrisknande, men också hur behandlarna uppfattar sitt eget ansvar i relation till klientens tillfrisknande.

För att besvara syftet har följande frågeställningar formulerats:

- Vilka förväntningar har behandlarna på klienternas förmåga och möjligheter till tillfrisknande? På vilket sätt har detta med ansvar att göra?
- Vilka utmaningar menar behandlarna att det finns för substansmissbrukare att tillfriskna och vilken roll anser de sig själva eventuellt ha för deras möjligheter att tillfriskna?
- Hur uppfattar behandlarna eventuella andra aktörers roll och ansvar för missbrukarnas tillfrisknande och möjligheter att leva ett nyktert liv efter avslutad behandling?

## 2. Bakgrund

I detta avsnitt av uppsatsen presenteras relevant information som ska hjälpa läsaren att förstå studiens arbete och kontext. Olika teoretiska definitioner av missbruk och beroende kommer att behandlas samt olika synsätt på missbruk. Några vanliga behandlingsalternativ kommer att beskrivas samt relationens betydelse i behandling. Likaså kommer de



---

behandlingshem som våra intervjupersoner arbetar på i korthet beskrivas. Även tidigare forskning som gjorts i linje med, eller i närområdet för studiens syfte kommer att presenteras. Avslutningsvis kommer det teoretiska ramverk som studien utgått ifrån belysas.

## 2.1 Definitioner av beroende och missbruk

Enligt Nationalencyklopedin (Malmquist, Thulin & Nordström, u.å.) definieras beroende som ett okontrollerbart begär efter njutnings- eller berusningsmedel. Vidare går att läsa att skiljelinjen mellan ett beroende och ett missbruk är svårdefinierad men att ett missbruk ses som en överdriven användning av alkohol, narkotika eller annan substans som ger upphov till en euforiserande effekt. En längre tids överkonsumtion bidrar till ett okontrollerat beteende som i sin tur kan leda till ett beroende.

Inom det medicinska området är termerna kopplade till de två diagnosystemen—International statistical classification of diseases and related health problems (ICD) och Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Socialstyrelsen, 2015). Inom psykiatrin och forskningen används DSM-V i vilken det finns elva olika kriterier (se bilaga 1), för att diagnosen substansbrukssyndrom, vilket innefattar alkohol eller andra droger, ska kunna ställas. I tidigare versioner av DSM fanns skilda diagnoser för missbruk respektive beroende. Dessa har i DSM-V slagits ihop till en enda diagnos, med det samlade begreppet substansbrukssyndrom, som är en kombination av de tidigare sju beroendekriterierna och de fyra missbrukskriterierna i diagnoserna. För att diagnosen substansbrukssyndrom ska ställas krävs att minst två kriterier är uppfyllda under en period av 12 månader. Svårighetsgraden anses som mild om 2–3 kriterier är uppfyllda, måttlig om 4–5 kriterier är uppfyllda och svår om mer än 5 kriterier är uppfyllda. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende så används också begreppet riskbruk som dock inte är en diagnos. Med riskbruk avses en hög genomsnittlig konsumtion eller en intensiv konsumtion av alkohol minst en gång i månaden (ibid.).

Denna studie fokuserar på substansmissbruk, och missbruk används i studien som ett övergripande begrepp, där både beroende och missbruk inkluderas. Med substansmissbruk menas samtliga droger, alkohol och narkotika, och droger används som ett samlingsnamn

---

och när det syftas på alkohol eller narkotika så används istället dessa begrepp (Socialstyrelsen, 2015).

## 2.2 Olika synsätt på missbruk

Historiskt har det funnits flera olika sätt att se på missbruket. Från tidigt 1900-tal var det en individbaserad moralisk syn som rådde. Missbruk och beroende sågs som ett moraliskt problem och till viss del resultatet av en dålig uppfostran och karaktärsmissiga brister hos individen, en mer repressiv inställning mot missbrukaren intogs (Oscarsson, 2011). Under 60- och 70-talet framträdde en mer avindividualiserad syn där missbruket sågs som symptom på strukturella brister i välfärdssamhället. Dessa brister skulle åtgärdas genom att medvetandegöras och genom samhällsförändringar, till exempel att socialvården behövde förändras utefter en helhetssyn på sociala problem. I dagens syn är fokus på individen men då utifrån ett mer medicinskt perspektiv, där missbruket betraktas som en sjukdom eller en individuell avvikelse som endast kan avhjälpas med professionell hjälp (ibid.). Missbruksvården har genomgått en medikaliseringsprocess där läkemedelsanvändningen samt andra sjukvårdsinsatser har ökat på bekostnad av den sociala missbruksvården (Ågren, 2015). Tempot i medikaliseringsprocessen har ökat dramatiskt de senaste decennierna och det är läkemedelsindustrin som varit särskilt pådrivande. Allen Frances, en av skaparna av DSM, har uttryckt det som att diagnoserna har skapats av industrin då läkemedelsindustrin har mycket starka ekonomiska intressen i en utvidgning av sjukdomsbegreppet (ibid.). Nedan beskrivs missbruk och beroende vidare ur tre olika synsätt; medicinskt, psykologiskt och socialt.

### *Medicinskt perspektiv*

Det finns forskning och litteratur som grundar sig i att det finns medfödda metaboliska eller neurologiska skillnader mellan alkoholister och icke-alkoholister (Blomqvist, 2009). Dessa skillnader innebär alkoholisten uppvisar en överkänslighet mot alkohol som i sin tur leder till en avvikande reaktion på alkoholkonsumtion och uppkomsten av ett sug efter att dricka och svårigheter att sluta dricka samt och slutligen en oförmåga att kontrollera det egna drickandet. Denna process anses forma ett sjukdomsförlopp som den drabbade inte själv kan styra. Sjukdomsförloppet kan dock med professionell hjälp hejdas,

---

om än inte helt botas. Exempelvis innebär det att till exempel en alkoholist inte bör skuldbeläggas eller straffas för sitt beroende utan erbjudas hjälp och stöd för att kunna avstå från sin drog. Ledande alkohol- och narkotikaforskare inom neurobiologi menar att olika rusningsmedel påverkar hjärnans kemiska signalöverföring (Agerberg, 2004). Rusmedel skapar en neurobiologisk "tjuvkoppling", en förändrad balans i hjärnan. Långvarig konsumtion ger inte hjärnan möjlighet till återhämtning och lägger på så sätt grunden till ett missbruk. Om missbrukaren tar ett återfall kan detta också betraktas ha sin grund i de neurologiska processer, att kopplingarna mellan nervcellerna (synapserna) ändras så att missbrukaren till sist endast upplever belöning, det vill säga, enbart känner en njutning, när denne ägnar sig åt sitt missbruk, detta kan beskrivas som att hjärnan har blivit kidnappat av belöningsystemet (Agerberg, 2004). Röster höjs för att missbruk och beroende ska ses mer som en sjukdom, att negativa attityder om missbrukaren behöver förändras och inte minst behöver terapeuterna ha en icke dömande uppfattning om missbruken och ha i åtanke att personen är påverkad av dessa ofrivilliga processer i hjärnan (Stanbrook, 2012).

### *Psykologiskt perspektiv*

Ur ett psykologiskt synsätt kan missbruket ses som en fortskridande process (Nakken, 2016) en sjukdom som genomgår en kontinuerlig utveckling från en bestämd början till en slutpunkt. Missbruk är ett försök att kontrollera livets okontrollerbara cykler och oavsett missbruk så har de det gemensamt att de åstadkommer önskade sinnesförändringar hos missbrukaren. Missbrukaren använder ett objekt; alkohol, narkotika, mat spel etc. för att åstadkomma denna önskade sinnesförändring. Bakom ett missbruk så finns det tre gemensamma nämnare; isolering, skam och förtvivlan och den personlighet som växer fram ur missbruket består av två motstridiga delar: Jaget och Missbrukaren. Mellan dessa pågår en konstant inre strid där Jaget försöker spjärna emot medan Missbrukaren växer sig starkare ju längre missbruket pågår. Enligt Nakken (2016) är det viktigt för missbrukaren att känna till och vara uppmärksam på sin missbrukarpersonlighet, då den anses vara något som missbrukaren kommer att få leva med resten av sitt liv. Han säger vidare att grunden till att utveckla denna missbrukarpersonlighet finns hos alla människor men att vissa är mer mottagliga än andra. Uppväxt i en familj där människan snarare ses som ett objekt än som människa ökar risken att utveckla ett missbruk. Detta genom att en tomhet efter

---

närhet uppstått. En emotionell tomhet som måste ersättas med något annat, i missbrukarens fall ersätter missbrukets berusning dessa känslor (ibid.).

### *Socialt perspektiv*

Missbruk och beroende kan ses som knutet till bestämda sociokulturella och historiska sammanhang (Blomqvist, 2009). Konsekvensen av detta blir att missbruks- och beroendeproblematiken måste analyseras, förklaras och hanteras med hänsyn till sociala sammanhang såväl som varje individs specifika levnadssituation. Vad som är ett missbruk respektive ett beroende och hur detta förklaras och bemöts är starkt influerat av traditioner och normer, vilka varierar utifrån samhällstyp, historiska händelser samt faktorer som klass, ålder och kön (ibid.).

Missbruk och beroende kan sättas i en social och samhällelig kontext, lösningen på dessa problem söks då på samhällsnivå snarare än individnivå (Oscarsson, 2011). Olika förtryckande processer i familjen, på arbetsmarknaden, i det kapitalistiska systemet och i den övriga samhällsstrukturen leder till missbruksproblematik på individnivå. Lösningen ligger i att förändra de destruktiva processerna och strukturerna. Enligt Leissner (1997) har flera studier gjorts som tar hänsyn till socialt arv och miljöaspekter. Dessa visar bland annat att sannolikheten att bli missbrukare ökar dramatiskt för de som växer upp i en familj där missbruk förekommer (ibid.). Det finns även studier som visat att risken för att utveckla ett alkoholberoende är sju gånger större om en nära släkting har haft alkoholproblem, än om man inte haft det i sin närhet (Blomqvist, 1999). Här förs också ett resonemang om att personer med alkoholberoende är en homogen grupp och att alkoholberoende i de flesta fall är förenat med andra problem i individens liv och miljö, exempelvis arbetslöshet, bostadslöshet och/eller somatiska sjukdomar (ibid.). Missbruksproblematiken kan också ses ur en kulturell och samhällelig kontext där olika kulturer och samhällen har sina normer för vad som är socialt acceptabelt och inte vad gäller alkohol och narkotikakonsumtion. Även i mindre grupper, såsom i en klass eller ett kompisgäng skapas normer och mönster gällande alkohol och narkotika (Leissner, 1997). Här tar författaren ett svenskt exempel, att svenskar traditionellt sett inte bör dricka på vardagar utan konsumtionen bör fokuseras till helger och att det då finns en acceptans att man får vara berusad (ibid.).

---

## 2.3 Behandlingsalternativ

Det finns en rad olika behandlingsalternativ för substansmissbruk. Nedan redogör vi kort för några av de metoder som behandlarna i studien använder eller har blivit utbildade i, samt förklarar skillnader kring öppenvård och slutenvård då våra behandlare arbetar inom dessa vårdformer.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2015) är kognitiv beteendeterapi (KBT), återfallsprevention och tolvstegsbehandling några av de metoder som har bäst bevisad effekt vid missbruk eller beroende av alkohol. Vid missbruk och beroende av benzodiazepiner, cannabis, centralstimulerande preparat eller opiater/opioider rekommenderas hälso- och sjukvården samt socialtjänsten att använda sig av psykologiska och psykosociala metoder som KBT och återfallsprevention. Dessa metoder har visat sig ha god effekt på andelen som blir drogfria. Här kan med fördel även motiverande samtal (MI) användas som ett tillägg under behandlingen (Socialstyrelsen, 2015).

Psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder syftar till att förändra den enskildes problembeteende (Socialstyrelsen, 2015). Nedan kommer några av de vanligaste behandlingsmetoderna inom psykologisk och psykosocial behandling vid missbruk och beroende att beskrivas i korthet, samt den evidensbaserade kunskap som finns om metodernas effektivitet. Värt att nämnas är att det finns olika läkemedelsassisterade behandlingar i missbruk -och beroendevården. Vid alkoholberoende kan till exempel läkemedel som disulfiram, akamprosot eller naltrexon användas för att minska risken för återfall (Socialstyrelsen, 2015). Läkemedelsbehandling kommer vidare inte att beröras i denna studie då de behandlingshem och de behandlare vi har intervjuat för vår studie inte använder sig av läkemedelsbehandling i någon större utsträckning.

### *Öppenvård och slutenvård*

Den frivillig vård som finns inom kommun och landsting kan delas in i öppenvård och slutenvård (SOU 2011:35). Med öppen vård avses i princip all den vård som inte är heldygnsvård, alltså den vård som inte är institutionsvård inom socialtjänsten eller sluten

---

vård och hemsjukvård inom hälso- och sjukvården. För narkotikamissbrukare har institutionsvård visats sig ha effekt på individens sociala funktion och kvarstannande i vård, men att effekten är övergående. Institutionsvård har dock visat sig ge bättre resultat för narkotikamissbrukare med samsjuklighet och/eller bostadslöshet. Hos dessa ger institutionsbehandling mindre bruk av alkohol och narkotika samt färre psykiska symtom jämfört med behandling i psykiatrisk öppenvård eller allmän social service (ibid.). I regeringens missbruksutredning framgår det att det över tid skett en förskjutning från sluten vård till öppen vård (SOU 2011:35). Den forskning som missbruksutredningen tagit del av visar på andra resultat än SBU:s (Statens beredning för medicinsk utvärdering) rapport 10 år tidigare (SBU, 2001). Den visar att behandling i öppen vård ger lika bra eller bättre behandling för många målgrupper än sluten vård. Vilka dessa målgrupper skulle tänkas vara nämns dock inte.

### *Minnesotamodellen- tolvstegsbehandling*

Tolvstegsbehandlingen eller den så kallade Minnesotamodellen (M. Karlsson, 2012), utgår ifrån antagandet att beroende är en sjukdom där klienten inte ska behöva känna ansvar för att han/hon har blivit beroende. Klienten har däremot ansvaret över sitt tillfrisknande, där klientens motivation definieras som villigheten att inse att alkoholen måste bort ur dennes liv och att man inte ensam klarar av sitt problem. Fokuset ligger på att uppnå total nykterhet/drogfrihet där följden blir en förhöjd livskvalité. Metoden används främst för vuxna med alkoholproblem men även för vuxna och ungdomar med såväl alkohol som narkotikaberoende. Behandlingen är uppbyggd i tolv steg där första steget innebär ett erkännande av beroendet. Tolvstegsbehandlingen utgörs av tre delar: utbildning, gruppterapi och anhörigmedverkan. Under behandlingen får klienterna undervisning i sjukdomsbegreppet, förnekande, återfallsprevention samt lära sig se det kemiska beroendet ur olika synvinklar. Anhörigmedverkan är också en viktig komponent i behandlingen som syftar till att göra anhöriga och andra närstående till klienten medvetna om deras roll i beroendet samt få stöd vid medberoende. Tolvstegsbehandlingen syftar till att klienten ska, vid sidan av behandlingen, delta i självhjälpgrupper såsom AA (Anonyma alkoholister) eller NA (Anonyma narkomaner) (M. Karlsson, 2012). I AA menar man exempelvis att inte alla människor är förmögna att vara fullkomligt ärliga- att det inte är deras fel utan de är skapta sådana (AA, 2003). Tolvstegsbehandling är en av de psykosociala behandlingar

---

som Socialstyrelsen rekommenderar vid alkoholproblem men metoden har även börjats användas för behandling av andra beroenden (M. Karlsson, 2012).

### *Motiverande samtal (MI)*

Motiverande samtal är en samtalsmetod som syftar till att utforska och höja motivationen för att skapa en förändring. Enligt MI är motivation resultatet av individens vilja och tilltro till sig själv, det är inte en personlig egenskap utan en inre process (Sanner, 2012). MI använder sig av en klientcentrerad, förändringsinriktad och samtidigt styrande samtalsmetodik som ska ge klienten verktyg till en förändring. Målet med metoden är att klienten ska skapa förändringen och inte behandlaren. Klienten ska upptäcka sin egen förändringspotential och detta beteende ska sedan förstärkas genom fokus på empati, relationen och respekten för klientens autonomi. MI används vid olika beteendeproblem, till exempel vid missbruk av alkohol och droger. MI har idag blivit en etablerad och beprövad metod som används av flera olika verksamheter inom t.ex. hälso- och sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården. MI har kommit att bli intressant i det förebyggande arbetet och en attraktiv metod inom missbruksfältet (ibid.).

### *KBT - Kognitiv beteendeterapi*

Den kognitiva beteendeterapin (KBT) lägger tonvikten vid individens samspel med sin omgivning här och nu, att tanke och handling är tätt sammanvävda med varandra och hur individen tolkar, tänker och känner till stor del avgör hur en person mår psykiskt (Gyllenhammar, 2012). Innan behandlingen startar analyseras klientens samspel mellan beteende och den omgivande miljön för att sedan låta behandlingsmetoderna skraddasys utefter klientens problematik. Klientens problematiska beteende kartläggs utifrån fem faktorer; situation, tanke, känsla, beteende och beteendets konsekvenser. Behandlingen bygger på uppfattningen att faktorerna i klientens omgivning spelar en avgörande roll genom att antingen stimulera eller motverka användningen av droger. I behandlingen undersöks och identifieras de förstärkare, så kallade "triggers" som finns i klientens sociala nätverk, på arbetsplatsen och på fritiden och som bidrar till att ett återfall tas. Genom KBT får klienten träna på strategier för att hantera dessa triggers och tacka nej och avstå från

---

droger. KBT ska också få klienten att ägna sig åt aktiviteter som inte går att förena med missbruket. Målet är att en nykter livsstil ska bli mer belönande än att stanna kvar i missbruket. KBT har visat sig ge bäst effekt vid korta insatser som är fokuserade på själva missbruket (Gyllenhammar, 2012). På senare år har forskare börjat intressera sig för mindfulness och dess terapeutiska effekter. Mindfulness är en meditationsteknik som bygger på att vara medveten om sig själv och på det som händer i stunden, att ha så kallad medveten närvaro. Mindfulness är idag ett allt vanligare inslag i den kognitiva terapin och mindfulnessbegreppet används som ett sätt att förstå drogberoende och arbeta med återfallsprevention (Hilte, 2012).

### *Återfallsprevention*

Återfallsprevention som metod syftar till att klienten ska kunna leva ett nyktert och drogfritt liv, att klienten ska få verktyg till att förhindra att ett återfall sker eller om det skulle inträffa, begränsa följderna av återfallet. Återfallsprevention med ett KBT-perspektiv utgår från att en händelse eller tanke leder till en känslomässig reaktion som i sin tur leder till handling (Saxon, 2012). Klienten ska klienten lära sig att hantera sug och få kunskapen att identifiera och uppmärksamma högrisksituationer och tidiga varningssignaler. På så sätt kan klienten vidta åtgärder för att förhindra återfallet i ett tidigt stadie (Saxon & Wirbing, 2004). En återfallspreventionskurs innefattar åtta obligatoriska sessioner som kan hållas både individuellt eller i grupp. Återfallsprevention är en av de psykosociala behandlingar som Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar vid behandling av narkotikamissbruk och alkoholproblem (Saxon, 2012).

## **2.4 Behandlingshemmen i vår studie**

Intervjuerna som denna studie baseras på har ägt rum på tre olika behandlingshem för missbruk i tre olika kommuner, ett kommunalt samt två privata. Missbruk som behandlas på dessa hem är endast substansmissbruk. Ett av behandlingshemmen erbjuder heldygnsvård, så kallad sluten frivillig vård samt öppenvård i kommunal regi. Målgruppen är vuxna missbrukare, kvinnor och män, med bristande psykosocial funktion. Tiden i behandling kan vara från tre månader upp till flera år. Detta behandlingshem arbetar utifrån ett kognitivt synsätt med olika behandlingsmetoder som återfallsprevention, MI samt



---

strukturerade, förändringsinriktade samtal. Man har ett nära samarbete med socialtjänsten och kommunens övriga öppenvård och sjukvårdsresurser. De andra två behandlingshemmen har endast heldygnsvård för målgruppen vuxna, kvinnor och män, med beroendeproblematik. Klienten är under behandling i minst tre månader, sällan längre än 9 månader. Dessa två behandlingshem bedriver olika former av samtalsterapi med inriktning på KBT och systemteori, samt även inslag av miljöterapi och mindfulness. Olika former av medicinsk nedtrappning erbjuds samt hjälp med fysiska åkommor som är kopplade till missbruket. På samtliga behandlingshem har klienterna oftast en långtgående beroendeproblematik som har fått stora konsekvenser på flera områden i deras liv, såsom arbete, familj samt den psykiska och fysiska hälsan.

## 2.5 Tidigare forskning

Avsnittet tidigare forskning kommer redovisa relevant forskning inom ramen för studiens syfte. Olika typer av studier, både kvalitativa och kvantitativa kommer att presenteras. Det har dock varit en utmaning att finna forskning som berör förväntningar på klientens ansvar, främst kvalitativa studier har varit svåra att finna. Först belyses synen på missbruk och behandlars syn på klientens ansvar i missbruket ur olika synvinklar. Vidare kommer, enlighet med vårt syfte, terapeutens ansvar, personliga roll och personliga egenskaper och dess påverkan för klienten att behandlas.

### *Synen på missbruk och klientens ansvar*

Sammantaget visar forskning på att relationen och behandlaren som person är av stor betydelse. Behandlarnas förväntningar och antaganden om klienten dennes motivation och ansvar som är centralt i vår studie har väglett den tidigare forskning som här presenteras. Till exempel så är huvudsyftet i en kvantitativ studie gjord av Palm (2004) att försöka besvara frågor om hur personalen ser på individens ansvar och om personalen främst har ett moraliskt, medicinskt eller socialt synsätt på missbruk. Resultatet tyder på att det råder en samstämmighet mellan personalen när det kommer till att både moraliserande, sociala och medicinska inslag finns i personalens syn på individens ansvar. Det moraliserande inslaget visar sig genom att personalen i stor utsträckning håller individen ansvarig för både uppkomst och lösning på problemen. Det sociala inslaget genom att majoriteten ansåg att

---

det rör sig om sociala problem snarare än medicinska, även om detta inslag inte fick lika mycket stöd som det medicinska inslaget. En stor majoritet ansåg att alkohol- och drogproblem är en sjukdom som uppstår när människan förlorar kontrollen över sitt beteende.

Detta styrks vidare i en kvantitativ studie av Storbjörk (2003) där personal inom beroendevården i Stockholms läns landsting besvarat en enkät om sin syn på missbruksvården och individer med ett alkoholberoende. En majoritet av respondenterna ansåg att en individ med en alkoholproblematik måste avstå helt från alkohol för att bli av med sin problematik, och att alkoholberoende är både en sjukdom och ett socialt problem. Individer med en alkoholproblematik uppfattades inte som viljesvaga men att steget till att sluta dricka var förknippat med många svårigheter. Majoriteten ansåg att en behandling bara kan bli framgångsrik så länge individen har en vilja till förändring, och i artikeln beskrivs att det finns en moralisk hållning i respondenternas åsikter gällande ansvaret kring både beroendets uppkomst och vägen ur det. En majoritet av studiens respondenter ansåg att klienten har det fulla ansvaret över att bli nykter och lämna beroendet bakom sig. Angående beroendets uppkomst så ansåg majoriteten att klienten bara kan hållas delvis ansvarig för detta samt att alkoholberoende blir en sjukdom först när individen har tappat kontrollen över sitt missbruk. Författaren pratar här om att respondenterna synsätt skiljer sig från det medicinska synsättet som tar ifrån individen ansvaret för både uppkomsten av beroendet och vägen ur det.

### *Om relationens betydelse och behandlarens ansvar*

Relationen mellan klient och terapeut har enligt Blow, Sprenkle och Davis (2007) utforskats i liten utsträckning, till skillnad från den omfattande forskningen om olika metoders effektivitet. De menar i sin kvalitativa metastudie att metoden utgör bara en liten del av behandlingen och att det som avgör om behandlingen fungerar är om terapeuten och klienten är i samklang med varandra, samt vilka förväntningar terapeuten har på klienten. Även Koski-Jännes, Pennonen och Simmat-Rurands (2016) kvantitativa studie visar på liknande resultat, att själva metodalet i terapin spelar en mindre roll i om terapin blir lyckad. Det som har större effekt är vad terapeuten och klienten har för förväntningar på behandlingen, samt vilken relation klienten och terapeuten har.

---

Båda studierna (Blow, Sprenkle & Davis, 2007; Koski-Jännes, Pennonen & Simmat-Rurand, 2016) argumenterar för att det i slutändan är terapeutens personliga egenskaper och dennes förmåga till att vara inkännande och lyhörd som skapar en god terapeutisk allians och som kan bli avgörande för behandlingsresultatet. Att terapeuten uppvisar en entusiasm, ett engagemang i behandlingen, var enligt Blow, Sprenkle och Davis (2007) en av de viktigaste faktorerna för en lyckad behandling. Vidare beskrivs att egenskaper som att vara konsekvent och hoppfull är viktigare än vilken behandlingsmetod som behandlaren använder. De avslutar med att konstatera att det viktigaste i behandling inte är vilken metod som används, utan att det handlar mer om den kompetens en terapeut har och att han/hon har vissa personliga egenskaper tillsammans med att han/hon också har förmågan att avgöra vad som behövs göras, när det ska göras och utifrån vilken typ av klient behandlaren har. Att terapeuten bör vara entusiastisk och motiverad, vilket beskrivs som att ha en genuin vilja att skapa förutsättningar för klienten att tillfriskna, är något som Wild, Cunningham och Hobdon (1998) styrker i sin kvantitativa studie. De fann att resultatet i behandlingen blev mer framgångsrikt när klienten upplevde terapeuten som motiverad. Behandlingen påverkas med andra ord av hur klienten uppfattar behandlaren.

## 2.6 Teoretiskt ramverk

Det teoretiska ramverk som studien utgår ifrån har ett fokus på socialpsykologi och behandlar främst det *humanistiska förhållningssättet* där människors egna inbyggda resurser betonas och är ett perspektiv som ser till hela människan (Rogers, 1961). Humanismen används i denna studie som ett vetenskapligt analysbegrepp, för att förstå behandlarnas övergripande syn på människan som fullt ansvarig för sitt eget liv, vilket också beskriver behandlarnas förväntningar på klienten (missbrukaren) och dess ansvar för sitt eget tillfrisknande.

För att ytterligare förklara behandlarnas förväntningar på klientens ansvar för sitt tillfrisknande kommer mer specifika socialpsykologiska begrepp att användas (intern och extern kontrollfokus och attribution). Dessa beskriver då hur behandlarna resonerar kring klienternas förmåga eller oförmåga att ta ansvar både före behandlingen, som under och efter behandlingen. Vid ett internt kontrollfokus upplever individen sig ha kontroll över sin tillvaro vilket går i linje med humanismens positiva syn på människan där denne antas ha en förmåga att ta ansvar för sitt eget liv (Rodgers, 1961; Rotter, 1966).

---

### *Det humanistiska perspektivet och dess förhållningssätt*

Humanistiskt förhållningssätt är ett teoretiskt perspektiv som beskriver en viss typ av människosyn eller förhållningssätt till människan och som dessutom även står bakom olika terapier och behandlingar som intar en övergripande humanistisk människosyn. Den humanistiska inriktningen som perspektiv och teori utgår från att förklara människan i sin helhet, aktiv och drivande med en strävan mot självförverkligande, vilket innebär att individen har en inre strävan att uppnå sin maximala individuella potential (Rodgers, 1961).

Det humanistiska perspektivet har i grunden en positiv syn på människan, som en aktiv och rationell varelse som har förmågan att ta ansvar för sitt eget liv och som kan ta väl genomtänkta beslut, bara hon får möjlighet till att göra detta (L. Karlsson, 2012). En viktig aspekt av det humanistiska synsättet är att människan har ett inneboende behov av kreativitet och självförverkligande (Rogers, 1961). May (1986) menar exempelvis att människan genom sin egen vilja kan motverka miljöns eventuella negativa inverkan och att vår existens endast beror på hur vi själva hanterar vårt liv och ser på de händelser som tycks påverka oss utifrån. Vi kan alltid oavsett livssituation, välja hur vi förhåller oss och handlar i en given situation och kan skapa vårt eget livsöde. Om människan tillåts att utvecklas på det sätt som beskrivs ovan och en god miljö dessutom möjliggör detta, exempelvis om en missbrukare under behandling får möjlighet att själv ta ansvar och uppmuntras att göra det så kommer även människans positiva och goda sidor att utvecklas genom detta (Rogers, 1961). Humanismen i behandling har således ofta ett klientcentrerat synsätt med fokus på individen och dess inneboende möjligheter att förändras och ta ansvar för sitt eget liv. Individen betraktas då inte enbart som en klient utan som en individ med en egen suverän och fri vilja (L. Karlsson, 2012).

### *Kontrollfokus och attribution*

Kontrollfokus (locus of control) handlar om huruvida individen uppfattar det som händer som något påverkbart och kontrollerbart (Rotter, 1966). Vid inre kontrollfokus (intern locus of control) upplever individen att denne har kontroll över sitt eget liv (ibid.). Exempelvis genom att individen anser att positiva saker som händer är dennes förtjänst,

---

men också att negativa händelser är något som individen kan göra något åt, till exempel att uppleva att man kan ta kontroll (ansvar) över sitt missbruk och tillfrisknande. Vid yttre kontrollfokus (extern focus of control) uppfattar istället individen sig som utelämnad åt yttre faktorer och händelser där hon upplever sig ha lite förmåga/makt att påverka sin situation. Exempelvis kan ett misslyckande på en tentamen resultera i att skulden läggs på yttre omständigheter såsom dåliga lärare, felaktiga tentafrågor eller dålig kurslitteratur. Detta synsätt kan i sin tur leda till inlärdd hjälplöshet (Nilsson, 2015), där en stark tro på att inte kunna påverka sin situation kan resultera i att individen förblir passiv (ibid.), och därmed blir oförmögen att förändra sin situation. Inom behandling kan det exempelvis innebära att individen inte tror sig alls kunna påverka sitt liv i positiv riktning och därmed heller inte anser att det är någon idé att vara ärlig mot sig själv och andra.

Inre kontrollfokus har i flera studier visat sig ha ett positivt samband med god hälsa och dessa individer har även visat sig vara mer kreativa, ha lättare att hantera konflikter samt en godare möjlighet att ta sig ur ett beroende och ta till sig behandling (Nilsson, 2015).

*Attribution* är nära besläktat med kontrollfokus och handlar om att förstå hur människor förklarar sitt eget och andras beteende utifrån orsak och verkan (Nilsson, 2015). Det finns framförallt två slags attributioner som är antingen situationsbetingad eller egenskapsbetingad (Kelley, 1973) och de liknar också extern och intern kontrollfokus. Situationsbetingad attribution innebär att förlägga orsaken till ett sitt eget eller andras beteende utanför sig själv, det vill säga på yttre situationer. I egenskapsbetingad attribution är det egna eller andras egenskaper som förklaras vara orsaken till ett viss beteende (ibid.). Det talas också om *attributionerfel* som innebär och att vi tenderar att tillskriva våra egna misslyckanden till orsaker utanför oss själva, vilket visat sig är framförallt något som människor i den individualistiska västvärlden gör (Nilsson, 2012). Exempelvis, om en individ misslyckas med att bli nykter tillskriver individen detta till fel behandlingsform, behandlare som inte kunde sitt jobb eller att beroende är något som inte går att påverka av individen själv. Däremot sker det omvända när individen når framgång, som till exempel att uppnå långvarig nykterhet. När individen själv lyckas, tillskrivs det egenskaper hos individen själv, till exempel att man engagerade sig i behandlingen då man menade allvar med att bli nykter. Sådana felattributioner gynnar ofta den egna personen eller gruppen och missgynnar andra individer eller de som inte tillhör den egna gruppen, eftersom vi tenderar att tillskriva andra människor det omvända. (Augoustinos, Walker & Donaghue, 2006). Det vill säga, när det handlar om andras beteenden så tillskrivs ofta personliga

---

egenskaper som orsak till någons misslyckande, att personen misslyckades med behandlingen beror på individens ovillighet och brist på motivation. Om behandlingen däremot lyckas så tillskrivs orsakerna istället till situationen, exempelvis att behandlingen och terapeuten, i detta fall, var väl matchad till personen och hade därmed inget med den andre personens personliga egenskaper att göra.

Dessa begrepp blir relevanta för vårt resultat då behandlarna har huvudfokus på just klientens ansvar, framförallt under behandlingen och för sitt tillfrisknande. Varför, och hur behandlarna beskriver vikten av klientens eget huvudmannaskap menar vi kan förstås genom det humanistiska perspektivet som i sin tur betonar vissa likheter med, kontrollfokus och attribution.

### **3. Metod**

Denna studie antar en induktiv kvalitativ ansats. Studien kan anses vara induktiv eftersom vi låtit empirin leda vägen för våra beskrivningar och tolkningar. Det teoretiska ramverket har använts som verktyg för att förklara och förstå det empiriska materialet (Bryman, 2011). Innehållsanalys har använts som empirisk vetenskaplig metod för att beskriva det som direkt uttrycks av behandlarna, samt kunna analysera, tolka och utröna en djupare innebörd i intervjumaterialet. (Danielsson, 2012).

#### **3.1 Datainsamlingsmetod, urval och tillvägagångssätt**

Insamling av data gjordes med hjälp av semistrukturerade intervjuer (Kvale & Brinkman, 2009). Intervju som datainsamlingsmetod lämpar sig väl när syftet är att studera individers erfarenheter (Bryman, 2011). Semistrukturerade intervjuer innebär här att frågorna var öppna men formulerades i ett antal frågor som ställdes till samtliga intervjupersoner på liknande sätt och i samma ordning. Detta möjliggör att svaren är lättare att jämföra mellan intervjupersoner (ibid.). En intervjuguide skapades med visst antal frågor samt eventuella följdfrågor (se bilaga 2). Intervjupersonerna hade dock frihet att besvara frågorna på sitt eget vis och följdfrågor kunde ställas i relation till varje intervju (Bryman, 2011).

---

## 3.2 Författarnas förförståelse

Under arbetet med studien har det varit viktigt att reflektera över vår egen förförståelse. Hur våra erfarenheter, upplevelser och värderingar eventuellt kan ha haft betydelse för och påverka studien under processens gång (Priebe & Landström, 2012). Genom att medvetandegöra de akademiska erfarenheterna vi tillägnat oss under vår utbildning samt erfarenheter vi tagit med oss från tidigare arbetsplatser och privatliv som kan ha påverkat hur vi ser på behandlare, klienter och missbruk. Vårt intresse för missbruksvården och vår roll som socionomstudenter kan ha inneburit att vi sett på behandlarnas uttalanden med färgade ögon och att ett öppet och transparent förhållningssätt därav inte funnits fullt ut.

## 3.3 Urval och urvalsförfarande

Utifrån syftet att utforska vad behandlande personal inom missbruksvård har för uppfattningar och förväntningar på klientens möjligheter till tillfrisknande samt behandlarnas egen roll, var utgångspunkten att kontakta behandlare verksamma på behandlingshem inom frivillig slutenvård och/eller öppen beroendevård. Inledningsvis hade vi en tanke att framföra förfrågningar till både behandlingshem, kommunala och privata, samt öppenvård inom kommun och landsting. Detta för att få ett så brett urval som möjligt. Efter att fått ett nekande svar från chefen inom landstingets beroendevård (på grund av tidsbrist) så riktades studien mot behandlingshem inom kommunal och privat sektor. Därefter framförde vi förfrågningar, med hjälp av informationsbrev (se bilaga 3), mail och per telefon till tre olika gatekeepers (Bryman, 2011) inom olika behandlingshem för frivillig vård. Dessa gatekeepers fanns redan inom det kontaktnät som skapats under tiden för socionomprogrammet, vilket kan benämnas som ett bekvämlighetsurval genom snöbollsurval (Bryman, 2011). Dessa gatekeepers vidarebefordrade informationen till de behandlare som uppfyllde studiens kriterier för medverkan, det vill säga behandlande personal som använder sig av psykosociala metoder där återfallspreventivt arbete ingår. Vi fick tillgång till tio behandlare, varav två avböjde på grund av tidsbrist. De åtta behandlare som ställde upp på intervju var i åldrarna 40-55 år, fyra kvinnliga behandlare respektive fyra manliga behandlare. Erfarenhetsmässigt hade alla behandlare arbetat med missbruksvård i någon form i 10-20 år. De hade olika utbildningsbakgrund, till exempel

---

var några var steg-1 psykoterapeuter medan andra hade en kortare akademisk utbildning, exempelvis social- eller fritidspedagogutbildning, de flesta med kompletterande interna påbyggnadsutbildningar. Gemensamt för samtliga var att de hade gått kurser i återfallsprevention och MI.

### 3.4 Tillvägagångssätt vid datainsamling

I det mail vi skickade ut, eller i den telefonkontakt vi tog, gjordes först en kort presentation av oss och det övergripande syftet med studien, samt hur studien var planerad att utformas, inklusive information om samtycke och konfidentialitet (Kvale & Brinkman, 2009). Denna information fick behandlarna även vid varje intervjutillfälle. I största möjliga utsträckning redogjorde vi för att behandlarna och deras arbetsplats skulle förbli konfidentiella, det vill säga att ingen obehörig kan identifiera personer och arbetsplatser som medverkar i studien, samt att inspelningarna inklusive transkriberingarna kommer att förstöras efter att uppsatsen examineras. En redogörelse gjordes också över att vi endast använder materialet i enlighet med vårt syfte, enligt det så kallade nyttjandekravet (Bryman, 2011; Sandman & Kjellström, 2013).

Fyra olika datum för intervju bokades sedan in i de tre olika kommunerna. Intervjuerna ägde rum i en lokal utvald av respektive behandlare på dennes arbetsplats. Under samtliga intervjuer var vi båda närvarande, och turades om att hålla i intervjuerna. Den som inte styrde intervjun hade då som roll att ställa följdfrågor. Intervjuerna spelades in på två inspelningsenheter för ljudupptagning (smartphones) för att på så sätt minska risken för dålig ljudkvalitet eller bortfall på grund av tekniska skäl. Varje intervju tog mellan 40-60 minuter och resulterade i 155 sidor transkriberat material. Intervjuerna transkriberades efter hand som intervjuerna gjordes och de transkriberades ordagrant innehållsmässigt (Bryman, 2011).

Samtliga behandlingshem erbjöd heldygnsvård för vuxna missbrukare (endast substansmissbruk), både kvinnor och män. Två var i privat regi och ett var kommunalt, där även öppenvård ingick. Det kommunala behandlingshemmet arbetade utifrån ett kognitivt synsätt med olika behandlingsmetoder och med återfallsprevention, motiverande samtal (MI) samt strukturerade, förändringsinriktade samtal. De två behandlingshemmen i privat regi bedrev olika former av samtalsterapier med inriktning mot KBT och



---

systemteori samt även inslag av miljöterapi och mindfulness. Inom det kommunala behandlingshemmet kunde vården sträcka sig över flera år, medan de privata verksamheterna sällan hade behandlingstider över nio månader.

### 3.5 Dataanalys

Det transkriberade intervjumaterialet analyserades utifrån dess innehåll och innebörd, vilket innebar att vi ville få fram ”andemeningen” i behandlarens uttalanden (Danielsson, 2012). Följande analysprocess är i enlighet med innehållsanalysen (ibid.). I det första analyssteget lästes varje intervju igenom av oss båda, enskilt och ett flertal gånger i syfte att bekanta oss med materialet. I nästa steg påbörjades kodningsprocessen och vi valde att koda varje intervju i dess helhet, och detta gjordes utifrån vad Kvale & Brinkman (2009) kallar för en tematisk kategorisering. En tematisk mall skapades av varje intervjuperson där varje intervju fick sina egna koder/begrepp. I den vidare kondenseringen av analysmaterialet skapades mer övergripande tema, fortfarande för varje intervju separat. Detta gjordes för att behålla samtliga intervjupersoners unika uppfattningar och vad för teman som karakteriserar varje intervjuperson. Samtliga kodningssteg utfördes av oss separat, vilket också sägs stärka trovärdigheten i studien (Kvale & Brinkman, 2009; Danielsson, 2012).

Efter att ha skapat en systematisk organisering av varje intervjus teman så jämförde vi i nästa steg de olika intervjuerna och dess teman med varandra. Det kom att resultera i sådana teman som återkom i samtliga intervjuer och i denna process skapades mer sammanhängande meningsenheter mellan intervjuerna som sedan utvecklades vidare och kom att skapa tre huvudteman och olika varianter (underkategorier) på dessa. De tre huvudteman namngavs som: ”klienten har det fullständiga och slutgiltiga ansvaret för sitt eget tillfrisknande”, ”att skapa förutsättningar i relation till klientens fullständiga ansvar” och ”andra aktörer måste ‘ta över’ ansvaret”. Under processen med att skriva upp de olika temana fördjupades analysen ytterligare genom hur de olika temana på ett eller annat sätt genomsyrades av behandlarnas syn på klientens eget ansvar, som sedan inte heller tycktes handla enbart om klienterna, utan något de hänvisade för människan i allmänhet, vilket då kom att utgöra ett övergripande huvudtema som samtliga huvudteman relaterade till och som benämndes efter en del av en behandlares beskrivande uttalande, nämligen att ”alla människor är huvudperson i sitt eget liv”.

---

### 3.6 Etiska överväganden och studiens tillförlitlighet

En viktig etisk diskussion som har förts under studiens gång är hur databearbetningen i kvalitativa studier kan påverkas av forskarens förförståelse kring ämnet (Kvale & Brinkman, 2009), och att forskaren kan anses som medskapare till det som sägs i intervjuerna (Danielsson, 2012). Hur frågor och följdfrågor har framförts under intervjuförloppet, samt hur det transkriberade materialet sedan analyserades, var de etiska överväganden vi hade med oss under forskningsprocessen, förutom de grundläggande etiska principer som rör frivillighet, integritet, konfidentialitet och anonymitet (Bryman, 2011). Ett så öppet och transparent förhållningssätt som möjligt var utgångspunkten under arbetets gång, vilket är något som inte fullt ut kan garanteras då vår förförståelse kan ha påverkat (Priebe & Landström, 2012). I möjligaste mån undveks att styra intervjuerna utifrån våra egna tankar om ämnet, även då behandlarna emellanåt bjöd in oss och ville veta vad vi tyckte i någon fråga, eller när de ibland sökte medhåll för vissa påståenden. En övervägning om hur pass kritiska och provocerande frågor som kan ställas gjordes i förväg, då skapandet av en god intervjumiljö och ”relation” är viktigt för hur pass grundliga och uppriktiga svar som ges. Vi tog hänsyn till att ledande frågor lätt kan uppfattas som kritik av de intervjuade och dessutom kan detta leda in intervjupersoner på svar de inte egentligen inte känner sig bekväma att besvara (Kvale & Brinkman, 2009).

Andra etiska aspekter som diskuterades i enlighet med Kvale och Brinkmanns (2009) rekommendationer var; ‘har vi förbättrat något med studien?’ En sådan aspekt har med både etik och trovärdighet att göra, hur vår studies resultat kommer till nytta. Att bidra med fördjupad kunskap om ett viktigt ämne kan vara en sådan förbättringsaspekt, och vi menar att vår studie kan bidra med en viss ökad kunskap om hur behandlarna ser på klientens, sitt eget och andra aktörers ansvar i relation till behandling och tillfrisknande. Något som vi menar är oklart utforskat och som även åtminstone, potentiellt sätt, kan påverka behandlingsutfall, relationen mellan behandlare och klient, samt klientens möjligheter till tillfrisknande.

## 4. Resultat

I tabellen nedan presenteras det övergripande temat samt de huvudteman som identifierats i det analyserade materialet. Varje huvudtema har ett antal underkategorier, ibland med tillhörande varianter som i texten presenteras kursiverat. Det övergripande temat som identifierats innefattar behandlarnas övergripande budskap av deras förväntningar på klientens förmåga till att ta ansvar för sitt tillfrisknande. Att alla människor är huvudperson i sitt eget liv innebär att de beskriver en syn på människan som en aktiv aktör som har huvudansvaret för sitt eget liv, i stort som smått. Detta är ett tydligt huvudbudskap från vilket behandlarna sedan förstår och berättar om klienten och dennes ansvar för sitt tillfrisknande och vad deras eget ansvar kan tänkas vara, samt eventuella andra aktörers ansvar som är av betydelse efter avslutad behandling.

Tabell 1 – Presentation av det övergripande temat, huvudteman och underkategorier

<b>Övergripande tema ---&gt;</b>	4.1 Alla människor är huvudperson i sitt eget liv
<b>Huvudteman:</b>	<b>Underkategorier:</b>
4.2 Klienten har det fullständiga och slutgiltiga ansvaret för sitt eget tillfrisknande	<ul style="list-style-type: none"><li>- Att vara 'motiverad'</li><li>- Ingen ansvarsfrihet under behandling</li><li>- Att stå emot "alkoholkulturen"</li></ul>
4.3 Att skapa förutsättningar i relation till klientens fullständiga ansvar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Behandlarens ansvar att möta klienten och erbjuda strategier</li><li>- Utmaningar i behandlarrollen</li><li>- Att skapa en hållbar relation</li></ul>

---

4.4 Andra aktörer måste 'ta över'  
ansvaret

- "Hemmaplan" tar över

#### 4.1 Alla människor är huvudperson i sitt eget liv

*Jag är huvudpersonen i mitt liv, och jag har huvudansvar för mina val och det jag gör, och det är ju  
likaså för klienten också... (Intervjuperson 4)*

Ovanstående citat är beskrivande för hur behandlarna beskriver klientens ansvar. Att alla människor är huvudperson i sitt eget liv innebär en syn på människan som en aktiv och intentionell varelse som både kan men framförallt alltid ska förväntas ta ansvar för sitt eget liv. Det gäller med andra ord inte enbart missbrukaren utan människan generellt. Att vara huvudperson i sitt eget liv innebär att det alltid är individen själv som har det övergripande, "huvudansvaret" för vad hon eller han gör med och av sitt eget liv. Detta tycks betraktas av behandlarna som något odiskutabelt, och som en självklar utgångspunkt i människans psykologiska och sociala natur. Även om alla behandlare inte uttrycker detta lika tydligt som i ovanstående exempel så verkar samtliga ändå förstå och förklara missbrukarens möjligheter till tillfrisknande i relation till denna utgångspunkt och de förväntningar de har på att missbrukarens alltid måste ta ansvar för sitt eget tillfrisknande och nyktra liv.

Att klienten åläggs det fullständiga och slutgiltiga ansvaret för sitt tillfrisknande är även det ett huvudtema som de två andra huvudtemana hela tiden behöver förstås i relation till Klientens ansvar är i intervjuerna särskilt framträdande. Att klienten behöver vara motiverad är något som behandlarna återkommer till på olika sätt, men utan att klart definiera vad de menar (ett förtydligande av vad de menade lyckats heller inte fångas upp av oss under intervjuerna). Motivation verkar dock vara kopplat till det "att vara villig", det vill säga att uppvisa en villighet till att förändras, tillfriskna och bli nykter. En sådan syn på motivation är vanlig i vissa behandlingsperspektiv, bland annat i Minnesota-modellen och tolvstegsprogrammen (M. Karlsson, 2012). För behandlarna tycks detta med människans ansvar vara en "helig" devis och det som utgör grunden för deras människosyn och för en lyckad behandling. Det innebär att ingen människa någonsin kan avsäga sig ansvaret för detta ansvar, oavsett sjukdom eller andra livsvillkor som hon befinner sig i (till

---

exempel missbruk/beroende), eller vad än hon än råkat ut för och inte fullt ut kan kontrollera.

Inbegrivet i klientens ansvar är även att ta ansvar för att stå emot olika sociala och kulturella föreställningar om alkohol och drickande. Klientens förmåga till att stå emot är något behandlarna även tycks koppla till klientens 'motivation', det vill säga till deras förmåga eller känsla av ansvar för sitt eget liv. Att behandlarna har ett visst ansvar för klientens tillfrisknande är mestadels kopplat till att de har ett ansvar att skapa förutsättningar för klienten att klara av att ta sitt ansvar och klara av behandlingen samt att arbeta mot tillfrisknande. Det finns dock vissa utmaningar för behandlarna vad gäller att skapa dessa förutsättningar, bland annat hur svårt det kan vara med vissa förväntningar de har på olika slags klienter, och att inte kategorisera klienterna utifrån vilka de tror kommer klara sig eller ej. Ytterligare svårigheter uttrycks kring klienter som inte tycks dela deras syn på att människor är huvudperson för sitt eget liv, eller som inte har förmågan att kunna se eller ta detta ansvar. Detta kan ta sig i uttryck att behandlarna uppfattar en del klienter som ovilliga snarare än oförmögna.

Slutligen, på samma sätt som behandlarna menar att de har ansvar för skapa förutsättningar och hjälpa klienten under behandling, anser de att andra aktörer behöver 'ta över' detta ansvar när klienten skrivs ut från behandlingshemmet, så att klienten inte skall falla tillbaka till gamla mönster utan kunna upprätthålla det ansvar för sitt tillfrisknande som de påbörjat under behandlingen. Det är dock alltid klienten som fortfarande anses ska ta huvudansvaret för att för sitt fortsatta liv på hemmaplan och att själv söka den hjälp som de behöver.

## **4.2 Klienten har det fullständiga och slutgiltiga ansvaret för sitt eget tillfrisknande**

Att klienten har det fullständiga och slutgiltiga ansvaret för sitt tillfrisknande har bland annat sin utgångspunkt i att behandlarna utgår från att klienten är den person som någon gång har tagit beslutet att använda narkotika eller alkohol. På samma sätt behöver då klienten vara den som tar beslutet att sluta använda narkotika eller alkohol. Behandlarna tycks uppfatta att möjligheterna till tillfrisknande på något sätt påbörjas redan innan behandlingen, ofta genom att de relaterar till motivation eller snarare mer att det behöver finnas en villighet hos klienten att vilja tillfriskna, att ta hjälp och sträva mot att leva ett

---

drogfritt liv. Utan villigheten att förändras kan heller inte behandlarna göra något för att hjälpa klienten i sitt tillfrisknande.

Detta verkar vara odiskutabelt även om behandlarna också uppvisar en medvetenhet om att klienter kan ha olika förutsättningar med sig och speciellt då villighet till att tillfriskna (exempelvis beskrivs att det är flertalet som kommer på grund av socialtjänstens beslut).

Behandlarna tycks med andra ord inta en speciell människosyn som mynnar ut i att vara huvudperson i sitt eget liv, oavsett om man är missbrukare eller inte. Det finns heller ingen ansvarsfrihet för någon, och inte heller för en individ med ett beroende eller missbruk som är under behandling. Även om klienten och de själva ser på missbruk som en sjukdom eller om klienten förutom sitt beroende även ofta kan ha olika psykiska problem som kan försvåra. Klienten behöver ta ansvar för att förändra sitt beteende som kommer från missbruket/beroendet och sina olika sjukdomstillstånd. Ansvaret för sitt tillfrisknande gäller även att stå emot de svårigheter som behandlarna tycks mena är ett resultat av den alkoholkultur som råder i Sverige, speciellt menar de den sociala acceptansen av bruket av alkohol som de beskriver som en nästan ”moralisk nödvändighet” i vissa sammanhang.

### ***Att vara ”motiverad”***

Att vara motiverad tycks enligt behandlarna handla om klientens *villighet*, men att det i sin tur kan vara yttre händelser i dennes liv som försvårar detta. Behandlarna menar att om klienten känner stor motivation till att bli nykter, tar individen även på sig ansvaret för sitt övriga liv, och även för det som sker utanför dem själva. I citatet nedan beskrivs hur det inledningsvis kan vara socialtjänsten som står för större delen av klientens motivation eller villighet till behandling, trots detta menar flera behandlare att man i dessa fall ändå kan lyckas fånga upp klienten och hjälpa denne att bygga upp en egen motivation.

*Många gånger har dom inte motivation utan det är soc som sätter press. Så där kan man ju stånga sig blodig men att det ändå inte hjälper. Det finns såna som man aldrig kommer kunna hjälpa, mer än att kunna ge dom bättre livskvalitet då. (IP 1)*

Några behandlare beskriver att dessa klienter blir ”*extremt svåra att hjälpa*” (IP 4, IP 2, IP 7) medan andra menar att det kan bli ett bra resultat även om den motivationen som klienten visar egentligen är ett resultat av socialtjänstens eller familjens motivation. I citatet ovan

---

tycks man trots en bristande villighet, vilja framhäva en förbättrad livskvalitet. Samtidigt som behandlaren menar att *“det finns dom som man aldrig kommer kunna hjälpa”* (IP 1), menar behandlaren ändå att det går att hjälpa klienten att åtminstone få en bättre livskvalitet. Flera behandlare menar att utifrån klientens förmåga, får man undersöka hur individen gör för att förändra och på så sätt framkommer klientens egen motivation.

### ***Ingen ansvarsfrihet under behandling***

Oavsett vad klienten har med sig in i behandling så uttrycker behandlarna att klienterna aldrig kan avsäga sig sitt ansvar. När klienten lyckas ta sitt ansvar redan inledningsvis genom en villighet att påbörja behandling och ge den en chans, så uppfattar behandlarna ändå att det finns en del individer som inte tycks vilja fortsätta ta sitt ansvar, och att de därmed *“gömmar sig”* bakom sitt missbruk som en *sjukdom, psykisk ohälsa* eller bakom ett motstånd mot att *förändra sitt beteende*. De flesta intervjuer pekar mot att någon form av samsjuklighet är en oundviklig aspekt i behandlingen, men detta avskriver på inget sätt klientens eget ansvar. I slutändan är det klienten som bär ansvaret för de förändringar som behandlarna menar behövs göras för att uppnå drogfrihet och livskvalitet. Detta uttrycks exempelvis av en intervjuperson på följande sätt:

*Det spelar ingen roll om det är en sjukdom eller om det är ett beroende, man har ett eget ansvar i vilket fall som helst. Har jag diabetes så är det mitt ansvar att ta min medicin på samma sätt som det är klientens sätt att ansvara för sitt beteende. (IP 8)*

Som exemplet visar är sjukdomsbegreppet inget som kan användas i syfte att avsäga sig sitt ansvar, ändå anser de flesta behandlarna att klientens syn på sitt beroende som en sjukdom kan vara delvis positiv (*“skuldbefriande”*). Det kan även vara negativt när det hindrar klienten från att se och ta sitt ansvar för att det används som en ursäkt till förändring.

*Sjukdomsbegreppet kan vara skuldbefriande för vissa, vilket kan vara bra om klienten har stor skuld, samtidigt som det kan vara ansvarsbefriande för andra, vilket inte är bra då klienten skyller allt på sjukdomen, man tar på sig en offerkofta. (IP 8)*

I citatet ovan menar behandlaren att *sjukdomsbegreppet* kan utgöra en viss risk att klienten känner ansvarsfrihet under behandlingen, men det kan även upplevas befriande. I flertalet av intervjuerna beskriver behandlarna hur *psykisk ohälsa* kan vara centralt, det kan

---

exempelvis vara mycket ångest över vad som har hänt och det kan underlätta att dela ansvaret genom att betrakta missbruket som en sjukdom. För vissa klienter skapar då detta en möjlighet att komma vidare från ångest och depression och lära sig ta ansvar och inte låta sjukdomen diktera deras liv. Det som behandlarna menar blir problematiskt är när en klient redan från början skjuter över ansvaret på andra, detta medför att det blir svårt att arbeta med klienten. Eftersom det enligt behandlarna inte finns någon ”magi eller något trolldö” (IP 1, IP 4, IP 6) som helt plötsligt kan lösa klientens situation blir därmed klientens villighet och ansvar betydelsefull och styrande för behandlingen.

Att en klient inte tar ansvar menar behandlarna även kan böttna i låg självkänsla (som det är osäkert om de menar är ett resultat av missbruket eller något de har med sig in i missbruket), som gör att klienten inte riktigt kan eller vågar bli drogfri. I citatet nedan menar exempelvis en behandlare att det inte är alkoholen som är problemet, utan den dåliga självkänslan som framförallt i början av behandlingen kan skapa hinder för att ta steget fullt ut att ta ansvar för sitt tillfrisknande.

*...klienten kan ha väldigt dålig självkänsla, så jag ska bara jobba på hans självkänsla, så kommer han att inse att han inte behöver alkoholen för att vara social... utan då kanske det är den man får jobba med, inte alkoholen eller drogen... socialtjänsten vill att man ska få klienten nykter, men det är inte alltid det som är bekymret, alkoholen kan vara en klients sätt att våga vara social eller gå till affären... (IP 1)*

I flera intervjuer framgår det som i citatet ovan att socialtjänsten inte alltid förstår hur missbruk fungerar utan de tror det endast är att göra klienten drogfri. De kan till exempel mena med detta att socialtjänsten därmed inte tagit sitt ansvar och gjort en ordentlig utredning innan, utan att de betraktat klienterna som enbart missbrukare. I exemplet ovan använder en klient alkohol för att klara av sitt vardagliga liv och behandlaren tycks mena att individen egentligen behöver hjälp med sin ångest och andra mer specifika sociala problem.

I förhållande till återfall och ansvar uppmärksammar behandlarna att allt inte bara handlar om att klienten vid ett återfall går tillbaka till drogen. Eftersom samtliga menar att ett missbruk handlar om så mycket mer än att bara dricka eller inta narkotika är det också många faktorer som påverkar klienterna och deras förmåga att ta ansvar för sitt tillfrisknande. Exempelvis menar behandlaren i citatet nedan att om en *beteendeförändring*



---

inte sker på samtliga områden i livet är det risk att klienten även går tillbaka till sitt missbruksbeteende, det vill säga, att man ”gör det man alltid gjort”:

*Att bli nykter är ett förändringsarbete på många områden. Gör man det man alltid gjort så får man det man alltid fått. Återfall bottnar ofta i återfall i beteende, det måste ske förändringar på många olika områden. (IP 5)*

Vad behandlarna än uppfattar som försvårande yttre faktorer eller samsjuklighetsfaktorer av olika slag är det trots detta klienternas ansvar att förebygga och upptäcka de situationer och faktorer som innebär risk för återfall. Flera behandlare menar att klienten behöver ändra hela sin livsstil, vilket klienten ibland kan ha svårt för. En behandlare uttrycker detta på följande vis: “vissa klienter vill leva sitt liv som vanligt, bara utan missbruket” (IP 7).

### **Att stå emot “alkoholkulturen”**

Att det finns en alkoholkultur i Sverige är något behandlarna återkommer till som en försvårande faktor för tillfrisknande. Dels för att det är *socialt accepterat* och dels för att det finns en viss *kultur* kring alkoholen i sig där det inte betraktas som missbruk på samma sätt som narkotika, samt att det finns någon slags “*manlighetsideal*” kring denna kultur. Detta är något individen behöver lära sig att stå emot eller hantera. Då missbrukaren betraktas som fullt ut ansvarig för sitt tillfrisknande är det också dennes ansvar att sörja för att hantera drickandets betydelse i sociala sammanhang. Behandlarna anser att dricka är något som förväntas av människan och att det är en *socialt accepterad* del av den svenska kulturen. De menar att om man inte klarar av att dricka kan det påverka det sociala umgänget på ett negativt sätt, att det exempelvis gör att man känner sig socialt utesluten. I citatet nedan menar en behandlare att alkohol är en sådan central del av de flesta människors liv att man kan bli ifrågasatt av både familj och vänner om man tackar nej till alkohol, inte minst om personen ifråga är man:

*Alltså alkohol är ju det här sociala kittet. Alla vill tänka sig att när man går ut på nästa date så ska man inte behöva tacka nej till det där glas vinet eller att när jag träffar brorsan så dricker vi alltid några pilsner. Det är så socialt accepterat, det är någonting som man bara ska klara av. Och det finns nog framförallt rätt mycket manlig kultur som gör att man ska kunna dricka. Så det är nog både lite socialt men också att det är så godkänt av sambället och accepterat och det ställer*

---

*faktiskt till lite bekymmer för dem flesta när man inte gör det. Det tar bort vissa umgängen och man kan inte vara med på samma sätt utan man får göra ännu mer nya saker. (IP 5)*

Det uppfattas som att "man ska" klara av att dricka och det tycks vara en så självklar del i vardagen att man därmed behöva byta ut drogen mot något annat som kan bli lika viktigt, som exempelvis olika fritidssysslor. Behandlarna menar att ett misslyckande att göra detta kan frammana starka känslor av skam, känslor som i sin tur triggar igång ett drickande. En behandlare säger att "det krävs extremt mycket från en klient som varit alkoholist att kunna dricka på en sund nivå, individen behöver ha en otroligt stark inre styrka och uthållighet att stå emot det sociala trycket" (IP 2). I detta återkommer behandlarna till klientens egen drivkraft och motivation. Generellt dock menar de flesta behandlare att huvudparten av alkoholister inte kommer att kunna dricka på ett måttligt och socialt sätt.

Det är också återkommande i intervjuerna att det är händer att klienter kan "gömma sig" bakom alkoholen och drickandet som just ett kulturellt och socialt accepterat fenomen. Exempelvis menar en behandlare att klienten inte uppfattar sig som lika speciell eller ensam då de kan hänvisa till att 'alla' ju dricker alkohol som dessutom är lagligt, och eftersom drickandet ingår i många sociala och kulturella sammanhang där alkoholen för de flesta inte blir ett problem. En annan aspekt av *alkoholkulturen* som tas upp är att alkohol som missbruk kan vara svårare att upptäcka av den anledningen att man i vardagligt tal drar en parallell mellan missbruk och narkotika (där bruk av narkotika är olagligt), och på grund av detta är det inte alltid som alkoholisten uppfattar sitt drickande som ett missbruk. I citatet nedan menar en av behandlarna att det kan vara bättre att klienten verkligen får känna av konsekvenserna av sitt missbruk för att kunna tillfriskna, annars kan skammen bygga upp en slags mur av förnekelse.

*Det finns folk som haft jobb men supit som katten och ändå hållit jobbet ett tag. Men sen rasar allting och sen kommer man hit med en bild av att man fortfarande är lite högre stående än andra folk: Jag är ju ingen knarkare i alla fall'. Och man försöker va duktig och man har liksom med sig den grejen. Dom kan vara ganska svåra att komma åt. Så duktiga alkoholister är svåra, nästan lättare med nån som verkligen har slått i backen för då har alla försvar redan rykt. Dom duktiga alkoholisterna kanske har lägenheten kvar, kanske har sin Audi Q5 kvar liksom och en status så. Dom skäms ihjäl över att vara här och försöker på alla sätt att tysta ner det. (IP 6)*

---

Som behandlaren ovan beskriver är det vanligt att vissa klienter kan hamna i en stark försvarsställning i början av behandlingen och behandlaren kallar dem för de “duktiga alkoholisterna”. De är sådana som ännu inte har förlorat allt, de har inte ”slagit i backen” eller slagit i botten som är ett vanligt uttryckssätt inom 12-stepsprogrammet, vilket menas att alla har sin egen personliga botten som innebär en möjlighet till förändring först när man upplever sig ha förlorat det mesta i livet (Lehmann, Stockenström & Lundberg, 1984). Det behandlaren beskriver i citatet ovan är något återkommande i intervjuerna, att det finns en *kultur* där både alkohol och alkoholism inte betraktas som lika allvarligt som narkotika och narkotikamissbruk vilket detta uttalande visar på: “*man är ingen knarkare i alla fall*” (IP 6). Att det är en utmaning är behandlarna överens om och att det är något som klienten i slutändan också behöver ta ansvar över: “*...klienten behöver stå emot den kultur som finns*” (IP 5).

Behandlarna vittnar även om hur vissa klienter kan känna ett väldigt starkt socialt tryck också i ett slags *manlighetsideal* som de menar finns i att kunna dricka mycket. Om inte klienten klarar av att leva upp till det idealet menar de att det kan resultera i återigen mer skam i sociala sammanhang. Behandlarna hänvisar ofta till alkoholism som ett manligt fenomen, några behandlare menar även att kvinnor som blir alkoholister ofta har ett mer maskulint sätt att bete sig på. Exempelvis uttrycker en behandlare att: “*ölgubbarna tar lättare återfall*” (IP 1) just på grund av den svenska alkoholkulturen och speciellt då för att alkohol och alkoholmissbruk förknippas med manlighet och ett manligt fenomen.

### 4.3 Att skapa förutsättningar i relation till klientens fullständiga ansvar

Att skapa förutsättningar tycks handla om att behandlarna menar att de främst har ett ansvar att hjälpa klienten att själv kunna ta ansvar, att inte olika utmaningar (hos dem själva och klienten) hindrar behandlingen samt för att kunna komma klienten nära skapa en god relation till klienten. Behandlarna uttrycker en viss svårighet att formulera vad de egentligen menar sig ha för ansvar för klientens tillfrisknande.

#### *Behandlarens ansvar att möta klienten och erbjuda strategier*

---

Behandlarna menar att för att hjälpa klienten är det av stor vikt *att möta upp klienten på dennes nivå*, och att ge klienten olika *verktyg*, där de menar att de erbjuder olika strategier för att hjälpa klienten att lösa de problem som de kan hamna i. Viktigt blir att skapa en inre process som leder till en beteendeförändring i positiv riktning. En behandlare beskriver exempelvis det på följande sätt; *“...det är viktigt att klienten ska få tankar och känslor om sig själva som kompetent” (IP 4)*. Att klienten klarar av olika situationer menar de skapar motivation till förändring hos individen.

I intervjumaterialet framgår det att behandlarna menar att klienterna just har använt alkohol och narkotika som ett verktyg eller en strategi för att hantera olika känslolägen och situationer och att de nu istället behöver lära sig (ta ansvar för) att ”hitta” och använda andra verktyg och strategier för att klara av situationen. En behandlare säger exempelvis: *“Målet är ju att de ska hitta andra verktyg, utan alkoholen blir det ju ett enormt tomrum” (IP 3)*. Verktøygen som de kan ”ge” till klienterna kan vara tagna ur en manualbaserade återfallspreventionen (Saxon, 2012) eller mindfulnessbaserad KBT (Hilte, 2012). De uttrycker det dock mestadels som att de ”använder” sig själva som ett slags verktyg, det vill säga deras egen personlighet och känslor används för att hjälpa klienten att vilja ta sitt ansvar att tillfriskna och leva ett förändrat och nyktert liv. Att skaffa andra verktyg används också som en metafor av en behandlare för att ”fylla det tomrum” som behandlaren menar uppstår efter drogen.

I intervjumaterialet framgår det att vad som förväntas av klienten och klientens förmåga att klara av dessa förväntningar ofta skiljer sig åt. Någon menar att det kan vara frustrerande att socialtjänsten beskriver en klient som ”kognitivt låg-fungerande”, samtidigt som det ställs krav på klienten att vara normalfungerande och kunna ta ansvar för sitt liv. Exempelvis uttrycker en behandlare att *“i beroende så beter man sig som om man hade rätt många psykiska diagnoser” (IP 5)* och detta menar flera behandlare också kan försvåra arbetet med att skapa de förutsättningar som krävs för att klienten skall ta ansvar och tillfriskna. De olika symptomen menar de gör att klienten har svårt att inse och förstå att han/hon behöver ta ansvar: *“...när klienter inte tar sitt ansvar och bara lägger det utanför sig själv är svårt. Det blir ju nästan som en egen liten diagnos” (IP 8)*. Att behandla en klient som inte ser sitt eget ansvar tycks vara utmanande på samma sätt som att behandla en klient med någon form av samsjuklighet.

---

För att skapa förutsättningar för ansvar hos klienten beskriver flera behandlare att de behöver initiera kontakten, oftast inte om själva missbruket, utan kring vad klienterna har för förväntningar på sig. De talar även om för klienten deras bakomliggande behandlingsfilosofi om att det är klienten själv som är huvudansvarig för sin behandling och tillfriskande. De påbörjar alltså arbetet med klienterna med att skapa dessa förutsättningar för att klienten ska kunna ta och känna ett ansvar. Någon menar dock att det även är viktigt med en första tids drogfrihet innan de till fullo faktiskt kan tillgodogöra sig behandlingen, eftersom klienten efter ett långvarigt drickande eller knarkande ofta har kognitiva svårigheter, till exempel med de exekutiva funktionerna vilket det också finns stöd för i beroendeforskningen (Bihlar Muld, 2012). I relation till detta menar en behandlare exempelvis att en sådan klient behöver betraktas som ett barn som man berättar saker och ting för på ett lättförståeligt vis:

*Ibland får man förklara klientens ansvar som man förklarar saker för ett barn; "Det är inte mitt fel att du slog dig, men jag kan blåsa och ge dig ett plåster, samma sätt med missbrukare att; det är inte mitt fel att du missbrukar, men jag kan erbjuda dig verktyg att jobba med. (IP 5)*

Att skapa förutsättningar för klienten menar flera behandlare handlar speciellt om *att möta klienten på dennes nivå*, vilket kan då ibland innebära som behandlaren ovan menar, att de då får möta vissa klienter på ett barns nivå. Klientens kognitiva kapacitet och förmåga att ta ansvar för sitt liv likställs då ett barn. Dock innebär inte detta att klienten avskrivs ett eget ansvar utan i den bemärkelsen betraktas missbrukaren som vilken vuxen person som helst, som har huvudansvaret för sitt eget liv.

Att anpassa sig efter var klienten befinner sig handlar också om att försöka skapa positiva och hoppfulla känslor hos klienten, som då hör ihop med att hjälpa till att skapa förutsättningar för klienten att känna att den kan ta ansvar, och uppleva att det också händer något. Som i detta uttalande: *"det man vill komma till i behandling är att klienten ska känna 'Jag tar ansvar, jag får saker att hända' och att jobba bort från 'Andra har ansvar, andra får saker att hända'" (IP 4)*. Här menar behandlaren i linje med teorin om kontrollfokus (Rotter, 1966), att klienten kommer in i behandling med ett externt kontrollfokus och vad behandlarna strävar efter är att de skall komma till en mer uttalad intern kontroll fokus.

Kärnan i behandlingen tycks vara att skapa en inre process där behandlaren försöker påverka klientens beteende mot ett ökat inre ansvarstagande. Behandlarna trycker här

---

också på betydelsen av att klienten måste lära sig att konfrontera sina rädslor för förändring, sina negativa känslor, eftersom de menar att just detta kan göra det svårt för klienterna att ta kontroll över sitt liv och få saker att hända. Flera behandlare menar vidare att det bakom nästan varje återfall finns någon typ av rädsla i att konfrontera det nya och okända i livet. Det framkommer under intervjuerna att det tycks vara lättare för klienten att gå tillbaka till ett tidigare liv för där vet de åtminstone vilka konsekvenserna är och de känslorna som uppstår och hur de kan hantera dessa. Behandlaren har då ansvar att skapa de förutsättningar som klienten behöver för att i behandlingen och därefter kunna och våga möta sina rädslor och jobbiga känslor, det vill säga att kunna och våga ta ansvar för vem man är och hur man känner.

### *Utmaningar i behandlarrollen*

Det finns olika utmaningar i behandlarrollen, dessa utmaningar kan innebära att inte vara *kategoriserande*, nedvärderande eller dömande mot klienterna. Samtidigt som en behandlare menar att det är svårt att inte kategorisera klienterna: *“det går inte att komma ifrån att man börjar kategorisera folk lite, generalisera lite”* (IP 4). Det finns alltså en motsättning mellan deras intentioner, det som anses vara rätt och vad som sedan sker. De verkar dock medvetna om denna motsättning. Det är också speciellt klienters förmåga eller oförmåga att vara ärlig som kanske är den svåraste utmaningen: *“...örlighet kan vara mycket svårt att bygga en behandling på...”* (IP 8). Om klienterna inte är ärliga mot sig själva eller mot personalen kan detta hindra tillfrisknandet, och att vara ärlig mot sig själv och andra är en annan aspekt av klientens ansvar.

Flera av respondenterna har i åtanke att vissa klienter kommer klara sig bättre än andra, även om det senare visar sig att deras antaganden inte har varit korrekta. Det är också här kategoriserandet kommer in: *“Tbland tänker man; Ååh herregud, det kommer aldrig gå... så funkar det ändå, och tvärt om att det kan vara nån man tror på stenhårt, men så faller den direkt sen”* (IP 7). Flera behandlare menar att klientens personlighet är en central aspekt av huruvida en klient tar ansvar eller inte och är möjlig att hjälpa, tillfriskna och leva ett nyktert liv. Även risken att ta återfall är kopplat till någon slags personlighet. Detta med att det finns en slags missbrukarpersonlighet (Nakken, 2016) återkommer flera behandlare till, och vissa klienter tycks då betraktas som att de har mer av denna missbrukspersonlighet än andra. Att de *kategoriserar* klienterna handlar just om att förklara varför vissa är svårare att hjälpa än andra.

---

Samtidigt menar de också att de ofta även har fel i sina antaganden. Citatet nedan exemplifierar det flera behandlare berättar om, att personligheten delas upp i en missbruksdel och en ”normal” icke-missbrukspersonlighet, och att det är den missbrukande delen som är manipulativ, oärlig och ovillig att förändras:

*Jag tycker det är rätt så gött det här att dela upp människan, det finns en missbrukarsida och den sidan är manipulerande, den är verkligen det. Men det innebär inte att hela den individen är det, utan just den här delen i den här personen är det. (IP 4)*

Många intervjupersoner menar att den manipulativa och misstänksamma sidan hos vissa klienter också är kopplat till att de har dolda agendor och därför är svåra att jobba med. Bakom en dold agenda kan exempelvis socialtjänstens hot om LVM, familjens eller andra sociala påtryckningar finnas. Oärlighet uppfattas som ett stort problem som kan göra att klienten lättare anpassar sig till vad behandlaren säger, istället för att gå in helhjärtat i behandlingen. Många behandlare tycks ha en uppfattning om att klienter alltid är åtminstone delvis oärlig och manipulativ i början av behandlingen, och att detta är kopplat till klientens bristande motivation (ovillighet att ta ansvar). Det innebär att klientens villighet till förändring är något som tycks uppfattas som avgörande och en kvarstående oärlighet inte leder till en lyckad behandling.

### ***Att skapa en hållbar relation***

Att försöka inte låta sin egen förförståelse lysa igenom till klienterna anses viktig för att kunna skapa en god relation till klienten. Även att behandlarna har en *tro på det de gör* och en förmåga till att *skapa tillit mellan sig och klienten*. Relationen mellan klient och personal betonas som den mest betydelsefulla komponenten i deras eget ansvar och hör ihop med att vara engagerad. En behandlare uttrycker det som att; *”jag kan ju inte begära nått av dem om inte motivationen finns hos mig själv”* (IP 3). Där behandlaren tycks mena att lika viktigt som det är att klienten är motiverad och känner ett ansvar i behandlingen, lika viktigt är det även att behandlaren känner och visar upp detsamma.

Flera behandlare menar att bemötande och relation är långt viktigare än metoden. Detta visar också den forskning som sammanställts i Regeringens betänkande: *Personer med tungt missbruk - Stimulans till bättre vård och behandling* (Gerdner, 2005). Behandlaren har ett ansvar

---

att bygga en hållbar relation med klienten för att klienten ska kunna tillgodogöra sig de verktyg som behandlaren erbjuder, även om det i slutändan är klientens ansvar att använda dessa verktyg. Exemplet nedan visar på att hur de manualbaserade verktyg som ibland används kan bli missvisande, då dessa inte tar hänsyn till om klienten är uppriktig i sina svar eller ej.

*Om klienten har låg tillit till myndighetspersoner kan det resultera i att de ljuger i början och säger att sin problematik i sitt missbruk inte är så farligt, kanske skattar sig som en 5:a på en 10-gradig skala, medans efter att man byggt upp en relation och får mer tillit så blir de mer ärliga och skattar sig som en 6:a av 10 på skalan. Enligt skalan så har missbruket blivit värre under behandling, men i själva verket så är det relationen som har blivit bättre och klienten som blivit mer ärlig (IP 7).*

Ovan uttrycks att tillit i relationen kan stärka en klients ärlighet och därmed minska den manipulativa och oärliga sidan som tidigare omnämndes. Ansvaret för att skapa förutsättningarna för en tillitsfull och icke-dömande relation ligger alltså främst på behandlaren.

Under intervjuerna framgår det att relationen bland annat bottnar i samarbete, arbetsallians och att *skapa tillit*, vilket de menar att de gör successivt under behandlingens gång, framförallt genom samtal. Att våga säga ifrån, visa känslor och vara rak på sak är viktiga komponenter i behandlarrollen, eftersom de upplever klienterna som vingklippta i sin tillit. Därför, menar en behandlare, är det “...genom ärlighet och tydlighet skapas en relation som i sin tur resulterar i tillit” (IP 8). Behandlarna tycks alltså mena att relation skapar tillit och vice versa. Något alla behandlare är eniga om är att behandlaren bör ha ett gott självförtroende, veta var man står i sig själv och i sin professionalitet. Vidare beskrivs att behandlaren bör vara stabil, inte vara rädd för utmaningar och att våga möta klienten där den är. Flera behandlare menar vidare att det är viktigt att inte vara rädd för konflikter. Exempelvis säger en behandlare att det är “superviktigt att stå kvar när det börjar storma” (IP 2) och att det är en central del i att lyckas vinna klientens tillit och förtroende. Många uttrycker en mening som kan exemplifieras med följande citat:

*Allra största grejen är ju liksom bemötande, terapeutisk allians, nyfikenhet... så det är egentligen där som den stora grejen ligger. Men för att kunna va det behöver man ju va trygg i sin teori också.*  
(IP 6)



---

Det råder en fullkomlig samstämmighet i uppfattningen om att de som behandlare bör vara engagerade och *tro på det de gör*. Grundförutsättningarna till ett bra bemötande och att kunna möta klienten där den är, tycks vara att behandlaren är trygg i sin profession, att behandlaren har en inre tro på sig själv och sina teoretiska verktyg. En behandlare förklarar detta med att många klienter är mycket känsliga för behandlaren's inställning, *”klienterna har jobbat upp såna känslspröt, de är känsligare, precis som barn, så jag tänker att dom läser av oss snabbare än vad vi kan tänka oss”* (IP 2). Många klienter menar de har behövt bli lyhörda för framförallt negativa attityder och känslor eftersom de ofta har levt i en osäker och otrygg miljö. Om behandlaren inte bryr sig eller inte tror på behandlingen menar de att klienterna direkt kommer att känna av detta. Vilket kan resultera i att klienten inte känner tillit och därmed kan påverka behandlingen.

Avslutningsvis, på samma sätt som behandlarna uttrycker att klienterna behöver dela deras syn på livet, där människan är huvudperson i sitt eget liv tycks de även mena att både klient och behandlare är människor, där ingen är bättre än den andre. De tycks betona vikten av att mötas på samma nivå, att *”man inte sitter på några böga hästar”* (IP 2, IP 3). I intervjuerna framställs klienten som lyhörd för negativa tankar och känslor som finns hos behandlaren, och som exemplifieras ovan uttrycks det att man inte bör arbeta som behandlare om man inte känner hopp för klienten. Samtidigt har det tidigare uttryckts som en utmaning att inte ha en viss typ av förförståelse om klienten. I relation till att klienten har det fullständiga ansvaret till sitt eget liv tycks behandlarna ändå se sitt ansvar som professionell att skapa de förutsättningar de kan och att detta görs med hjälp av olika verktyg där det viktigaste verktyget dock är de själva och relation mellan dem själva och klienten som de anser sig ha speciellt ansvar för.

#### 4.4 Andra aktörer måste 'ta över' ansvaret

På samma sätt som behandlarna menar att de har ansvar skapa förutsättningar under behandling, anser de att andra aktörer behöver 'ta över' detta ansvar på "hemmaplan" när klienten skrivs ut från behandlingshemmet för att de förändringar som gjorts i beteende och nykterhet ska bestå. Att klienten skaffar sig olika fritidsintressen och andra sociala aktiviteter som motverkar tristessen och ensamheten tycks också vara viktigt. Samtidigt menar behandlaren återigen att huvudansvaret för detta ligger hos klienterna, exempelvis så är det deras ansvar att hålla kontakt med socialtjänsten och be om hjälp. Behandlarna

---

menar att eftersom behandlingshemmet blir som en typ av konstgjord vardag, och en skyddad miljö så är det lätt att hemmiljön kan leda till för stora kontraster mot behandlingsmiljön. Så även om klienten är beredd att ta sitt ansvar så är det oftast viktigt att det fortsätter finnas ett visst stöd kring klienten på hemmaplan.

### ***“Hemmaplan” tar över***

Med hemmaplan menar behandlarna alla de som kan tänkas vara till hjälp för klienten i sin *hemkommun*, till exempel socialtjänst och det *sociala nätverket*. Flera behandlare menar att det finns ett behov av ett så kallat “mellanland”. Behoven ute i samhället behöver ses över och lösningarna på hemmaplan är inte alltid på plats när klienten lämnar behandlingshemmet. Flera behandlare menar att nykter- eller drogfriheten ofta blir en utmaning och lätt bryts när klienten kommer hem, och de anser att det är ett slöseri med behandlingsresurser om inte *hemkommunen* tar över något av det ansvar som de tidigare haft på behandlingen. I exemplet nedan beskriver en behandlare hur klienten fortfarande har det övergripande ansvaret och är den som tar reda på och initierar vad det kan finnas för hjälp att få hemmavid:

*Ansvaret när dom kommer hem kan ingen annan ta än dom som är där ute och ska möta den här personen. Vad har jag runt omkring mig när jag kommer hem? Vem möter upp mig? Vad är det för krav? Blir missbrukaren ensam i sin egen resa så tror jag det blir jättesvårt. (IP 3)*

En annan behandlare påtalar att socialtjänsten vill att deras placering ska bli en investering så att klienten exempelvis direkt kan komma tillbaka till arbetslivet. Flera behandlare menar att man i hemkommunen utgår från att klienten ska vara helt återställd när de kommer från behandlingen. De menar vidare att eftervården oftast brister och att det kan vara långa köer till olika samtalsterapier eller annan eftervård. En klient kan också behöva förlängning eller mer intensiv vård vilket det inte finns resurser till enligt socialtjänsten: *“i grund och botten handlar det ju om pengar, det är ju placerare som köper en plats på ett behandlingshem...” (IP 3)*. För denna behandlare är det självklart att det finns fler aktörer runt klienten utanför behandlingen som behöver ta sin del i ansvaret och hjälpa klienten. Samtidigt behöver klienten ta det största ansvaret att också använda de verktyg och strategier som har erbjudits under behandling, exempelvis genom att aktivt söka efter något meningsfullt att göra eller intressera sig för, det vill säga, det som tidigare fylldes av missbruket och drogen.

---

Det befintliga *sociala nätverket* eller att skaffa sig ett nytt nätverk betonas i samtliga intervjuer. Behandlarna menar att familj, arbete och fritidsaktiviteter är viktiga faktorer för att kunna leva ett fortsatt nyktert liv, och att den ofrivilliga ensamheten kan vara en starkt bidragande faktor till återfall. Så här menar en behandlare: *”viktigt att ha ett socialt nätverk, intresse eller en fritidsaktivitet som man kan fokusera på istället för missbruket. Något att fylla tomrummet som blir efter ett missbruk ”* (IP 7). En annan instämmer med att ensamhet och rastlöshet är starkt förknippat med ångest och sug och att ett återfall kan betraktas som en negativ copingstrategi, som används för att ta komma bort från ensamhet och ångest. Under en intervju liknas missbruket vid ett äktenskap, att när det lyfts bort uppstår ett tomrum som måste fyllas med ett substitut för att på så sätt bli hanterbart.

Resonemanget ovan visar på hur flertalet behandlare tycks delvis uppfatta sina klienter som endast missbrukare. När individen ska bli fri från sitt missbruk finns där ingenting kvar och individen måste på något sätt börja om från början. Ett äktenskap är att betrakta som ett starkt band till någon (något), och att likställa missbrukarens relation med drogen som ett äktenskap påvisar hur stark dragningskraft en drog kan ha och hur betydelsefull den kan ha blivit i klienternas liv. Drogfriheten kan då jämföras med en skilsmässa. På samma sätt som en skilsmässa kan leda till identitetskris beskriver en del behandlare övergången till ett drogfritt liv som en identitetskris. På samma sätt som vid en skilsmässa är det egentligen aldrig någon annan som kan göra att livet blir bra igen, utan det ansvaret måste individen ta själv, både den som frivilligt skiljer sig och den som gör det ofrivilligt.

## 5. Diskussion

Fokus i diskussionen berör behandlarnas förväntningar på klientens övergripande ansvar för sin behandling och sitt tillfrisknande och hur detta kan förstås och förklaras utifrån tidigare forskning och teori. En tentativ reflektion om vad dessa förväntningar kan få för konsekvenser på klientens tillfrisknande diskuteras också.

Hur går det att förstå att behandlarna utgår från det övergripande budskapet att alla människor, de själva och då även klienten, alltid bär huvudansvaret för sitt eget liv? Behandlarnas uppfattningar och förväntningar på klienten har många likheter med ett humanistiskt perspektiv (Rodgers, 1961) och den humanistiska människosynen som menar

---

att människan har en inneboende förmåga att vilja ta ansvar för sitt liv bara hon ges denna möjlighet (ibid.).

För behandlarna verkar det handla om att försöka tillhandahålla en sådan möjlighet, genom att deras främsta ansvar uppfattas vara att skapa förutsättningar för att klienten ska vilja och kunna ta ansvar för sitt tillfrisknande. Det finns dock vissa försvårande omständigheter som utmanar behandlarnas ansvar, och som går att förstå genom hur de ser på och betraktar en del av sina klienter. Samtidigt som behandlarna å ena sidan menar att klienten behöver ta sitt fullständiga ansvar (oavsett) för att de ska kunna tillfriskna (och behandlarna ska kunna göra sitt jobb) så menar de å andra sidan att många klienter är antingen helt eller delvis oförmögna eller ovilliga att ta ansvar för sig själva. Något som bland annat tydliggörs i resultatet när en behandlare likställer klienten med ett barn (som inte anses vara fullt ut ansvarig för sitt liv och sina handlingar). Behandlarna pendlar mellan att uppfatta många klienter som antingen oförmögna (t.ex. pga. kognitiva svårigheter som ett resultat av långvarigt missbruk) eller som ovilliga (d.v.s. de skulle kunna ta ansvar men de vill inte). Det första innebär att klienten inte bär ansvaret för sin oförmåga medan det andra innebär att individen ansvarar för sin ovillighet.

Det ansvar som behandlarna förväntar sig verkar inte uppvisa något tydligt mönster, men några nämnde att det finns individer som är svåra om inte omöjliga att hjälpa just för att de inte vill bli hjälpta och tillfriskna. Att vara oförmögen tar dock inte bort ansvaret helt från en klient, utan eftersom detta är vad som förklarar om de kan eller kommer att tillfrisknande, och för att behandlingen ska fungera. Även om behandlarna i grund och botten då tycks ha en humanistisk syn på människan och på klienterna, som i grunden utgör en positiv syn på människans egen förmåga och villighet att förändras (Rodgers, 1961), så kan det också, menar vi, uppfattas som problematiskt. Exempelvis har kritik framförts mot det humanistiska synsättet att det är för orealistiskt och idealistiskt (Payne, 2012). Det innebär bland annat att människan anses uppfattas som mer rationell än hon faktiskt är, samt att människor inte alltid gör det de vet är bäst, eller alltid tar väl genomtänkta beslut vilket skulle innebära att människor i alla lägen inte tar fullt ansvar för sina liv. Delvis skulle även behandlarnas förväntningar på klienten kunna betraktas som, om än kanske inte idealistiska, åtminstone orealistiska.

Att behandlarnas uppfattar sitt eget ansvar som att skapa förutsättningar för klientens kan förklaras som att de försöker skapa eller stärka ett inre kontrollfokus (Rotter 1966) hos

---

sina klienter. Det innebär då att stärka känslan av att ha kontroll över sitt liv och sig själv, över sina beteenden och handlingar och inte, som behandlarna menar är vanligt, förlägga ansvaret för sitt missbruk, händelser och beteenden på externa faktorer, det vill säga, yttre omständigheter eller människor (Rotter 1966). Behandlarna beskriver att många klienter kommer in på behandling med tydlig förskjutning åt extern kontrollfokus (Rotter 1966) vilket kan innebära att de upplever sig som utelämnad åt yttre faktorer och händelser (och andra människor), och därför inte upplever sig ha förmågan eller makten att påverka sitt eget liv.

Att en klient förväntas ta fullt ansvar för sitt eget tillfrisknande även under behandlingen, men samtidigt känner sig maktlös inför sitt missbruk, sina känslor, tankar och beteenden, samt upplevelser av att de egna handlingarna haft lite eller ingen effekt på de svårigheter som man brottats med, kan skapa ett avstånd mellan klientens förväntningar och behandlaren (Blow, Sprenkle & Davis, 2007). Även om behandlarna visar på en aktivt skapande och positiv människosyn som liknar det humanistiska perspektivet (Rogers, 1961) och i likhet med humanismen även betonar att klienten i grund och botten är kompetent och förmögen att ta ansvar för sitt liv, så menar de samtidigt att det inte alltid en klient kan eller ens vill visa sig kompetent och ta ansvar. Det är också denna oförmåga eller ovillighet som de menar begränsar deras möjligheter att kunna göra något för klienten.

Att människor dör i sitt missbruk är inte ovanligt (SOU, 2011:6), trots att många av dem genomgått ett flertal olika behandlingar. Att människor som missbrukare har olika förutsättningar med sig in i behandlingen och som kan spela roll för tillfrisknandet är något som behandlarna visserligen uppmärksammar. Eftersom den genomgående starka retoriken om människors absoluta ansvar för sitt eget liv har den avgörande betydelsen för behandlarnas uppfattningar om en person ska lyckas bli drogfri eller ej (tillfriskna), så blir det styrande i slutändan.

Konsekvenserna av det ovan kan också leda till ett moment 22, vilket blir en slags felattribution (Nilsson, 2012). Även om behandlarna i grunden har en god syn på människan och hennes ansvar (L. Karlsson, 2012), så kan det ändå få konsekvensen att klienten, individen, är den som bär ansvaret för om behandlingen fungerar eller inte. Det vill säga, om behandlingen inte lyckats så är det klientens ”fel”, hon eller han var exempelvis inte tillräckligt villig, ärlig eller motiverad att tillfriskna eller förändras. Kanske kan även behandlarna och behandlingshemmet då ”skydda sig själva” från besvikelser och

---

en känsla av misslyckande när man inte har lyckats hjälpa en klient. En sådan behandlingsideologi är å andra sidan vanlig i de flesta behandlingar för både missbruk och psykisk ohälsa, eftersom klientens motivation (därmed ansvar) anses vara avgörande för behandlingsutfallet (Sanner, 2012; M. Karlsson, 2012), trots att forskning visar på att det snarare är relationen mellan behandlare och klient som har störst betydelse (Koski-Jännes, Pennonen & Simmat-Rurand, 2016). Eller så kanske det är så att den hållbara relationen som behandlarna i denna studie relaterar till faktiskt är det som skapar förutsättningarna för klientens motivation, oavsett om det anses innebära en villighet eller något annat. Å andra sidan menar även behandlarna att denna villighet (motivation) måste finnas hos klienten redan innan hon/han kommer på behandling. Detta leder oss tillbaka till det moment 22 som beskrevs innan. För samtidigt som klienterna ska vara villiga eller förstå tidigt detta absoluta ansvar de förväntas ha, så har många klienter i realiteten ofta blivit ”tvingade” in på behandling, exempelvis genom att socialtjänsten tagit ett sådant beslut. För ett flertal klienter handlade det inte om deras egen villighet eller motivation utan att någon tog över ansvaret för deras tillfrisknande. Att behandlarna menar att klienten är den som måste få saker att hända i behandlingen kan möjligen uppfattas som motsägelsefullt av klienten. Det är möjligt att klienten även uppfattar åläggande av ansvar som alldeles för tufft och att somliga är rädda för att bli drogfria eller inte klara av behandlingen (kanske speciellt om det inte är klientens första behandling). Vidare är det möjligt att andra yttre faktorer, till exempel en dom för rattfylleri, eller andra aktörer i deras liv har styrt över beslutet om behandling och därmed tillfrisknande, exempelvis familj, vänner eller deras arbete.

Behandlarna i denna studie pratar delvis om misslyckade behandlingar och bristande eftervård, och det är möjligt även om denna studie inte kan på något vis styrka detta, att avståndet för vissa klienter mellan hur de levt tidigare och hur de nu förväntas leva för att tillfriskna är för stort, och att detta delvis kan ha med de förväntningar som behandlande personal har och som då kanske inte ”matchar” klientens egna förväntningar. Eftersom det finns sådant som tyder på att en alkoholists kognitiva kapacitet efter ett långvarigt drickande inte fungerar optimalt, vilket tycks kunna kvarstå ändå upp till ett års tid (Kinney, Leaton, & Gerdner, 1997), så finns det också reella yttre faktorer att beakta, utöver klientens villighet eller motivation. I dessa fall kan det uppfattas som oöverstigligt att vara huvudperson i sitt eget liv.

---

I realiteten utgör också behandlingsvistelsen en respit, på olika sätt, från ett absolut ansvar. Flera behandlare uttrycker exempelvis hur behandlingshemmet är en konstgjord verklighet och vardag, som bland annat de menar har att göra med att det inte finns samma slags ”triggers” som utanför behandlingshemmet. Men även i den praktiska bemärkelsen, laga mat själv eller organisera sina tider och aktiviteter är mer eller mindre styrda av behandlingshemmet. I praktiken så tas klientens ansvar bort från dem under behandlingstiden.

Att relationen mellan behandlare och klient är mer viktigt än metoden för behandlingsresultatet visar forskning (Koski-Jännes, Pennonen & Simmat-Rurand, 2016), och det är något som behandlarna styrker i denna studie. Det finns ingen forskning vad vi upptäckt som motsäger detta. Relationen är det som i sin tur gör det möjligt att skapa förutsättningar för klienten att klara sitt tillfrisknande. Att relationen är en så stor del av att stärka inre kontrollfokus och ansvar, till exempel genom att skapa tillit och öppenhet i relationen, så att klienten vågar vara exempelvis ärlig, då blir behandlarnas ansvar för klientens tillfrisknande och behandlingens resultat betydligt mer viktig och omfattande än vad de själva menar.

Vi menar att vår studie är av intresse för socialt arbete och framförallt socialtjänst och behandlare, genom att den kan bidra med en ökad kunskap om hur behandlarna ser på klientens, sitt eget och andra aktörers ansvar i relation till behandling och tillfrisknande. Något som vi menar är oklart utforskat och som även åtminstone, potentiellt sätt, kan påverka behandlingsutfall, relationen mellan behandlare och klient, samt klientens möjligheter till tillfrisknande.

## 5.1 Metoddiskussion

I en intervjustudie så anses forskaren som meningsmedskapare (Kvale & Brinkman, 2009) vilket innebär att det aldrig går att skapa en ”objektiv” mening och betydelse då vi oundvikligen genom våra frågor, kroppsspråk och annat mer eller mindre alltid påverkar personens uppfattningar. I intervjuerna försökte vi dock att inte ställa ledande frågor, utan haft tillräckligt öppna frågor för att undvika att leda in dem på vår egen förförståelse. Under intervjuerna försökte vi också göra oss medvetna om vårt kroppsspråk och att vi inte reagerade alltför tydligt eller starkt på vissa uttalanden (Kvale & Brinkman, 2009). Under

---

analysarbetet utgick vi från direkta citat från intervjupersonerna när vi skapade koder och teman och när vi organiserade dessa (Danielsson, 2012), för att vi i det första analyskedet inte skulle riskera att tappa bort intervjupersonernas egna uppfattningar och uttalanden. Då vi dessutom analyserade materialet först en och en för att sedan jämföra varandras analys av materialet och de skapade temana har vi kunnat öka validiteten (ibid.), då vi oberoende av varandra kom fram till liknande innehåll. Den kvalitativa metoden är en flexibel och följsam metod vilket gjorde det möjligt att under forskningsprocessen specificera vad det är vi faktiskt undersökte utifrån materialets innehåll (Bryman, 2011).

Intervjuer som datainsamlingsmetod ansågs vara den mest lämpade datainsamlingsmetoden för studien. Det hade förmodligen dock skapat en till dimension och förståelse av behandlarnas förväntningar om fokusgrupper hade gjorts i tillägg. Eftersom vi hade fått tillgång till samspelet mellan olika behandlare och hur de interaktivt och tillsammans skapade uppfattningar och förväntningar på klienterna, kunde resultatet blivit, kanske inte helt annorlunda, men mer dynamiskt och variationsrikt.

Ambitionen vi hade i början av studien var att intervjua behandlare även på beroendevården inom landstinget, men som tyvärr avböjde att medverka på grund av brist på tid. Vi är ganska säkra på att det hade gett oss andra infallsvinklar på behandling och förväntningar på klienterna då de jobbar mer utifrån ett medicinskt perspektiv och med medicinsk behandling i tillägg till psykosociala metoder. Det är troligt att de därför kunde uttryckt en delvis annorlunda syn på till exempel missbruket/beroendet och uppfattningar om klienten och dess ansvar. De behandlingshem vi valde hade väldigt liknande behandlingsideologier vilket vi upptäckte först vid intervjuerna. Detta innebär att studien är begränsad i sin överförbarhet (Kvale & Brinkman, 2009) och kan endast säga något om behandlingshem som liknar de i vår studie.

## 5.2 Förslag på fortsatt forskning

En fråga som uppstod under arbetet med denna studie är vem som antas ha och i reell mening har ansvar för klienten efter avslutad behandling, och hur eftervården ”borde” se ut, eller behandlarnas erfarenheter av eftervård, om den är tillräckligt god och på vilket sätt den skulle behöva utvecklas. Detta skulle vara intressant just för att behandlarna i vår studie pratade en del om eftervård som en viktig komponent till behandlingen och klientens



---

tillfrisknande. En annan studie, av komparativ karaktär, vore att jämföra behandlingshem med öppenvårdsbehandling vad gäller förväntningar och föreställningar om klienters och behandlares ansvar.

## Referenslista

- AA (2003). *Anonyma Alkoholister*. (2. uppl.). Stockholm: AA-Förlaget.
- Agerberg, M. (2004). *Kidnappad hjärna: en bok om missbruk och beroende*. Lund: Studentlitteratur.
- Augoustinos, M., Walker, I. & Donaghue, N. (2006). *Social cognition: an integrated introduction*. (2. uppl.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bihlar Muld, B. (2012). Neuropsykiatriska utredningar av personer med missbruk. I C. Fahlke (Red.), *Handbok i missbruk.spsykologi: teori och tillämpning*. (s.350-361). Malmö: Liber.
- Blomqvist, J. (1999). *Inte bara behandling: vägar ut ur alkoholberoendet*. Vaxholm: Bjurner och Bruno.
- Blomqvist, J. (2009). *Perspektiv på missbruk och beroende*. I I. Christophs (Red), *Mot en bättre missbrukarvård? (SoRAD forskningsrapport nr.57)* Stockholm: Stockholms Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol och drogforskning.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298 -317. doi:10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x
- Bryman, A. (2011). *Sambällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö: Liber.
- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.163--176). Lund: Studentlitteratur.
- Gerdner, A. (2005). *Missbruk.svårdens mål – framgångsfaktorer och hinder*. I Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling. (SOU 2005:82). Stockholm: Fritzes.

Gyllenhammar, C. (2012). KBT vid missbruk och beroende. I C. Fahlke (Red.), *Handbok i missbruk.spsykologi: teori och tillämpning* (s.383-390). Malmö: Liber.

Hilte, M. (2012). Om mindfulness och drogberoende. I C. Fahlke (Red.), *Handbok i missbruk.spsykologi: teori och tillämpning* (s.180-187). Malmö: Liber.

Karlsson, L. (2012). *Psykologins grunder*. (5.uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, M. (2012). 12-stegsbehandling - en behandlingsmetod för att uppnå nykterhet och drogfrihet. I C. Fahlke (Red.), *Handbok i missbruk.spsykologi: teori och tillämpning* (s.391-401). Malmö: Liber.

Kinney, J., Leaton, G. & Gerdner, A. (1997). *Att släppa taget: en handbok för alkoholbehandlare*. Lund: Studentlitteratur.

Koski-Jännes, A., Pennonen, M., & Simmat-Durand, L. (2016). Treatment professionals' basic beliefs about alcohol use disorders: The impact of different cultural contexts. *Substance Use & Misuse*, 51(4), 479-488. doi:10.3109/10826084.2015.1126736

Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lehmann, O., Stockenström, R. & Lundberg, H. (1984). *Alkoholism: en behandlingsbar familjesjukdom*. Stockholm: Promedicis.

Leissner, T. (red.) (1997). *Alkohol: ett psykosocialt, beteende och samhällsvetenskapligt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Malmquist, J., Thulin, O., & Nordström, G. (u.å.). Beroende. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 15 maj, 2017, från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/beroende>

May, R. (1986). *Den omätbara människan: om människosynen i existentiell psykologi och terapi*. Stockholm: Bonnier.

- Nakken, C. (2016). *Beroendepersonligheten: att förstå beroendeprocessen och tvångsmässigt beteende*. Vallentuna: Pedagogkonsult.
- Nilsson, B. (2015). *Socialpsykologi: teorier och tillämpning*. Stockholm: Liber.
- Oscarsson, L. (2011) *Missbruksvården och sambället*. I Missbruket, Kunskapen, Vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga (SOU 2011:6) Stockholm: Fritzes.
- Palm, J. (2004). The nature of and responsibility for alcohol and drug problems: Views among treatment staff. *Addiction Research & Theory*, 12(5), 413-431. doi: 10.1080/16066350412331302103
- Payne, M. (2012). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur & kultur.
- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.31-52). Lund: Studentlitteratur.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: a therapist's view on psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28. doi: 10.1037/h0092976
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken etik för vårdande yrken*. Johanneshov: MTM.
- Sanner, S. (2012). *Det motiverade samtalet*. I C. Fahlke (Red.), *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning* (s.318-337). Malmö: Liber.
- Saxon, L., & Wirbing, P. (2004). *Återfallsprevention - Färdighetsträning vid missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel*. Lund: Studentlitteratur.

- Saxon, L. (2012). Återfallsprevention - specifika och generella färdigheter. I C. Fahlke (Red.), *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning* (s.66-74). Malmö: Liber.
- SBU. (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsammansättning*. Stockholm: SBU.
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 9 maj, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individ, kunskapen, ansvaret*. (2007). Stockholm: Fritze.
- Stanbrook, M. B. (2012). Addiction is a disease: We must change our attitudes toward addicts. *CMAJ*, 184(2), 155. doi:10.1503/cmaj.111957
- Storbjörk, J. (2003). *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling-en beskrivning av personalen i Stockholms läns landstings beroendevård och deras syn på missbruksvården år 2001*. (SoRAD forskningsrapport nr 8). Stockholm: Stockholms Universitet, Centrum för Socialvetenskaplig Alkohol- och drogforskning.
- Wild, C. T., Cunningham, J., & Hobdon, K. (1998). When do people believe that alcohol treatment is effective? The importance of perceived client and therapist motivation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(2), 93-100. doi:10.1037/0893-164X.12.2.93
- Ågren, G. (2015). Missbruksvårdens medikalisering. *Socialmedicinsk tidskrift*, 92(4), 454-459. Hämtad, 13 juni, 2017, från <http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/1360/1156>

## Bilaga 1: Kriterier DSM-V

Kriterierna i DSM-V är följande:

1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.
8. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
9. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
10. Ett begär/sug efter alkohol/narkotika.
11. Fortsatt användning trots återkommande problem.

För att diagnosen substansbrukssyndrom ska ställas enligt DSM-V så krävs att minst två kriterier är uppfyllda under en period om 12 månader. Svårighetsgraden anses som mild om 2–3 kriterier är uppfyllda, måttlig om 4–5 kriterier är uppfyllda och svår om mer än 5 kriterier är uppfyllda (Socialstyrelsen, 2015).

## Bilaga 2: Intervjuguide

### Bakgrundsfrågor

Arbetsrelaterade frågor:

- Hur länge har du arbetat inom missbruk/beroendevård?
- Hur länge har du jobbat på din nuvarande arbetsplats?
- Vad har du för yrkes/utbildningsbakgrund?

### Återfall, återfallspreventivt arbete och behandlarens roll/ansvar

1. Vill du berätta lite om din nuvarande roll vad gäller missbruks/beroendevård?

- Hur långt gångna är klienterna i sin beroendeproblematik?
- Arbetar ni olika med olika målgrupper?

2. Vilka erfarenheter har du kring återfallspreventivt arbete när det gäller missbruk/beroende?

- Hur arbetar du konkret med återfall?
- Hur upplever du att det fungerar att arbeta på det sätt du gör? Är det något du skulle vilja göra på annat sätt?
- Vad innebär återfall för dig som behandlare?
  - på vilket sätt upplever du att det ofta kan vara en del av behandlingen, dvs att det är ett något som är vanligt i tillfrisknandet? (tillfrisknande eller misslyckande?).
  - upplever du att det är någon skillnad på de som återfaller och de som eventuellt inte gör det, socialt, hur svårt beroende är, personliga aspekter?

- Finns det någon gräns för hur många gånger en person kan ta ett återfall och ändå fortsätta behandlingen?
- Har du upplevt eller upplever du emellanåt att det återfallspreventiva arbetet känns oöverstigligt?
- Har du någonsin upplevt att du ibland tar på dig ansvaret för om klienten lyckas eller inte att hålla sig nykter?
- Upplever du att du har ett sådant ansvar, att det kan kännas ibland som att det är upp till dig om klienten lyckas eller inte?
- Vill du berätta om en erfarenhet där du upplevt att du inte vet vad du ska göra för att hjälpa till?

## Missbruk, beroende och klientens roll/ansvar

1. Kan du berätta om dina erfarenheter kring hur du ser på vad som är ett missbruk respektive ett beroende? (sjukdom?)

- Upplever du att det finns skillnader mellan missbruk och beroende? Hur?
- Vad är dina erfarenheter kring hur det kommer sig att vissa människor blir missbrukare/beroende av alkohol medan andra inte blir det?
- På vilket sätt har du erfarenhet att klientens sociala situation (socialt nätverk, ekonomi, boendesituation) kan ha för betydelse för återfallsbenägenheten?
- Andra aspekter som kan försvåra (tex bristande resurser i beroendevården?)
- Vad har du för erfarenheter av klienter som kan lära sig att få någorlunda kontroll över sitt drickande även om de utvecklat ett beroende?
- Upplever du att det är svårare att hjälpa vissa klienter än andra?
- Vad har du för erfarenheter av hur klienterna tänker om sitt eget ansvar?
- Har du erfarenhet av att klienter slutar tvärt? Kan du berätta mer om vilka faktorer det kan vara som gör att klienten klarar av det eller inte? (Ge exempel)
- Vad är målet med återfallsbehandling, att dra ner på antal återfall eller förebygga återfall helt?



## Vad anser respondenterna själva om sin egen roll i klientens återfall

- Har du erfarenheter av situationer där du upplevt att du verkligen haft en betydande roll i klientens tillfrisknande och klientens möjlighet att inte ta återfall?

Är det något vi INTE har tagit upp som du vill nämna som är viktigt för att förstå dina erfarenheter och upplevelser av det som vi talat om?

### **Bilaga 3: Introduktionsbrev**

Hej [personal på XXXX]!

Vi heter Emil och Gustaf, studerar socionomprogrammet på Hälsohögskolan i Jönköping och skriver vårt examensarbete om missbruk och återfallspreventivt arbete. Därför vill vi genom en direkt intervju ta del av din kunskap och dina erfarenheter gällande ämnet.

Vi tänker oss att intervjun kommer ta runt 45-90 minuter. Din personliga medverkan i vårt examensarbete är en viktig del för oss, att vi får låna en del av er tid är av stor betydelse. I enlighet med konfidentialitetsprincipen kommer alla uppgifter behandlas med största möjliga konfidentialitet, ni eller er arbetsplats kommer ej kunna identifieras i arbetet. Medverkan i intervjun är frivillig och kan avbrytas när som helst. Intervjun kommer att göras enskilt med ljudupptagning. Materialet som samlas in kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt.

Har ni några frågor eller om ni önskar att inte delta i intervjun så tveka inte att kontakta oss eller vår handledare. Annars hör vi av oss och bokar in en tid för intervju.

Mail och telefon;

Emil Grabow: mail@hotmail.com ; 07\*\*\*\*\*

Gustaf Thorebring: mail@outlook.com ; 07\*\*\*\*\*

Handledare Nina Veetnisha Gunnarsson, universitetslektor och filosofie doktor i socialt arbete: mail@ju.se ; 07\*\*\*\*\*

Tack på förhand, vi ser fram emot intervjun!

Med vänliga hälsningar, Emil och Gustaf