

Behandlingspersonals upplevelser av missbruk och beroende

En kvalitativ studie om bakomliggande orsaker, bemötande samt behandlingsrelationen på tre behandlingsenheter.

Socialt arbete, examensarbete, 15 hp.

Författare: Frida Lindström

Författare: Kristina Crnoja

Termin: VT16

Ämne: Socialt arbete

Nivå: Grundläggande nivå

ABSTRAKT

Jönköping University

Socialt arbete, examensarbete, 15 hp.

Titel	Behandlingspersonals upplevelser av missbruk och beroende: En kvalitativ studie om bemötande, behandlingsrelationen samt utfall i behandling på tre behandlingsenheter.
Författare	Frida Lindström, Kristina Crnoja
Handledare	Disa Bergnehr
Datum	2016.06.13
Antal sidor	57
Nyckelord	Bakomliggande orsaker, missbruk, beroende, behandlingspersonal, bemötande, behandlingsrelation.

Vi har gjort en studie med fokusgrupper där vi undersökt hur behandlingspersonal på ett stödboende, ett behandlingshem samt ett LVM-hem upplever och resonerar kring bakomliggande orsaker till missbruk, beroende och substansbrukssyndrom. Frågeställningarna behandlar även huruvida personalens upplevelser och synsätt på missbruk eventuellt kan påverka behandlingsrelationen samt personals bemötande. Det mest signifikanta i resultatet är att bakomliggande orsaker till missbruk och beroende tycks vara uppväxtmiljö, det sociala arvet, normer i samhället och psykisk ohälsa. Behandlingspersonal upplever att synen på missbruk, beroende och de bakomliggande orsakerna inte nödvändigtvis behöver påverka behandlingsrelationen och bemötande. Behandlingspersonal menar att det snarare handlar om vilken människosyn behandlingspersonal har.

ABSTRACT

Jönköping University
Socialt work, bachelor thesis, 15 hp.

English title	Treatment staff's experiences of substance addiction: A qualitative study of reasons for addiction and the client – professional relation.
Authors	Frida Lindström, Kristina Crnoja
Supervisor	Disa Bergnehr
Date	2016.06.13
Numbers of pages	57
Key words:	Underlying causes, abuse, addiction, treatment personnel, treatment, client – professional relation.

The purpose of the present study is to investigate how treatment staffs explain the underlying causes of addition and substance use, and how these ideas in turn influence their relationship to the clients. The data consist of focus group interviews from three different rehabilitation centres. The results suggest that the main underlying causes are the client's upbringing and social legacy, norms in society and mental illness. The treatment staffs experience underlying causes doesn't necessarily have to affect the view on addiction and substance use, or the relationship and treatment. Staffs believe that it is more about what view they have on the human that matters.

Förord

Vi vill rikta ett särskilt tack till de deltagare som ställde upp i våra fokusgrupper, för er kunskap och era djupa resonemang med vilka vi kunnat sammanställa denna studie. Med er hjälp har vi kunnat problematisera vikten av bemötande och behandlingsrelationen för en utsatt målgrupp. Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare som med hjälp av konstruktiva kommentarer ökat våra kunskaper kring uppsatsskrivande samt synen på valt ämne.

Innehållsförteckning

INLEDNING	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
BAKGRUND	9
<i>Definitioner</i>	9
<i>Lagstiftning</i>	10
<i>Behandlingsformer</i>	11
<i>Det biologiska perspektivet</i>	11
<i>Det psykologiska perspektivet</i>	12
<i>Det sociala perspektivet</i>	13
TIDIGARE FORSKNING	14
FÖRESTÄLLNINGAR OM BAKOMLIGGANDE ORSAKER	14
TERAPEUTISK ATTITYD	16
BEMÖTANDE	18
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	19
METOD OCH ANALYS	20
<i>Vetenskapsteori</i>	20
<i>Datansamlingsmetod</i>	20
PLANERING OCH GENOMFÖRANDE	21
<i>Urval</i>	21
<i>Genomförande</i>	23
<i>Databearbetning och analysmetod</i>	24
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	25
KVALITETSKRITERIER	26
RESULTAT	27
<i>Bakomliggande orsaker</i>	27
<i>Bemötande</i>	32
<i>Behandlingsrelationen</i>	41
SAMMANFATTANDE RESULTAT	44
DISKUSSION	45
PEDAGOGISK IMPLIKATION	48
FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	48
METODDISKUSSION	49
SLUTSATSER	51
REFERENSER	52
BILAGA 1	57

INLEDNING

Den 1 november 2015 tvångsvårdades 378 personer på institution enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Det innebär en ökning från 342 personer till 378 personer jämfört med den 1 november 2014. Under samma period ökade även antalet klienter inom den frivilliga institutionsvården enligt Socialtjänstlagen (SoL) från 1 908 till 2 033 personer (Socialstyrelsen, 2016). De personer som bereds vård befinner sig i utsatta situationer där behandlingspersonal ska kunna tillgodose de behov klienterna är i behov av. Relationen mellan professionell och klient är viktig och relationen påverkas av professionellas bemötande (Koski-Jännes, Pennonen och Simmat-Durand, 2016). För klienten bör bemötandet upplevas kompetent, respektfullt samt empatiskt för att klienten ska få goda resultat av behandling och minska risken för att behandling avbryts i förtid. Personals kunskaper, beteende och attityder påverkar hur bemötande upplevs (Socialstyrelsen, 2015a; Gilchrist et al, 2014). Att bemötande påverkar relationen är vedertaget och välkänt. I Sverige finns bristande forskning gällande behandlingspersonals syn på betydelsen av bemötande av klienter och behandlingsrelationen. Genom att undersöka detta önskar vi visa på kunskaper om hur behandlingspersonal upplever att relationen och bemötandet påverkas av olika synsätt gällande bakomliggande orsaker. För att kunna påvisa vilka faktorer som behandlingspersonal upplever kan påverka klienten och behandling är studien av pedagogisk relevans. Den är även av pedagogisk relevans för att genom kunskaper kring detta kunna förbättra klientens situation.

Substansbrukssyndrom har funnits länge men synen på substansbrukssyndrom har förändrats. Förr sågs tillståndet orsakat av karaktärsmissiga och moraliska brister hos individen. Idag ses det som ett multifaktoriellt tillstånd med olika bakomliggande orsaker, som exempelvis biologiska, sociala och psykologiska faktorer (SOU, 2011). Den missbrukande och beroende klientgruppen möter fördomar och förutfattade meningar trots att missbruk och beroende idag ses som ett komplext multifaktoriellt tillstånd. Behandlingspersonal är de som arbetar nära den missbrukande klientgruppen varpå vi önskar undersöka hur personal resonerar kring bakomliggande orsaker till missbruk och beroende samt om personal upplever att detta synsätt kan påverka bemötande och behandlingsrelationen.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att genom fokusgrupper undersöka hur behandlingspersonal upplever och resonerar kring bakomliggande orsaker till missbruk och beroende samt om och hur de upplever att deras föreställningar påverkar mötet med klienten samt behandling.

- Hur upplever och resonerar behandlingspersonal kring de bakomliggande orsakerna till substansbrukssyndrom?
- Vilken betydelse anser behandlingspersonal att dessa föreställningar har för relationen mellan behandlingspersonal och klient?
- Upplever behandlingspersonalen att behandling påverkas av personals synsätt och bemötande och i så fall hur?

Bakgrund

Definitioner

Då studien berör substansbrukssyndrom, eller de vedertagna begreppen missbruk och beroende, ges här en kort definition av dessa begrepp.

Substansbrukssyndrom innebär att en individ till följd av användandet av psykoaktiva substanser får en rad konsekvenser för hälsa samt har ett avvikande beteende. Det sker en förändring av den normala hjärnaktiviteten till följd av substansintaget (Pace & Samet, 2016).

Missbruk definieras som ett maladaptivt bruk av psykoaktiva substanser som bidrar till något slags lidande eller funktionsnedsättningar hos individen utan att ett beroende behöver föreligga (WHO, 1994).

Beroende definieras av psykologiska, beteendemässiga och kognitiva symptom och kännetecknas av att individen har en försämrad kontroll över intaget av substansen eller ett helt okontrollerat intag samt att individen fortsätter använda substansen trots negativa konsekvenser. Beroende kännetecknas även av att abstinens samt tolerans uppstår (WHO, 1994).

I den svenska terminologin är begreppen missbruk och beroende väletablerade och vedertagna begrepp inom såväl vård som socialtjänst. Substansbrukssyndrom används som begrepp i DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) och avser underlätta bedömning av de tillhörande problem som kan uppkomma av olika

sorters substansbruk. Eftersom de tidigare begreppen missbruk och beroende fortfarande är väletablerade begrepp kan begreppet substansbrukssyndrom sägas komplettera dessa, men inte nödvändigtvis ersätta dem (MINI-D 5, 2015).

Lagstiftning

Särskilda bestämmelser samt ansvaret för den missbrukande klientgruppen regleras i Socialtjänstlagen (SoL) vilken riktar sig till socialtjänsten. Socialtjänstlagen reglerar att socialtjänsten ska förebygga samt aktivt sörja för individer med substansbruk. Att individer med substansbruk ska få vård och hjälp regleras också i socialtjänstlagen, med inriktning på att dessa individer ska komma ifrån substansbruket. I Socialtjänstlagen framgår att *Socialnämnden skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel* (3 kap. 7 § SoL). Det framgår även att *Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs* (5 kap. 9 § SoL).

LVM-lagstiftningen används då insatser för substansproblematik eller substansbrukssyndrom inte kan ske på frivillig väg. Kriterierna för att beredas vård enligt 4 § LVM är följande:

- 1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,*
- 2. Vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt, och*
- 3. Han eller hon till följd av missbruket*
 - a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,*
 - b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller*
 - c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.*

Individer med substansproblematik eller substansbrukssyndrom kan omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) I HSL 1 § framkommer insatser som medicinskt förebygger, utreder och behandlar sjukdomar och skador. Missbruk och beroende går in under denna ram trots att det inte uppmärksammas särskilt i lagstiftningen (Socialstyrelsen, 2015a). Individer med sådan problematik kan även omfattas av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), där patienter som på grund av missbruk eller beroende av narkotika, alkohol, läkemedel eller dopningsmedel har ett behov av psykiatrisk vård (SOU,

2011:35).

SOU (2011:35) rapporterar att synen på missbruk och beroende avspeglas i nuvarande lagstiftning och det återges huvudsakligen som sociala problem. Genom kunskapsutveckling och missbruks- och beroendevårdens praktik har lagstiftningen utmanats. Missbruk och beroende betraktas i större grad som ett sjukdomstillstånd till följd av kunskapsutvecklingen men även genom att de ingår som diagnoser i DSM-5. Den gällande lagstiftningen som reglerar missbruks- och beroendevård avspeglar inte att diagnoserna idag ses som ett multifaktoriellt tillstånd.

Behandlingsformer

Stödboende: Boende för personer som inte behöver vård eller behandling utan tillsyn och stöd i form av heldygnsvistelse (Socialstyrelsen, 2013).

HVB-hem

Ett HVB-hem (hem för vård eller boende) innebär ett boende med yrkesutbildad personal där enskilda personer får vård eller behandling under tiden de bor på hemmet (Socialstyrelsen, 2015b).

LVM-hem

Ett LVM-hem innebär att en enskild individ mottar vård eller behandling enligt LVM på en specifik institution avsedd att vårda och behandla personer som är omhändertagna enligt denna lag (Socialstyrelsen, 2015b).

Det biologiska perspektivet

Moal och Koobs (2006) litteraturundersökning beskriver att det biologiska perspektivet betraktar substansberoende som en kronisk sjukdom vilken kännetecknas av ett tvång att söka och ta drogen. Individen lider av en kontrollförlust att begränsa intaget samt upplever negativa känslotillstånd då tillgång till substansen förhindras. Författarna såg även att medicinska, sociala och yrkesmässiga svårigheter som utvecklas under missbruk inte alltid försvinner efter avgiftning och att förändringar i hjärnan förekommer långt efter det att en individ slutat med substansbruket. Moal och Koob (2006) beskriver att det finns olika aspekter utifrån det biologiska perspektivet, nämligen att människor har en sårbarhet för substanser, hur övergången mellan missbruk och beroende sker samt hur de olika stadierna av missbruk ser ut. Faktorer till varför missbruk och beroende utvecklas samt symptom är kopplade till förändringar av givna strukturer i hjärnan. Olika delar i hjärnan påverkas varpå individen tvångsmässigt

intar substansen. Användningen går från att vara impulsiv till tvångsmässig. Moal och Koob (2006) menar att det biologiska perspektivet erkänner att belöningscentrat påverkas samt att maladaptiva beteenden och avvikande minnen påverkar missbruksprocessen.

Enligt Ageberg (2004) menar det biologiska perspektivet att individer som brukar substanser eftersträvar en ruseffekt. Effekten är beroende av vilken substans samt vilken mängd som används. Oavsett vilken substans eller i vilken mängd substanser intas påverkas medvetandet och hjärnan. Författaren hävdar att rusningsmedel kan påverka hjärnans kemiska signalöverföring och anledningen till att personer väljer att använda rusningsmedel beror på ökningen av individens välmående. Vidare inspireras människor till en fortsatt konsumtion av rusningsmedlet för att uppleva välbehaget ytterligare. Hjärnan förändras redan första gången individen intar rusningsmedlet, men återställs då intaget upphör. Människor som fortsätter med konsumtionen regelbundet ger inte hjärnan tillfälle att återhämta sig vilket kan bidra till att ett beroende utvecklas. Då en individ utvecklat ett beroende existerar inte längre förmågan att kontrollera intaget av substansen. Hjärnans signalsubstanser och förmågan att känna välbehag blir beroende av intaget av substansen, vilket kan ge bestående förändringarna i hjärnans receptorer (Ageberg 2004).

Det psykologiska perspektivet

Tidig psykologisk forskning som fokuserat på substansbruk och beroende har varit centrerad till så kallade beroendeframkallande beteenden. En förklaring till att beroende skapas har då varit att ett beroende används som självmedicinering för individer vid kriser där substansbruket blir ett substitut för det som individen förlorat. Nyare forskning tyder på att beroendeframkallande beteenden beror på en känsla av överväldigande hjälplöshet eller maktlöshet och varierar beroende på vad som är känslomässigt viktigt för en viss individ. Orsaker till problem, som hjälplöshet eller maktlöshet, kan uppkomma redan i barns tidiga utvecklingsfaser. Det kan bero på misslyckanden, konflikter, konkurrenskraft med motsvarande känslor av förnedring och skam. Individer som missbrukar kan uppleva att brukandet av substanser leder till att de återfår känslan av kontroll i en utsatt livssituation. Denna återkoppling av hjälplöshet kan beskrivas som den psykologiska funktionen av missbruk. Upplevelsen av bland annat hjälplöshet resulterar i att personer känner ett tvång att missbruka för att slippa dessa känslor. Sådana psykologiskt baserade tvångsmässiga beteenden är ett resultat av högre funktioner i sinnet, som emotionellt försvar samt möjligheten att förskjuta sina problem istället för att lösa dem. Bruket av substanser ger en upplevelse av att reparera känslan av hjälplöshet och är ett sätt att försöka återta kontrollen över känslomässiga kriser (Dodes, 2009).

Det sociala perspektivet

Begreppet social norm är väletablerad i många sociala kognitiva beteendemodeller. Det är möjligt att skilja mellan tre normativa faktorer. Den så kallade ”föreläggande normen” är den sociala norm som hänvisar till en individs uppfattning om viktiga personer i dennes sociala närmiljö. Med detta menas att en önskan eller förväntan finns om att denne beter sig på ett visst sätt. Den ”beskrivande normen”, innebär en uppfattning om vad andra gör, vilket i sin tur speglar vad som uppfattas som vanligt eller normalt. Uppfattningen om vad som är normalt beror på individens sociala kontext. Den moraliska normen representerar övertygelsen att vissa beteenden är rätt eller fel, oavsett deras personliga eller sociala konsekvenser. Det är viktigt att betona att de upplevda beskrivande normerna inte nödvändigtvis överensstämmer med det faktiska beteendet av den sociala miljön (Meesmann, Martensen & Dupont, 2015).

Sociala konsekvenser, som trafikolyckor, arbetsplatsrelaterade problem samt familjeproblem kan vara orsaker till att individer börjar bruka substanser (WHO, 2004). Barn som växer upp med föräldrar som har ett missbruk kan leda till en risk för utveckling av eget missbruk senare i livet. Dessa barn har en ökad risk att utveckla olika former av psykiska problem. Det kan handla om allt från mer lindriga symptom som nedstämdhet och oro till allvarigare symptom som depression, ångest samt självdestruktivitet. I vuxen ålder är det inte ovanligt att individen erfar olika typer av relationsproblem. Det beror på att förväntningar som exempelvis är baserade på föräldrarnas relation och att den egna relationen som personen hade till föräldrarna uttrycks i de relationer individen har som vuxen. Att som barn bli utsatt för substanser kan innebära en större risk för eget missbruk senare i livet. En riskfaktor till att en individ utvecklar ett missbruk kan bero på psykosocial sårbarhet till följd av individens uppväxtmiljö, eller en social sårbarhet som kan bero på normer och kultur (Fahlke, 2012).

Föreställningar om substansanvändning varierar över tid, mellan personer och formas av en mängd olika faktorer (Blomqvist, 2009) Även Samuelsson och Wallander (2013) fann i sin litteratursökning att substansanvändning varierar till följd av detta. De fann att klienten, den professionella och arbetsplatsen påverkar föreställningar gällande användningen av substanser samt de bedömningar den professionella gör.

Tidigare forskning

Det finns olika utgångspunkter i tidigare forskning som rör substansbrukssyndrom samt professionellas attityder. Det har bland annat gjorts studier utifrån professionellas attityder och föreställningar, individens ansvar gällande sitt missbruk eller beroende samt om utbildning påverkar föreställningar och bemötande. I vår litteratursökning framkom att studierna ofta är inriktade på antingen primärvård eller socialarbetare och undantagsvis finns studier som fokuserar på behandlingspersonal på olika behandlingsenheter. Palm (2004) menar att vi har begränsade kunskaper gällande vårdpersonals attityder gentemot missbruk och beroende i Sverige och även att vi har bristande kunskaper gällande hur dessa påverkar behandlingen av den missbrukande och beroende klientgruppen. Det finns däremot gott om internationell forskning och desto mindre av nationell forskning på området. Olika länder har olika narkotikapolitik och olika syn på missbruk och beroende. Det är rimligt att anta att viss internationell forskning kan vara svårapplicerad på svensk kontext då kontexterna och synen ser annorlunda ut. Den internationella forskning som presenteras under detta avsnitt ansåg vi var applicerbar på den svenska kontexten.

Föreställningar om bakomliggande orsaker

Palm (2004) gjorde en studie som syftade till att undersöka hur vårdpersonal i Stockholms län såg på missbruk och beroende samt vilka orsaker som socialarbetare främst ansåg vara anledning till detta och vilket ansvar personal tillskrev klienterna för sin problematik. Palm använde sig av självadministrerade enkäter som berörde personals syn på klienter och klienternas problem, behandlingssystemet, behandling samt deras arbetsplats. Informationen analyserades med en modell som utvecklats av Brickman, et al (1982). Palm menar att modellen går ut på att de föreställningar personal har om individens ansvar, både gällande hur missbruk eller beroende uppkommit och vilket ansvar individen har för att lösa sitt missbruk eller beroende, samt om detta synsätt påverkar vårdpersonals strategier i förhållande till klientgruppen. Palm beskriver att det finns två olika former av ansvar och separerar dessa från varandra, nämligen ansvar för missbruk och beroende och ansvar för nykterhet och drogfrihet. Utifrån de två formerna av ansvar identifieras fyra modeller för att hjälpa klienter med missbruksproblematik utifrån personals föreställningar kring ansvar. De fyra modellerna är den moraliska modellen, den upplysande modellen, kompensationsmodellen samt den medicinska modellen.

Palm (2004) menar att i den moraliska modellen ser personal individens eget ansvar som stort, både för det uppkomna missbruket samt ansvaret för att lösa det. I den

upplysande modellen är klienten inte ansvarig för att lösa problemet men ses som ansvarig för att det uppkommit. I kompensationsmodellen är klienten ansvarig för att lösa problemet men inte för att problemet uppkommit. I denna modell ses problemet som socialt eller biologiskt. I den medicinska modellen har individen inget ansvar.

Palm (2004) menade att när klienter ses utifrån dessa fyra modeller kan det påverka dem både positivt och negativt. Även Cunningham, Sobell och Sobell (1996) har studerat föreställningar om missbruk och beroende och huruvida dessa påverkas av att personer ser missbruk som en biologisk sjukdom eller inte. Cunningham, et al (1996) målgrupp var personer ur allmänheten. Studien utfördes i form av en enkätundersökning och författarna menar att missbruk och beroende ansågs vara ett större problem samt att behandling var nödvändig för att uppnå förändring om personen ansåg att det var en sjukdom. Studien visade att det fanns skillnader i hur deltagarna såg på missbruk och beroende. De personer som inte ansåg att missbruk och beroende var en biologisk sjukdom hade andra synsätt. Dessa personer menade att missbruk och beroende var en vana eller synd. Palms (2004) studie tyder på att socialarbetare främst baserade orsakerna till missbruk och beroende på sociala faktorer och att sjukvårdspersonal snarare baserade orsakerna på biologiska faktorer. Studien visar att inte alla socialarbetare eller sjukvårdspersonal såg på missbruk och beroende på samma sätt, utan skillnader förekom där några socialarbetare ansåg att de biologiska faktorerna var bakomliggande orsaker och där sjukvårdspersonal såg dessa med grunder i sociala faktorer. Palm (2004) såg i sin litteratursökning att personals uppfattning gällande missbruk och beroende inte bara påverkade relationen mellan klienten och vårdgivaren utan även att den gav konsekvenser för vad som skulle behandlas samt hur det behandlades. Klienterna ansågs i studien vara ansvariga för att lösa den problematik de hade samt som delvis ansvariga för att den uppstått. Detta innebar att personal såg på missbruk och beroende delvis utifrån ett moraliskt synsätt. Detta stämmer delvis överens med studien som Cunningham, et al (1996) gjort. Cunningham et al (1996) menar att de personer som ansåg att missbruk och beroende var en sjukdom även ansåg att det var svårare att bli nykter eller drogfri utifrån egen förändring. Deltagarna ansåg att det skulle krävas behandling för att uppnå nykter eller drogfrihet.

Även Koski-Jännes, Pennonen och Simmat-Durand (2016) och Braden, et al (2011) studie visade att den terapeutiska attityden påverkar klienterna och behandling. Koski-Jännes et al (2016) jämförde två europeiska länder med syfte att studera hur socio-kulturella, olika bakgrundsvariabler samt profession formade föreställningar om missbruk och beroende. De skickade ut enkäter via post till deltagarna. Studien inriktade sig på yrkesverksamma inom specialiserade missbruksbehandlingsenheter i Frankrike och Finland. Resultaten visade att det fanns skillnader som grundades i kulturella olikheter i hur professionella tillskrev individens ansvar för sitt substansbruk.

De yrkesverksamma i Finland betonade klienternas individuella ansvar medan de yrkesverksamma i Frankrike hade en bristande tilltro till nykterhet och drogfrihet och trodde därmed att klienten hade ett mindre ansvar. Även i Braden, et al (2011) studie framkom att klienterna var ansvariga och skyldiga till sitt missbruk och beroende. De utförde en studie som genom fokusgrupper syftade till att studera hur personals attityder påverkade klienterna. Tre fokusgrupper utfördes varav dessa innehöll före detta missbrukare, aktiva missbrukare, personal som arbetade med både före detta och aktiva missbrukare samt de professionella som var ansvariga för behandling. I studien framkom att missbruksvården på Nordirland var begränsad samt att de professionella hade en attityd som innebar att de ansåg att klienterna själva var ansvariga och skyldiga till sitt missbruk och beroende.

Terapeutisk attityd

Rolfe (1990) såg i sin litteratursökning att en terapeutisk attityd var en attityd som klienten upplevde läkande. Den terapeutiska attityden delades in i tre delar som rörde empati, respekt och genuinitet. Hutchinson, Galvani och Dance (2013) och Raistrick et al (2015) såg i sina litteratursökningar att den terapeutiska attityden var en viktig faktor när det gällde ett bra resultat i behandling av substansmissbruk och substansberoende. Den terapeutiska attityden är viktig för att kunna samarbeta på ett effektivt sätt med den missbrukande klientgruppen och en negativ attityd kunde upplevas av klienter om personal själva upplevde en avsaknad av kunskaper eller färdigheter som tillhör yrket (Watson, Maclaren & Kerr, 2006). Gilchrist et al (2011) utförde en studie som syftade till att jämföra olika yrkesgrupper som arbetade med olika patientgrupper, inklusive personer med missbruksproblematik. Dessa grupper studerades i olika vårdmiljöer och i åtta europeiska länder. Studien gjordes med hjälp av en tvärsnittsstudie på de olika enheterna samt genom att olika faktorer mättes med hjälp av The Medical Condition Regard Scale vilket syftade till att utvärdera arbetet med hänsyn till patienterna. Materialet analyserades med hjälp av multipel faktoranalys. Studien tyder på att vårdpersonal, särskilt inom primärvården, tillskrev en lägre status beträffande att arbeta med personer med missbruk i jämförelse med andra patientgrupper. Författarna såg även i sin studie att klienter kan avsluta sin behandling i förtid, återfalla eller bli att söka vård till följd av vårdpersonals negativa attityder. Även Raistrick, et al (2015) studie tyder på detta. De undersökte personal på allmänna sjukhus och hur deras attityder såg ut gentemot patienter med missbruk och beroende. De använde sig av Alcohol and Alcohol Problems Questionnaire (AAPQ) för att samla in data från professionella som arbetade vid två allmänna sjukhus, på sju avdelningar och med personer med missbruksproblematik. AAPQ har fyra subskalor som mättes hos de professionella. Dessa berörde om personal upplevde att de hade tillräckliga kunskaper och färdigheter, om de upplevde att de hade en legitimitet i rollen, om de hade en tro att patienten kunde återhämta sig från missbruk samt om de hade en tro på sin egen förmåga att förändra

patientens situation. Dessa fyra delskalor samspelade och bidrog till skapandet av en variabel som blev övergripande för det terapeutiska förhållningssättet. Studien visar att den terapeutiska attityden var en viktig faktor för resultatet av behandling. Författarna menar att det är ett rimligt antagande att utan en terapeutisk attityd kan personal osannolikt engagera och motivera sina klienter i en meningsfull behandling av deras missbruks- och beroendeproblematik.

Gilchrist och hans kollegor (2011) rapporterar att klienter med missbruk kan känna sig ovärdiga att mottaga hjälp till följd av vårdpersonals negativa attityder. Även Hutchinson, et al (2013) menar att dåligt engagemang länge har varit förknippat med en osäkerhet i rollen som personal samt osäkerhet gällande kompetens och negativa terapeutiska attityder. De gjorde en studie som syftade till att studera attityder hos socialsekreterare gentemot den missbrukande patientgruppen. Studien utfördes i form av en onlinesurvey där det användes en anpassad version av Alcohol and Alcohol Problems Perceptions Questionnaire. Den anpassade modellen bestod av 28 påståenden som presenterades tillsammans med en likert-skala med sju punkter. Urvalet drogs från de lokala myndigheterna gällande alla sociala myndigheter i England och innehöll deltagare från både vuxen- och barnsektionerna. Gilchrist et al (2011) litteratursökning visade att klienter var ovilliga att diskutera sina problem med personal om denne hade en negativ terapeutisk attityd. Detta gällde särskilt den personal som inte var specialiserad på missbruk och beroende, som exempelvis socialarbetare och sjuksköterskor. Studien visar att det varken fanns positiva eller negativa attityder gentemot arbetet med den missbrukande klientgruppen. Detta innebar att de professionella till stor del hade en ambivalent inställning. Författarna menade att faktorer som påverkade den terapeutiska attityden var kön, ledarskapet i organisationen, utbildning samt tidigare erfarenheter av arbete med denna klientgrupp. Hutchinson et al (2013) såg i sin litteratursökning att ett positivt engagemang kom av en positiv terapeutisk attityd gentemot missbruks- och beroendeproblematik och resultaten visade att deltagarna var uppenbart ambivalenta gällande den terapeutiska attityden samt engagemang i klienterna men att dessa faktorer kunde användas för att vända ambivalensen till en positiv attityd.

Gilchrist, et al (2014) menar att klienter till följd av professionellas negativa attityder kan undvika att söka behandling, avbryta sin behandling samt misslyckas med att uppnå nykter eller drogfrihet. Författarna gjorde en studie som syftade till att undersöka hur missbruks- och beroendevård var tillgängligt samt om det fanns barriärer som förhindrade klienter att kom i kontakt med vården. De studerade åtta länder i Europa. I resultaten framkom fem huvudsakliga faktorer vilka kunde påverka kontakt med behandling och vård för missbruks- och beroendeproblematik, en av dessa faktorer var de professionellas attityder. Slutsatserna av studien var att det behövs lokala och

tillgängliga tjänster för målgruppen som också fungerar icke-stigmatiserande. Alla åtta länder rapporterade om både positiva och negativa attityder där klienterna betonade att professionellas attityder och deras expertis samt kompetens var nyckelvariabler för ett positivt utfall i behandling. Studien visade att klienter kunde bli avskräckta från att genomföra behandling om professionella uppvisade negativa sociala attityder. Klienterna i studien kände sig hindrade att delta i behandling på grund av professionellas attityder samt individuella omständigheter.

Bemötande

Eriksson och Välijeesiö (2010) gjorde en studie vars syfte var att undersöka hur den klientgrupp som har missbruks- eller beroendeproblematik upplevde bemötandet på socialtjänsten men även vilka faktorer som påverkade personals bemötande. Studien utfördes med hjälp av semistrukturerade intervjuer med personal som arbetade på en öppenvårdsmottagning. Studien visar att för att klienter skulle uppleva att de blev bra bemötta var det viktigt att det fanns ett ömsesidigt förtroende samt respekt mellan klient och socialsekreterare. Studien visar att faktorer som kunde påverka bemötande var brister i professionalitet hos socialsekreterare, en misstro samt vilken attityd klienten själv hade.

Utbildning verkar ha en betydande roll när det kommer till personalens attityder. Holm (2002) studerade yrkesgrupper som arbetade med missbrukande klientgrupper och som hade olika nivåer av yrkesutbildningar. Hon studerade även hur det professionella förhållningsättet och den empatiska kommunikationen såg ut i yrkesgrupperna. Holm (2002) använde sig av Response Pattern Scale för att mäta professionellas attityder och den empatiska kommunikationen. Slutsatsen var att de yrkesgrupper som hade kortare utbildning och som hade varit verksamma kortast tid var de som hade sämre attityd och en sämre empatisk kommunikation.

Amodeo och Fassler (2000) undersökte socialarbetare som tidigare hade gått en utbildning på 9 månader som inriktade sig på missbruk. Studien syftade till att undersöka om socialarbetarna efter utbildningen upplevde sig själva som mer kompetenta vid bedömning och behandling av den missbrukande klientgruppen. Syftet var även att undersöka om socialarbetarna som gått denna utbildning skulle arbeta med fler klienter med missbruksproblematik och även med fler klienter som hade dubbeldiagnoser än de som inte hade gått denna utbildning. Författarna använde sig av ett t-test och Chi-Square test och resultatet analyserades med ANOVA. Resultatet visade att personal med kortare utbildning uttryckte moraliserande och förnekande och

hade även flest oprofessionella svar. Personal med högre utbildning och mer erfarenhet tenderade att ha en starkare empati och därmed också kunna hjälpa klienter bättre.

De olika studierna är utförda i olika länder och syftar till att studera olika former av professionella. Cunningham et al (1996) studerar även allmänheten. Olika länder har olika narkotikapolitik och även olika syn på missbruk, beroende och behandling. Även att slutsatserna i artiklarna i sin helhet tyder på samma resultat är det viktigt att ha i åtanke att olika synsätt i olika länder påverkar hur professionella tolkar missbruk, beroende och behandling.

Teoretisk utgångspunkt

Socialkonstruktivism

Socialkonstruktivism handlar om att sociala objekt och kategorier är socialt konstruerade. Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv är samhället och individernas tolkningar och uppfattningar av en verklighet skapad mellan individer och i grupper. Socialkonstruktivismen vill analysera och dokumentera de processer med vilken den sociala verkligheten konstrueras och inte enbart utgå ifrån verkligheten som en objektiv existens (Bryman 2011; Giddens, 2007). Enligt Røkenes och Hanssen (2007) försöker socialkonstruktivismen tala om hur verkligheten konstrueras både på det individuella planet men också socialt, kulturellt och ämnesteoritiskt. Socialkonstruktivismen betonar att kunskap inte är något som forskare konstaterar på ett objektivt sätt utan att människor skapar kunskap i mötet utifrån olika erfarenheter och utifrån förståelsen de har. Kunskap betraktas som något vi skapar i samverkan med andra människor och inte som ett resultat av mentala, inre processer. Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv är en objektiv beskrivning av världen inte möjlig och samma situation kan uppfattas på flera sätt. Genom social samverkan kan individerna skapa en gemensam förståelse som ger dem mening och kunskap. Människors egen utveckling skapas i samverkan med andra människor och det är en viktig del av utvecklingsprocessen (Røkenes & Hanssen, 2007). Socialkonstruktivism är av betydelse för undersökningen då vi vill visa hur behandlingspersonal tolkar och förhandlar fram missbruk, beroende, relationen och bemötande och därmed skapar en verklighet personal emellan. Vi anser att behandlingspersonal skapar föreställningar om missbruk och beroende i samspel med varandra och därmed skapar de sin egen verklighet varpå socialkonstruktivism används som teoretisk utgångspunkt. Det finns sedan tidigare olika förklaringsmodeller till missbruk och beroende och vi anser att dessa är av betydelse då behandlingspersonal tolkar och förhandlar kring missbruk och beroende. De olika förklaringsmodellerna fyller en funktion av förståelse i tolkningarna och förhandlingarna varav dessa också

är en del av undersökningen.

Metod och analys

Vetenskapsteori

Kvalitativa undersökningar är mer inriktade på ord än siffror och har en induktiv syn på förhållandet mellan teori och praktik, vilket innebär att teorin framställs på grundval av de praktiska forskningsresultaten. Kvalitativ forskning har en kunskapsteoretisk ståndpunkt som innebär att huvudsyftet ligger på förståelse av den sociala verklighet som baseras på hur individerna i särskilda miljöer tolkar verkligheten. Den kvalitativa forskningen har en ontologisk ståndpunkt vilken innebär att sociala egenskaper är ett resultat av mänskligt samspel och inte av företeelser som ”finns där ute” och som är åtskilda från dem som är inbegripna i konstruktionen av dem (Bryman, 2011).

Socialkonstruktivismen innebär att den sociala verkligheten och människors förståelse skapas i samspel med andra. Enligt socialkonstruktivismen betraktas kunskap som något vi skapar i samverkan med andra och inte som ett resultat av mentala, inre processer. Forskare är inte helt objektiva utan kunskap skapas i mötet med olika erfarenheter samt utifrån den förförståelse som forskaren har med sig (Røkenes & Hanssen, 2007). I denna studie tolkar vi och även deltagarna i studien missbruk och beroende utifrån olika kriterier, bland annat utifrån tidigare erfarenheter och den förförståelse vi har. Synen på missbruk, beroende, bemötande och relationen förhandlas om och tolkas utefter vad vi själva erfart. Missbruk och beroende har inte alltid tolkats på det sätt som vi tolkar det idag, vilket enligt Statens offentliga utredningar (2011:35) blir påtagligt då det förr sågs som en följd av karaktärsnärlig och moralisk brist, samtidigt som det idag snarare ses som ett multifaktoriellt tillstånd. Detta innebär att vi inte alltid kommer tolka missbruk och beroende på samma sätt. På grund av detta kan vi omöjligt vara totalt objektiva. Studien syftar därför till att visa hur behandlingspersonal resonerar och upplever missbruk och beroende och inte att producera en generell sanning.

Datainsamlingsmetod

Den valda datainsamlingsmetoden för studien är fokusgrupper. Enligt Krueger och Casey (2015) är syftet med fokusgrupper att undersöka motivation, beteende, attityder eller åsikter som är kopplade till olika faktorer samt komplicerade ämnen. Även McLafferty (2004) menar att fokusgrupper används för att studera olika samhällsfrågor samt attityder. Enligt Breen (2006) är fokusgrupper bra att använda då forskaren vill

undersöka erfarenheter och upplevelser. Då våra forskningsfrågor rör behandlingspersonals upplevelser och resonemang kring substansbrukssyndrom samt deras upplevelse av betydelsen av bemötande för relationen mellan professionell och klient samt för behandling valdes fokusgrupper som datainsamlingsmetod.

Artiklar har sökts via databaserna Social Science Citation Index, DIVA, SocIndex, Pubmed och Academic Search Elite via Jönköpings Universitys bibliotek för att få en bild av forskningsläget på området. Artiklar har sökts för att öka våra kunskaper om missbruk och beroende samt hur andra målgrupper tolkar dessa begrepp. Sökorden som har använts är alcohol abusers, alcoholism substance abuse, substance use disorder, professionals, social workers, attitudes, understanding, empathy, treatment och focus groups i olika sammansättningar. Vi har även använt oss av kurslitteratur som vi tidigare använt i vår utbildning samt dokument från Socialstyrelsen och Regeringen då de är av relevans för vårt forskningsändamål. Vid sökning av artiklar framkom cirka 500 träffar för sökningarna gällande de flesta av våra sökord samt cirka 700 träffar för sökningarna gällande fokusgrupper. Bland dessa träffar kunde vi genom rubriker välja ut våra artiklar. Många artiklar stämde inte överens med vårt syfte och riktade in sig på andra målgrupper än den vi valt att studera. Genom vår litteratursökning fann vi att det fanns bristande forskning kring vårt ämne och syfte och det var därför få av dessa träffar där artiklarna var användbara för vår studie. När det gäller sökordet fokusgrupper hade vi fått tips av vår handledare och valde på därmed ut relevanta artiklar.

Planering och genomförande

Urval

Bryman (2011) menar att det finns kvalitativa studier två former av icke-sannolikhetsurval, nämligen bekvämlighetsurval och målstyrda urval. Bekvämlighetsurval riktar in sig på de personer som för tillfället finns i närheten av forskaren. Ett målstyrt urval innebär att deltagare inte väljs på ett slumpmässigt sätt utan att de väljs ut strategiskt. Detta görs för att de deltagare som ingår i studien ska passa de forskningsfrågor som studien grundar sig på. Ett slumpmässigt urval ska främst användas i kvantitativa studier för att resultaten ska kunna generaliseras till en population. I vår studie har ett målstyrt urval använts då vi inte kunde använda oss av deltagare som väljs ut på ett slumpmässigt sätt. Våra forskningsfrågor rör behandlingspersonal och deras specifika upplevelser och resonemang och därför passar ett målstyrt urval bra. Enligt Krueger och Casey (2015) bör forskare, när fokusgrupper väljs som datainsamlingsmetod fundera över vilka personer som ska delta. Information insamlas utifrån olika perspektiv beroende på vilka personer som deltar i fokusgrupperna. Morgan (1996b) menar att en styrka med fokusgrupper är att forskaren

har förmågan att samla in och producera en stor mängd data om ett specifikt ämne. Styrkan är också att forskaren kan se till att uppgifterna kan vara direkt riktade till forskarens intressen.

Relationen mellan professionell och klient är viktig och kan påverkas av bemötande. Koski-Jännes, et al, 2016). Vi har valt att använda oss av behandlingspersonal som deltagare i våra fokusgrupper då dessa arbetar nära klienterna och bygger upp en betydande relation med klienter. Hofmeyer och Scott (2007) menar att det är en fördel att använda sig av fokusgrupper där deltagarna känner varandra sedan innan då det är möjligt att identifiera hur och varför deltagarna vet det de diskuterar och inte bara att de vet detta. Detta är möjligt att identifiera till följd av att deltagarna är delaktiga i den miljö som studeras och därmed utvecklats en gemensam kunskap. Hydén och Bülow (2003) menar att det inte finns något bestämt sätt när det gäller hur deltagare ska agera eller prata i fokusgrupper om det förutbestämda ämnet. Därför måste deltagarna tillsammans besluta hur de vill uppnå gruppens gemensamma diskussion. Deltagarna börjar agera och visa sig som medlemmar i en grupp och de kan då betraktas som gruppmedlemmar. De utvecklar en Common Ground, gemensam grund, i sin kommunikation.

Krueger och Casey (2015) menar att för varje typ av deltagare bör forskare utföra tre till fyra fokusgrupper. Vi använde en typ av deltagare, behandlingspersonal och att göra fyra fokusgrupper. Enligt Krueger och Casey (2015) bör forskare när denne gjort tre eller fyra fokusgrupper fundera över om mättnad uppnåtts. Mättnad innebär att ingen ny information framkommer trots att fler fokusgrupper utförs. I studien har fyra fokusgrupper utförts då vi var intresserade av tre olika typer av verksamheter. Vi utförde fokusgrupper på ett stödboende, ett behandlingshem samt ett LVM-hem. På ett av boendena blev vi ombudade att utföra två fokusgrupper med tre personer i varje istället för att göra en fokusgrupp med sex personer, varav fyra fokusgrupper utfördes på tre boenden. Att välja tre olika verksamheter var ett aktivt val då vi ville se om det fanns skillnader kopplade till våra frågeställningar utifrån vilken form av verksamhet som behandlingspersonal arbetar i. Vi upplevde att vi efter tre fokusgrupper nått mättnad men valde ändå att utföra en fjärde fokusgrupp för att se om de två fokusgrupperna på samma boende resonerade annorlunda. I den fjärde fokusgruppen framkom en annorlunda syn på det som diskuterades och därför anser vi att det var ett bra val. Dock diskuterades frågorna liknande trots våra öppna frågor och på grund av detta samt tidsbegränsning bestämdes att fler fokusgrupper inte skulle utföras.

Krueger (2002) och Morgan (1996a) menar att det är en fördel att använda sig av 6-8 personer i en fokusgrupp respektive 6-10 personer. Då studien var tidsbegränsad och deltagarna hade svårt att få ihop tider som passade valde vi att använda oss av 3-6

personer i våra fokusgrupper. På stödboendet hade en personal fått förhinder och därför deltog bara två personer i den fokusgrupp som utfördes. Att bara två personer deltog kan jämföras med en dyadisk intervju. Morgan, Eliot, Lowe och Gorman (2016) menar att en dyadisk intervju består av två personer som samtalar. Fördelen med dyadiska intervjuer är det är möjligt gå in på djupet och fånga upp detaljer som deltagarna ger med avseende på deras erfarenheter i ämnet. Materialet från denna fokusgrupp var därför användbart. Trots att Krueger (2002) och Morgan (1996a) menar att 6-10 personer är lämpligt av att använda sig av ansåg vi att 3-6 personer var ett bra antal, särskilt då Morgan, Eliot, Lowe och Gorman (2016) menar att det med två personer går att få fram mer djupgående data.

Genomförande

Vi tog kontakt med behandlingspersonal på två av boendena via telefon för att presentera oss själva och vår studie. Eftersom vi inte visste vem vi skulle ringa till valde vi att ringa till ett boende direkt, då de inte hade någon växel, samt det andra boendet till växeln. På så vis blev vi kopplade till rätt person. Personal på det tredje boendet kom vi i kontakt med via kursansvarig och ringde direkt till denna person. Efter att första kontakt tagits hade vi ytterligare kontakt via telefon samt mail för att presentera de frågor som skulle komma att diskuteras vid fokusgrupperna.

Eftersom studien är tidsbegränsad togs kontakt med potentiella deltagare först och under tiden funderades över frågor till fokusgruppen. Därför upprättades inget frågeschema innan kontakt med deltagare. Vid samtal med deltagare presenterade vi våra frågeställningar och syftet med studien. Tre av fokusgrupperna tog del av vårt frågeschema innan fokusgrupperna utfördes medan en grupp tog del av frågorna först vid fokusgruppen. Frågeschemat skickades ut till dessa tre då personal bad om detta. Tanken var att inte göra detta för att diskussioner inte skulle ske innan fokusgrupperna och för att deltagarna inte skulle presentera färdiga svar. Ett av boendena bad särskilt om detta då de nyligen genomgått en omfattande omstrukturering och inte var säkra på att de var mentalt förberedda för att delta.

Enligt Krueger och Casey (2015) är det viktigt att använda ett språk som deltagarna förstår. När frågeschemat upprättades gjordes detta med hjälp av funderingar kring val av ord. Vi har specifika begrepp som vi anser, och som också visade sig stämma då fokusgrupperna utfördes, att behandlingspersonal har stor kunskap om. Vi behövde inte lägga någon större vikt vid att välja andra begrepp eller ord i våra frågor då begrepp som missbruk, beroende, bemötande och relationen är vedertagna begrepp som behandlingspersonal själva använder sig av i sitt dagliga arbete. Vi valde att även lägga

till substansbrukssyndrom då vi ställde frågor om missbruk och beroende då vi önskade använda detta begrepp eftersom det är det nya begreppet enligt DSM-5. Substansbrukssyndrom är inget vedertaget eller välkänt begrepp ännu men vi valde att lägga till detta så att deltagarna själva kunde välja hur de benämnde den problematik som diskuterades. Under fokusgrupperna visade det sig att våra funderingar kring begreppet substansbrukssyndrom stämde, ingen av deltagarna valde att använda sig av begreppet substansbrukssyndrom, utan endast av begreppen missbruk och beroende. Det är också anledningen till att dessa begrepp används i resultatet och vidare i studien. Krueger och Casey (2015) menar även att det är viktigt att ställa öppna frågor som kräver mer än fåordiga svar utan frågor som kräver förklaringar eller beskrivningar. Vi valde att skaffa oss större kunskap om öppna frågor genom att leta efter exempel på dessa, efter att detta gjorts och frågorna upprättats testade vi att ställa våra frågor till varandra för att se om frågorna krävde förklaringar snarare än ett fåtal ord.

För att samla in datamaterial gjordes fyra fokusgrupper fördelade på ett stödboende, ett behandlingshem samt ett LVM-hem. Som ovan nämnt utfördes två fokusgrupper på ett av boendena. I fokusgrupperna medverkade totalt 12 personer. Deltagarna hade jobbat på de aktuella boendena mellan 2 år och 25 år. Det var endast en deltagare som hade jobbat på boendet i fyra månader då fokusgruppen utfördes och en deltagare som hade jobbat 2 år som behandlingspedagog samt 9 månader som terapeut på det aktuella boendet. Deltagarna var utbildade undersköterskor, mentalskötare, behandlingsassistenter, behandlingspedagoger, terapeuter, socialpedagoger samt socionomer. Några av deltagarna hade också andra utbildningar utöver de ovan nämnda, som exempelvis, transaktionsanalys samt relationell och kognitiv terapi. Det var en av deltagarna som inte hade någon utbildning kopplad till arbetet.

Databearbetning och analysmetod

Braun och Clark (2006) menar att en tematisk analys är en metod för att identifiera, analysera och rapportera mönster eller olika teman inom data. De menar att en tematisk analys startar redan när datainsamling görs genom att forskaren gör anteckningar samt får idéer för potentiella kodningsscheman. En verbal intervju behöver transkriberas till skriftlig form för att författaren ska kunna genomföra en tematisk analys. Det är viktigt att en ordagrann transkribering sker för att transkriberingen sedan ska kunna användas till att analysera teman och koder. Efter att transkriberingarna lästs påbörjas indelningen av data i teman och koder. Koder plockas ut för att författaren ska kunna skapa teman av de koder som rör samma ämne. Transkriberingarna läses igenom igen för att se om det är finns fler relevanta koder och teman.

När vi utformade våra frågeställningar hade vi redan läst tidigare forskning, olika förklaringsmodeller och om missbruk, beroende, behandlingsrelationen samt bemötande. Vi förväntade oss att vissa begrepp och teman skulle tas upp under diskussionerna i fokusgrupperna och därmed även uppkomma under tematiseringen, även om teman inte fastställdes innan tematiseringen påbörjades. Detta innebär att tematiseringen var såväl deduktiv som induktiv. Vid våra fokusgrupper funderade vi över potentiella teman, utifrån våra tidigare inlärd kunskaper, och förde noggranna anteckningar. Efter transkribering av data påbörjade vi nästa steg i vår analys. Vi valde att läsa igenom varje transkribering separat, utan att göra några indelningar i teman och koder. Efter detta lästes materialet igenom separat igen och koder eller nyckelord färgmarkerades efter potentiella teman. Alla koder jämfördes och placerades in i olika teman som var återkommande för varje transkribering. Materialet lästes igenom flera gånger för att se om det fanns fler potentiella koder eller teman som missats de första gångerna. Vid sammanställning av vårt resultat användes ordgranna citat, utöver att vi tagit bort "eh", "ah" och "oh" och liknande uttryck. De citat som används i resultatet valdes då vi ansåg att dessa var relevanta för vårt syfte och våra frågeställningar och då de visar på resonemang som uppkommit bland deltagare. I resultatet används pseudonymer vilket innebär att alla deltagare har fiktiva namn. När studien färdigställts raderades allt material som kan avslöja deltagarnas identitet.

Forskningsetiska överväganden

Bryman (2011) menar att det finns etiska kriterier rörande de individer som är direkt inblandade i svensk forskning. Dessa etiska principer är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet.

Informationskravet

Den aktuella undersökningens syfte och moment ska förmedlas till de personer som ingår i studien. Detta innebär att deltagarna informeras om att de har rätt att hoppa av studien om de önskar samt att deltagande i studien är frivilligt (Bryman, 2011; Vetenskapsrådet, 2011). Vid fokusgrupper informeras deltagarna om moderatorn och assistentens roll, anledningen till att skriftliga anteckningar används samt till att deltagarna spelas in (Breen, 2006; Krueger, 2002).

Samtyckeskravet

Medverkan i studien bestäms av deltagarna själva. Undersökningsspersonerna har rätten att besluta sig för på vilka villkor de ska delta samt hur länge. De ska kunna besluta sig för att avsluta sitt deltagande när de vill utan att detta medföljer negativa konsekvenser för dem som olämplig påtryckning eller påverkan (Bryman, 2011; Vetenskapsrådet, 2011).

Konfidentialitetskravet

Konfidentialitetskravet rör uppgifter om deltagare samt personuppgifter. Dessa ska förvaras på ett säkert sätt vilket innebär att obehöriga inte ska kunna åta dem samt med största möjliga konfidentialitet (Bryman, 2011; Vetenskapsrådet, 2011).

Nyttjandekravet

Den information som samlas in av forskaren får inte användas av någon annan eller i något annat syfte än det som rör forskningsändamålet (Bryman, 2011; Vetenskapsrådet, 2011).

De personer som kontaktades inför fokusgrupperna fick information om informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet. Eftersom vi inte pratade med alla deltagare innan fokusgrupperna utfördes valde vi att innan vi påbörjade inspelningen ge information om de olika kraven och hur dessa applicerades på vår studie.

Utöver dessa etiska kriterier för kvalitativ forskning finns även etiska överväganden kopplade till olika datainsamlingsmetoder. Konfidentialitet är ett särskilt känsligt ämne när det gäller fokusgrupper där deltagarna har en relation och känner varandra sedan tidigare. Deltagare kan efter fokusgrupper berätta vad som diskuterats och diskussionerna kan fortsätta senare (Krueger & Casey, 2015). Deltagare i fokusgrupper där relationer redan existerar kan känna sig tvingade att hålla med om åsikter som den övriga gruppen har och låta bli att uttrycka egna åsikter (Hofmeyer & Scott, 2007).

Kvalitetskriterier

Det finns två grundläggande kriterier då bedömningen av en kvalitativ undersökning sker, tillförlitlighet och äkthet (Bryman, 2011)

Tillförlitlighet består av fyra delkriterier, trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera. Skapandet av trovärdighet i resultat handlar om att säkerställa att forskningen gjorts i enlighet med regler som finns. Överförbarhet handlar om djup och inte bredd, vilket är något som eftersträvas i kvalitativ forskning. Med pålitlighet menas att ett granskande synsätt antas vilket innebär att säkerställandet av att det skapats en tillgänglig och fullständig redogörelse av alla faser i forskningsprocessen. Möjligheten att kunna styrka och konfirmera innebär att forskaren försöker säkerställa att han eller hon har agerat i god tro utifrån insikten att det inte går att få någon

fullkomlig objektivitet i samhällelig forskning. Det ska vara uppenbart att forskaren inte med avsikt låtit teoretisk inriktning eller värderingar som är personliga påverka utförandet av och slutsatserna från en undersökning (Bryman, 2011).

Bryman (2011) menar att äkthet innebär vad studien har bidraget med för deltagarna i studien samt för det övriga samhället. Han menar även att äkthet innebär huruvida studien ger en rättvis bild av deltagarnas uppfattningar och åsikter.

Resultat

Genom fokusgrupper ville vi få kunskaper om hur behandlingspersonal resonerar kring bakomliggande orsaker till missbruk och beroende och om personal upplever att detta synsätt kan påverka relationen med klienten och det bemötande personal uppvisar. Resultatet visar att personal upplevde att bakomliggande orsaker inte nödvändigtvis var det som påverkade bemötandet utan att det viktiga snarare var vilken människosyn personal hade. Grupperna menade att personals syn på bakomliggande orsaker kunde påverka hur de bemötte klienter och hur de skapade en bra relation med dessa. Under fokusgrupperna framkom att bemötandet är A och O samt att det är bemötande som lägger grunden för en bra relation. Grupperna resonerade kring att bemötande kunde påverkas av olika faktorer som rör personal men även yttre omständigheter och faktorer. Resultatet visar att personal ansåg att de kunde påverka utfall i behandling om klienterna själva var villiga att göra en förändring samt att utbildning var viktigt men att det mest centrala var personals syn på människor och därmed klienten. Dessa delar presenteras i form av teman i följande avsnitt. De centrala temana är bakomliggande orsaker och deltagarnas föreställningar kring dessa samt upplevelser och resonemang kring bemötande och behandlingsrelationen.

Bakomliggande orsaker

Deltagarna menade att finns många olika orsaker till att en person blir missbrukare. Deltagarna diskuterade svårigheten med att kunna urskilja en enskild orsak och att det ofta är flera i kombination som gör att individer utvecklar ett missbruk eller beroende. Tre grupper var eniga om att det sociala arvet, uppväxtmiljön samt normer i samhället kunde vara bakomliggande orsaker till varför en person utvecklar ett missbruk. Avsaknad av nätverk och viktiga relationer ansågs av alla deltagare också kunna vara bakomliggande orsaker, men även anledning till att en individ fortsätter eller återfaller i missbruk. Tre grupper lyfte fram att genom olika former av medicinering för andra åkommor eller olyckor kunde personer fastna i ett missbruk. I fokusgrupperna framkom

orsaker som var dominerande i vissa grupper och där grupperna ansåg att det var dessa som de själva baserade missbruk och beroende på, trots att nästan alla grupper diskuterade alla orsaker. Det biologiska perspektivet samt yttre påfrestningar och faktorer, som exempelvis dödsfall och skilsmässa, diskuterades, även om dessa orsaker inte diskuterades i lika stor utsträckning. Alla grupper diskuterade och betonade att det finns lika många orsaker som det finns individer som har en missbruks- och beroendeproblematik och en deltagare betonade att en inte behövt leva i misär för att bli missbrukare.

Linnea: Du behöver inte ha levt i misär i ditt liv för att bli en missbrukare. Vi har många som har varit högt uppsatta i arbetslivet och sedan har de till exempel börjat dricka eller missbruka tabletter. (Fokusgrupp 1)

Uppväxtmiljön och det sociala arvet

Uppväxtmiljön och det sociala arvet diskuterades i alla grupper som möjliga bakomliggande orsaker till missbruk. I två fokusgrupper ansågs uppväxtmiljön vara en av de dominerande orsakerna till varför en person utvecklade ett missbruk. Deltagarna diskuterade uppväxtmiljön på olika sätt och betonade att det kunde finnas olika faktorer i uppväxtmiljön som påverkade, som exempelvis trasiga relationer, fel umgängeskrets, en otrygg anknytning, missbrukande föräldrar samt en avsaknad av öppenhet inom familjen. Några deltagare betonade att uppväxtmiljön kunde vara en bakomliggande orsak men att det inte behövde vara det. De betonade vidare genom att säga att allt kommer ifrån uppväxtmiljön görs en generalisering. De menar att det även kan vara andra orsaker som påverkar trots att klienten haft en bra uppväxt. Följande citat belyser detta:

Fredrik: Det kan vara så att klienten haft en bra uppväxtmiljö men där denne valt att umgås med personer som valt fel bana i livet och på så vis fastnar i ett missbruk eller ett beroende. (Fokusgrupp 2)

Hanna: De dåliga uppväxtvillkoren beror på en otrygg anknytning och att det finns en sårbarhet från uppväxten för alla som är i ett missbruk. (Fokusgrupp 3)

Två av grupperna upplevde att en stor faktor i uppväxtmiljön kunde vara att klienten hade missbrukande föräldrar men också att det fanns olika faktorer inom familjen som kunde göra att ett missbruk utvecklades. Sofia och Maria sammanfattar diskussionen:

*Sofia: Man har ju alltid, både som föräldrar och som tonåring ett eget ansvar, men det kan man ju inte lägga på barnen precis [...] Men däremot när det kommer upp, alltså öppenheten, prata om saker och ting, svårigheter och sådana saker, vid köksbordet exempelvis.
Maria: En stor faktor som vi ser [...] här, är ju att man har missbrukande föräldrar. (Fokusgrupp 1)*

Fokusgrupp 1 diskuterade att samhället ställer krav på människor och att utanförskapet är något som kan kopplas till uppväxtmiljön. De menade att samhället ställer krav på att människor ska vara på ett visst sätt samt att det kan visa sig i uppväxtmiljön genom ett utanförskap om barn eller ungdomar inte har det som samhället kräver, exempelvis den senaste eller dyraste digitala utrustningen. Gruppen menade att många klienter har en gemensam faktor i att de känt sig annorlunda i tidig ålder, exempelvis till följd av en diagnos. Klienterna hittar i substansbruket en känsla av tillhörighet och sammanhang där de kan känna gemenskap med andra, menade deltagarna. Meesmann et al (2015) menar att det i samhället finns en övertygelse om att vissa beteenden anses vara rätt eller fel och att dessa beteenden även speglar vad som uppfattas som vanligt eller normalt vilket överensstämmer med deltagarnas diskussion kring samhällets krav på normalitet och utanförskapet som detta bidrar till. Följande citat sammanfattar gruppens resonemang:

Linnea: Så fort du går utanför en norm blir du väldigt utsatt, oavsett om det gäller sexuell läggning, utländsk härkomst eller psykiska sjukdomar. Samhället ställer krav på att vi ska vara som alla andra, och när man inte passar in i normen blir det ett utanförskap. Utanförskapet bidrar till ett grubblande och i detta är det lätt att ta till substanser (Fokusgrupp 1).

Psykisk ohälsa

En fokusgrupp diskuterade psykisk ohälsa som dominerande orsak till att en person utvecklar ett missbruk eller beroende och att det var svårt att urskilja vad psykisk ohälsa innebär. Deltagarna resonerade att det kunde vara allt ifrån ångestproblematik till ensamhet och övergivenhet. Detta överensstämmer med Dodes (2009) som beskriver att en möjlig förklaring till varför substanser används kunde vara för att återfå kontrollen i en utsatt situation och över känslomässiga tillstånd. Följande citat belyser diskussioner med detta innehåll:

Isabell: I samtal framkommer att det finns mycket obearbetat hos klienterna och att det är mycket som har varit jobbigt i deras liv. Torbjörn: Klienterna har mått så dåligt att de har sett substansen som lösning på problemet. Alla dem klienterna vi möter har ju fastnat för att de har mått dåligt på något sätt och har sett missbruk, drogen, alkoholen eller vad det nu än är som en lösning på det. Carl: Det är ju svårt att peka på, alltså psykisk ohälsa, absolut. Men det innefattar ju så otrolig mycket. Det kan ju vara allt ifrån ångestproblematik till ensamhet, övergivenhet. (Fokusgrupp 4)

Tre grupper konstaterade att självmedicinering kunde vara en bakomliggande orsak och en av fokusgrupperna diskuterade detta i större utsträckning. Gruppen menade att det kunde ligga som orsak både till att klienten har diagnoser som inte är utredda men även som självmedicinering vid psykisk ohälsa, som exempelvis depressioner och sorg. Gruppen diskuterade att det finns människor som går igenom depressioner och upplever sorg men som inte börjar använda substanser som självmedicinering. Gruppen menade att självmedicinering kunde vara kopplat till det inlärdade beteendet, säkerligen från uppväxtmiljön. De menade att individen, under uppväxten, lär sig att hantera de problem som uppstår med hjälp av substanser. Enligt Dodes (2009) påvisar nyare forskning att beroendeframkallande handlingar kan bero på en känsla av överväldigande hjälplöshet eller maktlöshet samt att självmedicinering kan fungera som ett substitut för individen. Dodes (2009) menar vidare att individer kan uppleva att de får tillbaka kontrollen i en utsatt livssituation genom att använda substanser. Följande citat belyser diskussionen kring självmedicinering:

Hanna: Min åsikt är att; har du haft en så stressfull uppväxt som en del har haft här, med övergrepp och liknande så är det väl klart som du har ADHD då. Det finns ju ADHD som inte är diagnostiserad och då har den här personen ofta använt amfetamin och kommit in i den vägen.

Sandra: Självmedicinering funkar lika bra på sorg eller ensamhet eller depression. Alltså du är deprimerad, har kommit utanför ditt hus och dricker alkohol och helt plötsligt är du en alkoholist, så absolut, självmedicinering är också en stor faktor tänker jag. Men återigen så handlar ju den självmedicineringen att det har ju antagligen en orsak till varför man väljer att självmedicinera för det finns ju människor som går igenom depressioner, jättetunga förluster eller annat som inte självmedicineras. Så det är ju också inlärdade beteenden säkerligen från barndomen, alltså så här löste mamma och pappa problemen. Pappa drack när han var ledsen. Det funkar det ju troligtvis, då testar jag att

dricka också. Så att man lär sig hur man hanterat sina problem och det gör man ju väldigt tidigt egentligen. (Fokusgrupp 3)

Nätverk och relationer

Alla grupper diskuterade att de klienter som befinner sig i ett missbruk eller ett beroende ofta har en gemensam faktor i att de har en avsaknad av ett bra nätverk eller relationer. Fokusgrupp 4 ansåg att avsaknaden av nätverk och relationer kunde vara orsak till att personer har svårt att ta sig ur missbruk eller beroende, men även som orsak till varför en klient utvecklar ett missbruk. De klienter deltagarna i denna grupp har mött, har ofta en avsaknad av ett socialt sammanhang, tillhörighet samt tillitsbrist till andra människor. Fokusgrupp 2 och 3 upplevde att många av deras klienter som har ett pågående missbruk uppger att ensamheten är svår samt att det kan leda till att de isolerar sig och använder substanser för att fylla avsaknaden av relationer. Deltagarna i fokusgrupp 1, 2 och 3 menade att då personer har en avsaknad av relationer och nätverk kan de också hitta ett sammanhang, en gemenskap samt en meningsfullhet i kretsar där substansbruk förekommer. De hittar då ett sammanhang där de fungerar, där de känner sig trygga och hemma, menar de. Grupp 3 såg att de klienter som inte har ett fungerande nätverk att komma hem till ofta återfaller i sitt missbruk, trots att de genomgått en bra behandling. Samtidigt kunde ett sammanhang räcka för att klienter skulle kunna hålla sig nyktra eller drogfria. Ett sammanhang behövde nödvändigtvis inte innebära nätverk eller relationer, utan gruppen menade att det kunde räcka med en fritidssysselsättning för att individer ska kunna hålla sig ifrån ett missbruk.

Alla grupper ansåg att bakomliggande faktorer kunde innebära yttre påfrestningar eller faktorer som personer hamnade i, som exempelvis dödsfall och skilsmässa vilket överensstämmer med WHO (2004) som menar att substansbruket kan inledas till följd av sociala konsekvenser som trafikolyckor och familjeproblem. Fokusgrupp 3 och 4 diskuterade detta i större utsträckning än de andra grupperna och slutsatsen av diskussionen var att då människor har ett bra nätverk och relationer är det lättare att hantera dessa situationer utan att ta till substanser.

Fysisk sårbarhet

Alla grupper diskuterade att vissa människor har en sårbarhet för substanser samt att substanser påverkade hjärnan och belöningscentrat, även om detta inte diskuterades i lika stor utsträckning som övriga bakomliggande orsaker. En fokusgrupp diskuterade också att vissa människor har en missbrukargen som gör att de fastnar i ett missbruk. Moal & Koob (2006) betonar att substansberoende ses som en kronisk sjukdom som kännetecknas av ett tvång att söka och ta substansen, ett okontrollerbart intag samt

abstinenssymptom. Författarna menar vidare att det finns olika aspekter utifrån det biologiska perspektivet som exempelvis att vissa människor har en sårbarhet för substanser.

Bemötande

Två av grupperna diskuterade att om personal endast anammar det biologiska perspektivet finns risken att klienten fråntas sina möjligheter och ansvaret för förändring. Cunningham, et al (1996) har gjort en studie som menar att om personer ser på missbruk och beroende som en sjukdom kan klienten fråntas sina möjligheter och sitt ansvar för nykter- och drogfrihet samt behandling. Följande citat belyser detta:

Hanna: Jag ser inte missbruk som en sjukdom utan att det snarare handlar om jättestarka mönster.

Sandra: En sjukdom är ju någonting som du inte kan påverka egentligen. Är du sjuk så är du ju sjuk. Du kan möjligtvis äta mediciner så blir det bra men du kan egentligen inte göra något själv åt det. Man skulle då kunna hamna i ansvarslöshet, att inte göra någonting åt det själv. För jag har drabbats av en sjukdom, det är ju inte mitt fel, hur ska jag göra något åt det (Fokusgrupp 3).

Filip: Om man nu ser att det här är du född med, det här är något som du inte valt själv. Jag vill inte mena att det är enbart positivt. Då blir det på något sätt att man fråntas sina möjligheter till förändring. Att man inte skulle kunna styra över saker och ting själv (Fokusgrupp 1).

Fokusgrupp 4 ansåg inte att synsättet som personal hade gällande missbruk och beroende behövde påverka relationen eller hur personal bemötte klienten, men att det kunde göra det. Deltagarna upplevde att om personal bestämmer sig för att deras synsätt är det enda rätta kan det påverka relationen och bemötandet. Gruppen betonade att det finns många olika synsätt på missbruk och beroende och bakomliggande orsaker till detta. Även om klient och personal har olika åsikter angående bakomliggande orsaker till missbruk och beroende, men även synen på missbruket och beroendet så kan de ändå ha en relation. Följande citat belyser detta:

Leo: Det finns ju många olika fasetter av det här, som att det är en sjukdom, att det är genetiskt och så vidare. Så tänker ju inte vi, vi tänker

ju relation i huvudsak i alla fall och även där kan vi ha helt olika åsikter till en början, men även i slutet. Men vi kan ändå ha en relation.

Kristoffer: Jag skulle säga att nej, det behöver inte påverka, men det kan ju såklart påverka också. Om man bestämmer sig för att inte ta in något annat (synsätt) så kan det påverka.

Torbjörn: Jag har upplevt att mitt sätt att se på missbruk varken har gjort till eller från med mina klienter här. Vi utgår från relationen när vi arbetar, vi ser inte missbruket som en sjukdom, utan bara som ett symptom på något som varit eller som är fel (Fokusgrupp 4).

Grupp 4 träffar många klienter som själva har olika synsätt gällande sitt missbruk eller beroende men deltagarna menade att de har rätt att ha en egen åsikt liksom personal har rätt till sin åsikt och att de i detta måste mötas. Kristoffer sammanfattar detta:

Ja men det är ju klart att du har din sanning till missbruket och den måste du få ha, även att jag tycker annorlunda så respekterar jag din åsikt och du respekterar min (Fokusgrupp 4).

Fokusgrupp 3 menade att det handlade om att inte ursäkta, skuld- eller skambelägga klienterna. Deltagarna diskuterade att genom att personal har en förklaring till missbruket och ser förklaringen rent objektivt utan egna åsikter kan personal och klienter göra något åt det tillsammans och förändra situationen. Fokusgrupp 2 ansåg att synsättet personal har kunde påverka relationen och bemötande, särskilt om personal inte ser till personen bakom missbruket. De menade att genom att se klienten som missbrukare och inget annat blir det svårt att hjälpa klienten komma vidare. Även Fokusgrupp 1 betonade hur viktigt det var att personal såg till personen bakom missbruket och inte som en missbrukare. Alla deltagare var överens om att en öppenhet och ett mänskligt synsätt kunde göra att personal och klient fick en bra relation och att synsättet som personal hade kunde påverka relationen samt bemötande. Följande citat belyser detta:

Maria: Jag tror att det påverkar enormt mycket alltså, förhållningssättet, attityden du har. (Fokusgrupp 1)

Filip: Det är en väldigt stor del till hur man bemöter folk, vilket synsätt man har på missbruk, missbrukare, beroende och beroendeproblematik.

Det är självklart att det styr hur jag bemöter eller hur jag ser på personer. (Fokusgrupp 2)

Två grupper betonade att det är med bemötande som allt startar. Deltagarna upplevde att bemötande var viktigt för att det skulle kunna fungera mellan personal och klient. Alla deltagare var eniga om att bemötande är viktigt för den professionella relationen. Bemötande ansågs vara viktigt för att kunna få en trygg och bra relation till klienten, där klienten känner ett förtroende och tillit till personal. Detta ansågs viktigt för att klienten skulle kunna delge personal saker. Detta överensstämmer med Eriksson och Välijeesiö (2010) vilka menar att ett ömsesidigt förtroende samt respekt är viktigt för ett bra bemötande. Några deltagare betonade att bemötande var individuellt och hur personal bemötte olika klienter berodde på vilken klient personal arbetade med samt vilken relation de hade till varandra. Deltagarna diskuterade att olika klienter krävde olika bemötande. De klienter som personal jobbade med kunde ha andra diagnoser, som exempelvis neuropsykiatriska diagnoser, funktionshinder eller psykisk ohälsa, som ställde andra krav på bemötande. Följande citat belyser detta:

Carl: Jag tror inte att man blir långvarig som personal om man går in med förhållningssättet mot klienterna att de får skylla sig själva för att de är missbrukare, då tror jag inte att man blir kvar så länge eller trivs. Utan empati och medkänsla och att förstå att det här skulle vem som helst kunna hamna i egentligen. Jag tror att det spelar en väldigt stor roll hur man tänker i sitt bemötande.

Linnea: Vet man en diagnos på en klient så är det ju lättare att veta hur man ska bete sig, är någon autistisk och har svårt att ta till sig information, då är det viktigt med det bemötandet jämfört med välfungerande som tar åt sig informationen direkt (Fokusgrupp 1).

Fokusgrupp 1 diskuterade att de hoppas att bemötandet blir en positiv faktor för klienterna. De menade att de flesta klienter tidigare hade haft det problematiskt, haft kriminalvård samt varit på andra institutioner och att de kände en rädsla för att personal skulle vara på ett visst sätt samt bemöta dem därefter. De menade att det inte alltid fungerade med ett bra bemötande för klienterna, att de inte förstod att personal var på deras sida. Grupp 1 menade att en del klienter trivs i en fyrkantighet då de sedan tidigare är vana vid struktur och om personal då har en öppenhet är det inte säkert att det fungerar bra. De ansåg att det då möjligen behövdes andra insatser eller att klienten omplacerades till ett annat boende. Följande citat belyser detta:

Linnea: Man kan ju se vi som jobbar här om man jämför med samhället i stort har för syn på missbruk, så skiljer det sig väldigt mycket, och det kan man ju känna de gånger det inte går hem, det är inte alltid ett mjukt förhållningssätt går hem, de kan ju bli tokiga ändå, då kan man ju känna det, synd att de inte förstår att vi är på deras sida.

Maria: Många trivs ju i en fyrkantighet, de trivs nästan med fängelseregler om man ska säga så, för då blir de trygga i den strukturen som är där, många är ju vana vid det, och har vi då en öppenhet så är det klart som sjutton att det kanske inte klickar här, då får vi ju skicka dem vidare där det finns kanske mer låsbara enheter så kanske det funkar bättre där. Så det är inte det att vi behåller klienter om det inte funkar utan då försöker man skicka vidare dem eller ta emot andra där det inte funkar. För då är det kanske andra hus som inte har de öppna möjligheterna som vi har så kommer de hit så kanske det funkar jättebra här och det är ju verkligen att man måste se till klienten, vad passar för den. (Fokusgrupp 1).

Grupp 1 diskuterade att det är viktigt med en öppenhet såväl som tydlighet och förtroende när det gäller bemötande för att det ska bli en bra relation. De menade att genom att vara tydlig från början kunde både personal och klient undvika problematiska situationer som påverkade relationen. Personal i grupp 1 upplevde att bemötande var viktigt för att kunna skapa en relation och att ett positivt såväl som negativt bemötande följde med genom hela vårdtiden. Bemötande upplevdes inte bara vara viktigt gentemot den enskilda individen utan att ett etiskt tänkande gentemot hela gruppen var en viktig del i bemötande. Deltagarna menade att utan ett etiskt tänkande finns risken att situationer uppstår där klienter tar illa upp vilket i sin tur påverkar relationen. Det handlade inte bara om det specifika mötet med en enskild klient, utan hur personal förde sig och betedde sig i allmänna utrymmen. Personal upplevde att ett sådant etiskt tänkande och handlande spred sig till andra klienter, att även de lärde sig att ha ett etiskt tänkande där varken personal eller klient pratar negativt om olika grupper i samhället. Deltagarna ansåg att klienten många gånger har ett utgångsläge där de ser sig själva som lägre stående i förhållande till personal. För att förhindra detta ansåg deltagarna att det var viktigt med ett bra bemötande, att de kunde visa att personal och klient var likvärdiga. Följande citat belyser detta:

Linnea: Hur vi betar oss och vad vi säger och gör i korridoren, om vi går med när en klient sitter och hånar en homosexuell åt det hållet och vi sitter bara och håller med, så kanske det sitter en klient där borta som är homosexuell men inte gått ut med det. Då har vi ju tryckt ner honom

fullständigt, då har ju inte han förtroende för oss. Så det gäller att ha ett etiskt tänkande i allting vi gör, ifrån det att vi sitter här, ifrån rapporter till att vi kommer ut och bemöter klienterna. Sitter vi bakom stängda dörrar där inga klienter är med, och vi sitter och hånar klienter då är det ju risk att det kommer med på golvet sen också och det får det inte göra.

Maria: Jag tycker ändå att vi har skapat ett hus här där klienterna pratar bra, och det bra sprider sig till de andra.

Carl: Vi kommer aldrig kunna nå någon form av förändring om de inte känner förtroende för oss. Så det är jätteviktigt med bemötande. (Fokusgrupp 1)

Fokusgrupp 2 menade att för att få en trygg och bra relation var bemötandet helt avgörande. De diskuterade att om klienter var trygga med och hade förtroende för personal och kontaktperson gav det ett bättre utgångsläge för att klienten skulle fortsätta behandling. Fokusgrupp 3 menade att bemötande var lika viktigt oavsett vilken människa personal mötte. Det handlade alltså inte bara om klienter utan kolleger och andra personer som de kunde komma i kontakt med. Deltagarna ansåg att om en klient inte kände sig bra bemött skulle denne inte kunna göra en bra förändring till följd av att det inte fanns en tillit. Grupp 2 menade att personal fick ha större tålamod i relationen till klienter. De menade vidare att personal ibland var tvungna att visa klienten att den bemötte personal på ett dåligt sätt. Deltagarna menar att klienterna sedan tidigare ofta hade väldigt få eller dåliga relationer vilket gjorde att bemötande handlade om att visa hur en mänsklig relation skulle vara. Själva behandlingen handlade alltså om att personal hade ett terapeutiskt tänkande och en förståelse för bakgrunden till själva behandlingen. Följande citat belyser diskussionen:

Sandra: Det handlar inte om bemötande mellan personal och klienter överhuvudtaget egentligen, utan handlar om bemötande mellan människor.

Hanna: Bemötande är allting. Känner sig en människa inte bra bemött så kommer den inte kunna göra en bra förändring egentligen. Utan ett gott bemötande från oss så har vi ju ingen behandling. Sen får vi ju tror jag ha lite större tålamod utifrån hur de personer som är här, hur vi tänker att de blivit bemötta själva i sina liv. Hur de blivit bemötta i missbruk eller om det fanns tillit tidigare och tilliten till sina föräldrar gör vi ju att vi får ha mer tålamod i vår del av bemötandet. (Fokusgrupp 3)

Fokusgrupp 4 diskuterade att utan ett bra bemötande skulle ingenting fungera. De menade att klienterna ofta hade tillitsproblem utifrån tidigare erfarenheter och då gällde det att ha ett bra bemötande för att kunna skapa en god relation. Det ansågs viktigt att vara närvarande i mötet och bemötandet. Deltagarna diskuterade att om personal var stressad var det viktigt att stanna upp och ha tid till att bemöta klienter på ett bra sätt, och att kunna gränsa i bemötandet samt att personal hade en tydlighet och kommunikation. Gruppen ansåg att det var en fördel att klienter och personal spenderade mycket tid tillsammans då de genom bemötande kunde visa sig mänskliga och kunna göra dem så delaktiga som möjligt. Deltagarna menade att alla människor var unika och att personal försökte möta alla på bästa sätt.

Torbjörn: Något som jag kan tycka är en otrolig fördel med att vi jobbar så tätt med våra klienter som vi gör, jag menar de bor ju ändå här och vi träffar dem under en tid. Det är just det att dem lär känna oss också och att man i det här bemötandet kan visa sig mänsklig. Dom har nog stött på människor hela sitt liv som sätter sig över dem och går in och bestämmer och så där.

Isabell: Jag försöker väl alltid bemöta alla gott.

Kristoffer: Bemötande är A och O. Det handlar om att möta klienten med respekt, att möta klienter där de själva är (Fokusgrupp 4).

Faktorer som kan påverka bemötande

Alla deltagare betonade att de upplevde att bemötande som personal uppvisade kunde påverkades av olika faktorer. Personals egen inställning till klienten och det egna måendet, attityder, okunskap samt rädsla ansågs vara faktorer som kunde påverka hur personal bemötte klienter. Några deltagare betonade även att förutfattade meningar, både från personals sida men även de förutfattade meningar som klient hade gentemot personal kunde påverka personals bemötande samt hur det såg ut på arbetsplatsen och i arbetsgruppen. Några deltagare betonade även att bemötande påverkades av vilken relation personal hade till klienten. Fokusgrupp 1 diskuterade att när det gäller bemötande handlar det om en professionalitet. De menade att även om personal i personalrum upplever vissa känslor är de tvungna att ha en professionalitet då de bemöter klienter. Att personal upplevde negativa känslor och att det fanns personer som personal tyckte mindre om gick inte att undkomma, menade dem. Personal var ändå tvungen att ha en sådan professionalitet att sådana känslor inte avspeglades i mötet med klienten.

Grupp 2 ansåg att det var viktigt att personal hade tid för klienter och att de

respekterade människor som de var samt var de befann sig i livet. Deltagarna diskuterade att personal hade ett stort ansvar för relationen och att det även var saker som inte rörde personal eller klient som kunde påverka bemötande, exempelvis om klienten upplevde att personal inte hade tid. Saker som ansågs kunna påverka bemötandet var även om det var stressigt på arbetsplatsen eller om personal själv mådde dåligt eller hade en dålig dag. Även om det uppkom saker som påverkade bemötandet och relationen för stunden skulle personal och klient kunna ha en allians och bygga upp en relation som fungerade även om den haltade för stunden, menar de. Maria sammanfattade diskussionen på ett bra sätt:

Maria: Vi har ju ett stort ansvar, vi har ett större ansvar för relationen kan jag ju tycka i ett inläggningskede som personal, även om dem också har det till en viss del. (Fokusgrupp 2)

Maria: Förhoppningsvis ska man över tid kunna ha en allians där man ska kunna bygga upp en relation som fungerar även om saker skulle kunna halta någon gång ibland. Så får man ju se det på det stora hela tänker jag. (Fokusgrupp 2)

Fokusgrupp 3 diskuterade att det inte gick att kräva av varken personal eller klient att de skulle ha en bra dag. Personal behövde då vara ärlig med hur situationen såg ut. Även människosynen ansågs påverka bemötande, att klient inte ansågs vara mindre värd än personal. De menade att människor generellt bemötte andra människor på ett liknande sätt. Deltagarna diskuterade att människor bemötte olika kategorier olika utifrån olika faktorer, exempelvis personals egen uppväxt. Trots detta menade de att det skulle vara ett respektfullt bemötande även om personal ibland kunde behöva jobba på att bemöta vissa kategorier på bättre sätt. Gruppen ansåg även att relationen kunde påverka bemötande och gruppen betonade att det var svårt att urskilja bemötande och relation som två separata begrepp. När personal arbetar länge med en klient och bygger upp en relation vet personal bättre vilket bemötande som krävs utifrån individen och problematiken, menar de. Gruppen diskuterade att ett gott bemötande inte alltid var detsamma utifrån olika personer utan att det var individuellt. Följande citat belyser detta:

Sandra: Det blir svårt att lyfta ur det ordet (bemötande, reds.anm) som ett enskilt begrepp för det hör ju också ihop med relationen som vi ser det här. Utan vi försöker ge både oss själva och klienterna utrymme att vara i det man är i. Har jag en dålig dag, det är helt okej, så länge jag

kommunicerar det och säger, exempelvis att jag har sovit 1 h i natt, och jag mår skit, så är jag snäsig idag så bry er inte om det för det är bara en pissig dag. Så får man jobba med det, det handlar om ärlighet och tillit och vara i en relation. För man kan inte kräva av varken personal eller klienter att de ska vara på topp varje dag, det går inte. Men man behöver vara ärlig med vad som händer.

Hanna: Vi människor bemöter människor på ett generellt liknande sätt men vi är bra på och mindre bra på olika klienter. Jag känner att jag bemöter en viss kategori på ett bra sätt men jag vet att jag bemöter en annan kategori på ett kanske lite annorlunda sätt. Och det får jag jobba med. Det handlar om mig. Men det klart att det påverkar, det är ju alltså min egen uppväxt som påverkar hur jag möter, alltså att det finns en viss skillnad, den kan ju vara hårfin ibland.

Leo: Bemötandet kan också spela en viss roll när man jobbat med en klient i en längre period. Alltså inte det första bemötandet, men med tiden. Man har en ganska stor kännedom om just den klientens problematik. Det kan också göra att man bemöter klienter olika utifrån vad det faktiskt är dem behöver göra i behandling. (Fokusgrupp 3)

Fokusgrupp 4 påpekade att om personal var stressad kunde det påverka hur dem bemötte klienter men att de alltid försökte ha ett gott bemötande. De menade att även om personal hade en dålig dag eller var stressade var det viktigt att för klienter att personal också var mänskliga. Deltagarna ansåg att det var svårt att ha ett gott bemötande om personal slutade lyssna in sig själv och sitt eget mående. Även fokusgrupp 1 betonade att hur personal själva mår kunde påverka bemötande. De menade att det var svårt att ha en dålig dag då det gällde ett arbete med människor och kanske särskilt med den typen av problematik då klienterna märkte av om personal hade en dålig dag. Gruppen ansåg att det då var viktigt att kommunicera detta till kollegor så att personal kunde hjälpas åt.

Några deltagare betonade att information om klienten var viktig att få för att kunna bemöta denne på bästa sätt. Dels menade de att olika klienter krävde olika sorters bemötande till följd av exempelvis diagnoser. De diskuterade att det var en fin linje mellan att få information om klienter som kunde hjälpa att anpassa bemötande till det bättre och information som gjorde att personal fick en negativ inställning. Deltagarna betonade att sådan information var till för att personal skulle kunna ha ett professionellt bemötande men att den också kunde leda till förutfattade meningar som gjorde att bemötande påverkades negativt. Fick personal information om att klienten tidigare varit

våldsamt kunde det skapa en osäkerhet och rädsla vilket gjorde att personal kunde bemöta klienten annorlunda, menade de.

Alla deltagare var överens om att ett bra bemötande och en bra relation genererar positiva upplevelser. Det kunde även komma något bra av problematiska situationer. Grupp 1 ansåg att personal då kunde visa att det är acceptabelt att klienten visade sina känslor och därmed kunde de bygga vidare på en bra relation. Om en problematisk situation hade skett var det viktigt att söka upp klienten efteråt och visa att personal ändå fanns kvar för klienten, enligt deltagarna. Grupp 2 menade att det var viktigt att vara tydlig och därmed visa att personal var trygg. De ansåg att det gick att skapa en allians med klienten. Grupp 3 menade att om problematiska situationer uppstod, exempelvis att klienten agerade ut sina känslor, var det ett tecken på att relationen höll för det och då kunde också relationen stärkas ytterligare. De menade klienten då hade tillit och kände trygghet i relationen så att denne kunde och vågade agera ut sina känslor. Alla deltagare diskuterade att behandlingsrelationen och bemötandet blev som en slags livsträning för klienterna. De betonade hur viktig behandlingsrelationen och bemötandet var för att behandlingen skulle bli bra. Några deltagare betonade att klienterna kom från svåra förhållanden och att de hade stor tillitsbrist till andra människor. Klienterna hade sällan haft välfungerande och bra relationer eller nätverk, menade de. Fokusgrupp 3 diskuterade att personal blev någon slags ställföreträdande viktig person under behandlingen. Personal blev övergångsobjekt i början för att klienterna sedan skulle kunna gå vidare och skaffa andra viktiga personer. De menade att deras tanke och syfte var att bygga hållbara relationer och få klienterna att förstå att det var möjligt att ha nära och viktiga relationer.

Bemötandets roll i behandling

Alla deltagare var eniga om att personal i viss mån kunde påverka utfall i behandling. Några deltagare ansåg att personal var de enda som kunde påverka men alla deltagare var eniga om att klienten själv måste vilja förändra sig. Personal kunde inte själva förändra situationen utan det var tvunget att det fanns en vilja hos klienten att bli nykter och drogfri. Isabell sammanfattar detta på ett bra sätt:

Först måste ju klienten vilja förändra sig, det finns ingen personal som kan fixa det. Men vill klienten så är det ju upp till oss att tillsammans hitta lösningar, att hitta någonting tillsammans så, ja vi har otroligt stor påverkan, absolut. (Fokusgrupp 4)

Fokusgrupp 3 ansåg att om klienterna bestämde sig för att fortsätta i sitt missbruk, kunde inte behandlingspersonal påverka utfall i behandling. Gruppen ansåg att behandlingspersonal tillsammans med klient kunde påverka utfallet i behandling. Det var samarbetet som var viktigt för ett positivt utfall, menade de. De ansåg att det som gjorde en bra behandling var att klient och personal jobbade mot samma mål samt att de hade god kemi. Några deltagare betonade att det var viktigt att personal visade klienten att denne var delaktig, att de stödde processen oavsett om det gick bra eller dåligt. Grupp 1 menade att personal rent praktiskt kunde påverka behandling genom att föra klientens talan, exempelvis gentemot socialtjänsten.

Linnea: Vårt bemötande, vår attityd, den är ju nästan avgörande överhuvudtaget om de ska ta åt sig eller inte ta åt sig (Fokusgrupp 1).

Alla deltagare var överens om att vissa personer var bättre lämpade att arbeta med människor än andra. Alla grupper ansåg att erfarenhet i viss mån var bättre än utbildning. Det spelade ingen roll vilken utbildning personal hade så länge denne inte hade ett bra bemötande eller en bra människosyn. Därmed inte sagt att utbildning inte var bra, mer att erfarenhet och den grundsyn personal hade var viktigare.

Behandlingsrelationen

Alla deltagare betonade att en bra relation mellan personal och klient var viktig. Fokusgrupp 1 menade att det inte spelade någon roll vilken behandlingsmodell eller vilket behandlingsinslag en verksamhet använde så länge personal hade en god relation och ett bra bemötande gentemot klienterna. Bemötande ansågs av deltagarna vara en av de viktigaste faktorerna till varför en god relation utvecklades. De ansåg att det var viktigt att ha ett mänskligt synsätt, där personal såg personen bakom missbruket. Fokusgrupp 3 betonade att det centrala i att bygga en relation var att kunna se klienten som någon som har missbruksproblem, inte som en missbrukare.

Linnea: Vi lägger ju inte vikt på att de är missbrukare, mer än att dem behöver få hjälp för att de är det. (Fokusgrupp 1)

Leo: Att se klienten som en person med missbruksproblem är centralt i att bygga en relation. (Fokusgrupp 3)

Fokusgrupp 2 menade att om personal inte såg till individen utan till missbruket påverkade detta relationen till det sämre. Hade personal en sådan attityd och inställning var det komplicerat att bygga upp en bra relation och ta till sig personen bakom missbruket, menade de. Gruppen diskuterade att personal kunde klandra klienter om de såg missbruk eller beroende som något som klienterna själva försatt sig i, att det var deras eget fel. Detta överensstämmer med Raistrick et al (2015) som menar att en positiv terapeutisk attityd är nyckeln till en meningsfull behandling. Följande citat belyser diskussionen:

Fredrik: Alla som jobbar med personer som har någon form av missbruk kanske inte ser till individen. Utan dem ser bara till missbruket och då är det ju lätt att man inte kan ta till sig människan bakom missbruket. Utan för mig är du en missbrukare men du är ingenting annat. Så visst påverkar relationen. Och det är klart, kan man inte bygga en bra relation med en klient så är det väldigt svårt att försöka hjälpa den här klienten komma vidare.

Filip: Jag tänker att om man ser på en människa med ett beroende som att det är deras eget fel och man ser att de valen man gör och att de som människor har försatt sig i den situationen så kan det bli mer klander än om man hjälper dem framåt och då påverkar ju det helt klart relationen. Den blir ju inte positiv i den bemärkelsen om det är så man ser på en människa med missbruk (Fokusgrupp 2).

Fokusgrupp 4 diskuterade att det var relationen de jobbade med på behandlingshemmet och genom en bra relation till klienten kunde de åstadkomma mycket. Gruppen menade att de inte var personal och klienter utan de hade en gemenskap. Kristoffer sammanfattar resonemanget:

Vi tänker ju oss att relationen är det vi jobbar med. Vi ser det som vår styrka och har vi en sjyst relation med en klient kan vi åstadkomma väldigt mycket. Jag kan inte göra ett bra jobb om jag inte har mina klienter med mig och klienterna kan inte göra ett bra jobb om de inte har mig med sig (Fokusgrupp 4).

Fokusgrupp 3 menade att relationer till klienterna inte var så annorlunda gentemot hur privata relationer såg ut. Personal menade att klienterna upplevde om personal inte ansåg att relationen var på riktigt, och då blir relationen inte heller viktig. Hanna

menade att om personal hade ett synsätt där de såg klienten som dumma så blev relationen inte på riktigt.

Hanna: Det är inte så annorlunda att göra det här på ett behandlingshem än vad det är ute i ens vanliga liv och hur man ser på människor överhuvudtaget. Man handlar ju utifrån sitt eget synsätt på människor. Tänker man att de här människorna är stendumma så blir relationen inte på riktigt och det kommer klienten och att uppleva. Och då faller det. (Fokusgrupp 3)

Fokusgrupp 3 diskuterade att det snarare handlade om den grundsyn personal hade och hur de såg på människor överhuvudtaget. Det var inte någon skillnad mellan klienter och personal i människovärde, mer än att personal haft fungerande strategier i livet för att kunna klara sig undan ett missbruk eller beroende, menade de. Gruppen diskuterade att det fanns en grund till att klienterna hade ett missbruk, och att personal på boendet inte bara inriktade sig på symptomen som uppkom av detta utan på det som fanns bakom. För att kunna göra detta ansågs det viktigt att kunna visa sig mänsklig. Det var orimligt att tänka att klienten skulle kunna känna tillit till personal om denne inte delade med sig av sig själv som person, menade de. Följande citat sammanfattar diskussionen:

Hanna: Det finns en grund till att dem har ett missbruk, då tänker vi att vi inte bara inriktar oss på symptomen utan någonstans bakom det där. Då kommer vi till människan.

Leo: Den korta perioden vi träffar en klient, det är ju en ganska kort tid och ofta har de väldigt svårt med tillit. Det är ganska orimligt att tänka sig att de ska känna tillit till mig om jag inte har någon tillit att dela med mig av om mig som person. De kan ställa väldigt höga krav på klienten, du får inte veta något om mig men jag ska veta allt om dig för att kunna hjälpa dig, men du får inte veta något om mig som privat människa. Jag kan inte ha en relation på det sättet alls. Det blir jättekonstigt (Fokusgrupp 3).

Sammanfattande resultat

Syftet med studien var att undersöka hur behandlingspersonal upplevde och resonerade kring bakomliggande orsaker till missbruk och beroende samt om och hur de upplevde att deras föreställningar påverkade mötet med klienten samt behandling.

I studien framkom att behandlingspersonal upplevde att det fanns en mängd olika anledningar till varför missbruk eller beroende kunde utvecklas. Resultatet visar komplexiteten när det gällde att hitta en enskild bakomliggande orsak till missbruk och beroende. Deltagarna ansåg att det snarare handlade om flera orsaker i kombination än att det var möjligt att urskilja en enskild bakomliggande orsak. De bakomliggande orsakerna tycks även vara möjliga att hänföra till individualitet. Uppväxtmiljön och det sociala arvet, normer i samhället och psykisk ohälsa var de bakomliggande orsaker som deltagare ansåg var dominerande orsaker till varför en person utvecklade ett missbruk eller beroende. Även en avsaknad av relationer och nätverk, självmedicinering, yttre påfrestningar och faktorer samt det biologiska perspektivet diskuterades som bakomliggande orsaker. Resultatet visar att även om klient och personal förklarar missbruket olika måste de mötas och bygga upp en relation. De menade att olika personer måste få ha sin förklaring till missbruket och att det handlar om att personal ska se förklaringen rent objektivt. I studien framkom att alla deltagare ansåg att det synsätt personal hade kunde påverka bemötande och relationen, även om det nödvändigtvis inte behövde göra det. Några deltagare menade att deras synsätt inte påverkade bemötande eller relationen som de själva hade till sina klienter.

I studien framkom att relationen mellan personal och klient upplevdes viktig. Det framkom av deltagare att en god relation inte kunde utvecklas utan ett gott bemötande. Deltagarna ansåg att det viktigaste var ett mänskligt synsätt, där klienten inte sågs som missbrukare utan som en individ med missbruksproblematik.

Studien visar att behandlingspersonal beskrev att det är med bemötande som allt startar. Ett dåligt bemötande ansågs kunna påverka relationen, om den överhuvudtaget utvecklades, och dessutom följa med under hela vårdtiden, enligt deltagare. Alla deltagare var överens om att bemötandet kunde påverkas av olika faktorer. De dominerande faktorerna ansågs vara personals egen inställning till klienten, det egna måendet, attityder, okunskap samt rädsla. När sådana situationer uppstod upplevde deltagarna att det var viktigt med professionalitet för att dessa faktorer inte skulle gå ut över klienter samt att behandlingspersonal uppfattade att det var viktigt att ha kollegor som kunde stötta i sådana situationer. Studien visar att ett bra bemötande och en bra relation genererade positiva upplevelser. Negativa upplevelser behövde nödvändigtvis

inte innebära en negativ inverkan på bemötandet eller relationen, utan att klienter snarare visade ett förtroende och tillit till personal och att de då kunde bygga vidare på relationen.

Enligt vår studie var personal eniga om att de i viss mån kunde påverka utfall i behandling, men endast om klienterna själva var villiga till förändring. Personal ansåg att de inte kunde påverka utfall i behandling utan att ha klienterna med sig. Studien visar även att personal i viss mån ansåg att erfarenhet var bättre än utbildning. De menade att det inte spelade någon roll vilken utbildning personal hade om inte hade ett bra bemötande eller bra människosyn. Utbildning ansågs vara gynnsamt i viss mån men vissa människor tycktes vara mer lämpade att arbeta med andra människor och denna typ av problematik vilket utbildning inte endast kunde ge, menade de.

Diskussion

Nedan förs en diskussion, kopplad till teori och tidigare forskning, kring behandlingspersonals upplevelser av bakomliggande orsaker, en terapeutisk attityd, relationen personal och klient emellan samt socialkonstruktivism.

Ett substansberoende kan ses som en kronisk sjukdom, vilken kännetecknas av att individen känner ett tvång att inta substansen samt kontrollförlust för intaget. Missbruket kan leda till förändringar av givna strukturer i hjärnan där olika delar i hjärnan påverkas vilket bidrar till att individen tvångsmässigt intar substansen. Substansanvändningen går från att vara impulsiv till tvångsmässig. Det biologiska perspektivet betonar att belöningscentrat påverkas (Moal & Koob, 2006). Palms (2004) studie tyder på att professionella inom sjukvården ansåg att ett missbruk eller beroende uppkom till följd av biologiska faktorer samtidigt som socialsekreterare snarare baserade orsakerna på sociala faktorer. Både Palms (2004) och Cunningham et al (1996) studier tyder på att människors uppfattning gällande missbruk och beroende påverkade inte bara relationen mellan klienten och vårdgivaren utan även att den gav konsekvenser för vad som behandlades samt hur det behandlades. Klienterna ansågs i Palms (2004) vara ansvariga för att lösa den problematik de hade samt som delvis ansvariga för att den uppstått. Vårt resultat visar att det biologiska perspektivet är erkänt av personal och att personal upplever att relationen kan påverkas av att endast se till det biologiska perspektivet, vilket framkommer i Palms studie. Personal resonerar kring att klienter kan fråntas sina möjligheter och sitt ansvar för förändring och samt behandling. Det var bara två fokusgrupper som erkände det biologiska perspektivet som en bakomliggande orsak vilket visar på skillnader i synsätt hos behandlingspersonal.

Dodes (2009) menar att nyare forskning påvisar att beroendeframkallande handlingar beror på en känsla av överväldigande hjälplöshet eller maktlöshet och varierar beroende av vad som är känslomässigt viktigt för en viss individ. Individer som missbrukar kan uppleva att brukandet av substanser leder till att de får tillbaka känslan av kontroll i en utsatt livssituation. Deltagarna i vår studie upplevde att de klienter som de möter har en psykisk ohälsa. Det finns många olika faktorer till psykisk ohälsa och som anses vara bakomliggande orsaker. Alla grupper diskuterade detta men det var en grupp där den psykiska ohälsan ansågs vara dominerande faktor till varför en individ utvecklar ett missbruk eller beroende.

Fahlke (2012) beskriver att det finns en risk att personer utvecklar ett missbruk om de växer upp med föräldrar som själva har missbruk. När barn växer upp under ogynnsamma förhållanden har de en ökad risk att utveckla olika former av psykiska problem vilket också gör att det inte är helt ovanligt att klienter erfar olika typer av relationsproblem. Fahlke (2012) beskriver att en riskfaktor kan vara psykosocial sårbarhet till följd av individens uppväxtmiljö, eller social sårbarhet som kan bero på normer och kultur. Vårt resultat visar att behandlingspersonal upplevde att sociala faktorer kunde vara en möjlig bakomliggande orsak men att det, liksom den psykiska ohälsan, var ett komplext begrepp med olika aspekter. Deltagarna resonerade kring uppväxten, det sociala arvet och relationsproblem, vilket Fahlke beskriver kan vara en riskfaktor till att utveckla missbruk eller beroende, men yttre faktorer och omständigheter som dödsfall och skilsmässa, att samhället ställer krav på människor samt ett utanförskap eller ensamhet till följd av olika faktorer som exempelvis en outredd diagnos. Dodes (2009) beskriver att de individer som missbrukar kan göra det på grund av att de kan uppleva att brukandet av substanser bidrar till att de får tillbaka en känsla av kontroll i en utsatt situation. Vårt resultat visar på det som Dodes beskriver om att klienter kan uppleva att de får tillbaka känslan av kontroll i en utsatt situation. Deltagarna i vår studie upplevde att klienter som var i en utsatt situation hittade en känsla av att vara som alla andra genom substansbruket., särskilt då de många gånger befann sig i sociala sammanhang där substanser är vanligt förekommande.

Den terapeutiska attityden är viktig för att personal och klient ska kunna utveckla en god och gynnsam relation (Koski-Jännes et al 2016; Braden et al, 2011; Hutchinson, et al 2013). Vår studie visar att behandlingspersonal upplevde att relationen till klienten var oerhört viktig samt att utan en god relation gynnade inte behandlingen klienten, vilket stämmer överens med Koski-Jännes et al (2016) som menar att behandling kan äventyras på grund av personals attityder och även relationen dem emellan. Det viktigaste i den goda relationen ansågs av personal vara ett mänskligt synsätt samt att se personen bakom missbruket. Genom att ha detta upplevde personal att de kunde bygga upp en god relation till klienten vilket också kunde leda till att klientens situation

förbättrades. Deltagarna betonade tillit och förtroende som viktiga faktorer i den goda relationen vilket överensstämmer med Eriksson och Välijeesiös (2010) studie där författarna menar att det är viktigt med ett ömsesidigt förtroende samt respekt mellan klient och personal.

I vår studie ansåg behandlingspersonal att bemötandet var oerhört viktigt för att en god relation ska kunna utvecklas. Personal resonerade kring att det goda bemötandet kännetecknas av empati, medkänsla, förståelse, öppenhet samt respekt. Resultatet visar även att det är med ett gott bemötande som allt startar, utan detta, kan inte en god relation inledas. Eriksson och Välijeesiös (2010) studie visar att det finns faktorer som kan påverka bemötandet som exempelvis brister i professionalitet, misstro hos personal samt vilken attityd klienten själv har. I vår studie framkom att en mängd olika faktorer kan påverka bemötande. Deltagarna diskuterade den professionalitet personal bör uppvisa för att det ska kunna bli ett gott bemötande men även faktorer som stress, det egna måendet, förutfattade meningar, okunskap samt rädsla var några av de faktorer som kunde påverka det bemötande som personal uppvisar.

Socialkonstruktivismen innebär att verkligheten är socialt konstruerad, att det som människor tolkar och uppfattar som en verklighet är en skapelse som sker mellan människor och grupper (Bryman 2011; Giddens, 2007; Røkenes och Hanssen 2007). Deltagarna i olika fokusgrupper var eniga om bakomliggande orsaker utifrån vilka missbruk och beroende kunde förklaras, vilken vikt de upplevde att behandlingsrelationen och bemötandet hade samt vilken betydelse bemötande hade för behandlingsutfallet. Många av deltagarna hade arbetat tillsammans länge vilket märktes tydligt under diskussionerna och resonemangen samt att de hade samma syn på det som diskuterades. Diskussionerna föll sig naturligt och det var sällan de var oeniga vilket vi anser beror på att de skapar en verklighet mellan varandra. Personal möter samma situationer i arbetet vilket också gör att de påverkas på liknande sätt. Många deltagare betonade att kommunikation mellan kollegor var viktigt, inte bara när det gällde svåra situationer med klienter utan även situationer som de själva hamnade i. Vi anser att grupperna förhandlar och resonerar fram sin verklighet och uppfattning av missbruk och beroende och behandlingsrelationen och bemötande, även i samspel med klienter. Kanske särskilt då åsikter skilde sig mellan grupperna, exempelvis att två grupper tog avstånd från det biologiska perspektivet samtidigt som två andra grupper betonade att detta kunde vara en bakomliggande orsak.

Pedagogisk implikation

Resultatet tyder på att det synsätt behandlingspersonal har kan påverka bemötande och behandlingsrelationen till klienten. Studien visar vilken vikt detta har i mötet med relationen och hur relationen annars kan påverkas till det sämre. Klienter som är i behandling befinner sig i en utsatt situation, inte bara till följd av sin missbruks- och beroendeproblematik utan även till följd av andra omständigheter. I studien framkommer att personal upplever att relationen och behandlingen blir som en slags livsträning för klienten och att personal då fungerar som en slags ställföreträdande person.

Vi anser att trots att bemötande och behandlingsrelationen är något som är framträdande och välkänt är det något som kan hamna i skymundan och som personal glömmar att reflektera kring. Den kunskap vi har fått utav denna undersökning tror vi även kan vara lärorik och relevant för andra som arbetar och kommer i kontakt med missbruk och beroende. Särskilt då resultatet visar hur viktigt behandlingspersonal upplever att bemötande och relationen är för klientens situation. Att konkret lära sig om, diskutera och reflektera över ovan nämnda delar kan göra att behandlingspersonal blir mer medveten om sitt eget bemötande och hur de själva påverkar relationen med klienten. Det är även av nytta för socialt arbete då kunskaper kring hur detta konkret påverkar klienten i sin tur kan förbättra klientens situation.

Förslag till vidare forskning

I denna studie framkommer att behandlingspersonal upplever att deras attityder och förhållningssätt gentemot klienterna i stor utsträckning påverkar utfall i behandling. Attityden behandlingspersonalen har gentemot sina klienter tycks med andra ord vara en stor och viktig del i att en bra relation med klienterna skapas. Många av våra deltagare menar att utan ett bra förhållningssätt, utan en bra attityd och utan ett bra bemötande finns det en svårighet i att skapa en bra och äkta relation med klienterna. De anser att om de lyckas skapa en bra relation med sina klienter så ökas chansen till en positiv förändring i klienternas situation och ett positivt utfall i behandling. Därför anser vi att vidare forskning borde lägga större vikt och större fokus på hur behandlingspersonalens attityder och bemötande gentemot klienterna de arbetar med faktiskt påverkar utfallet i behandling. Vår forskning baseras på detta men vi kan inte med säkerhet konstatera att det säkert är så. Därför anser vi att ytterligare forskning kring området som berör relationen mellan behandlingspersonal och klienter behövs för att kunna påvisa att det är viktiga faktorer som påverkar klienternas situation till det bättre, samt att viktiga faktorer som förhållningssätt, bemötande och attityd spelar en stor roll i relationen.

Metoddiskussion

En kvalitativ undersökning har en kunskapsteoretisk ståndpunkt där huvudsyftet ligger på förståelse av den sociala verkligheten som baseras på hur individerna i en särskild miljö tolkar denna verklighet. De sociala egenskaperna är ett resultat av mänskligt samspel (Bryman, 2011). Då vi ville undersöka en social miljö där behandlingspersonal var den specifika målgruppen valde vi en kvalitativ ansats.

Socialkonstruktivism innebär att den sociala verkligheten och människors förståelse skapas i samspel med andra människor. Utifrån detta är forskare inte helt objektiva (Røkenes & Hanssen, 2007). Valet av vetenskapsteori baserades på att vi ville studera hur behandlingspersonal upplever och resonerar kring valt ämne men även för att vi ville studera hur de tolkar och skapar ämnet i relation till varandra. Enligt Hydén & Bülow (2003) finns det inget angivet sätt hur deltagare i en fokusgrupp ska prata eller agera. De menar att deltagarna beslutar tillsammans hur gruppens gemensamma diskussion sker. Därför utvecklar de en Common Ground i kommunikationen. Under fokusgrupperna framkom att många av grupperna delade syn på olika frågor varpå vi anser att den sociala konstruktivismen var ett lämpligt val av vetenskapsteori. Vi ville visa hur behandlingspersonal pratar om och förhandlar fram vad missbruk och beroende är och hur synen påverkar bemötande, relationen och utfall i behandling och inte framställa en objektiv sanning då vi inte anser att det finns någon sådan. För att undersöka dessa resonemang och upplevelser ansåg vi att fokusgrupper var en lämplig datainsamlingsmetod vilket också visade sig stämma under genomförandet då vi fick fram tydliga resonemang och konkreta exempel på hur deltagarna tolkade sina synsätt i samspel med varandra. Vi såg i våra fokusgrupper att deltagarna hade utvecklat en Common Ground. Hade vi valt en annan datainsamlingsmetod eller en kvantitativ ansats anser vi inte att vi hade kunnat redovisa dessa resonemang och upplevelser. Ett fokusgrupptillfälle bestod enbart av två deltagare och denna sägas vara en dyadisk intervju (Morgan, Eliot, Lowe och Gorman, 2016). Detta var en fördel då vi fick möjlighet att gå ner mer på djupet av ämnet och fånga upp viktiga detaljer. Trots att det bara var två deltagare anser vi materialet var användbart till vårt arbete.

Vid val av datainsamlingsmetod finns etiska överväganden att ta hänsyn till. Vi valde att använda fokusgrupper där deltagarna hade relationer sedan tidigare. Detta valde vi då studien var tidsbegränsad men även då det går att få fram hur deltagarna vet det de diskuterar och inte bara varför (Hofmeyer & Scott, 2007). Krueger och Casey (2015) menar att ett etiskt övervägande när fokusgrupper används där deltagarna har relationer sedan tidigare är konfidentialitet. Även om vi försäkrar största möjliga konfidentialitet när det gäller våra resultat, deltagare och de boenden vi besökt finns det inget som säkerställer att deltagarna efter fokusgrupperna diskuterar det som skett och vad deltagare sagt. Innan fokusgrupperna inleddes tog vi en stund där deltagarna fick

fundera över om det var något de inte ville säga vilket gör att vi upplever att de ändå kunde skydda sig mot detta. I efterhand anser vi att vi kunde betonat ytterligare att det som diskuterades under fokusgrupper skulle stanna under diskussionen. Hofmeyer och Scott (2007) menar att fokusgrupper där deltagarna känner varandra sedan innan finns risken att de kan känna sig tvingade att hålla med om åsikter som övriga gruppen har samt låta bli att uttrycka egna åsikter. Vi valde innan fokusgrupperna att poängtera att inget svar är rätt eller fel och betydelsen av respekt gentemot varandra om de har olika åsikter. Vi upplevde inte under fokusgruppernas gång att det var något som skedde. Deltagarna höll oftast med varandra men det uppkom även olika åsikter som de resonerade kring på bra sätt. Från våra fokusgrupper fick vi mycket information som vi kunde använda till vårt resultat och som vi anser har gett bredd och djup.

Vi valde att använda oss av en diktafon för att spela in fokusgrupperna då vi ville vara säkra på att ljudet blev bra till transkriberingarna men även så att vi hade tillräckligt med minne. Diktafonen var smidig när det gällde att gå tillbaka och pausa i inspelningarna vid transkriberingarna. Genom att kunna göra detta har vi säkerställt att vi fått med all information i våra transkriberingar. Därför anser vi att vi har gett ökad trovärdighet i resultatet då detta varit noga genomarbetat. Genom fokusgrupperna vi utförde gick vi mer in på djupet genom att ställa frågor som bidrog till diskussioner, funderingar och spekulationer men inte till något konkret svar då vi anser att det inte finns något rätt svar. Då fyra fokusgrupper, på tre olika platser och verksamheter uppgav liknande svar är det ett rimligt antagande att behandlingspersonal på andra boenden och platser resonerar liknande kring missbruk, beroende, bemötande och relationen. Vi har redan poängterat att vi inte kan få fram någon objektiv sanning och en möjlighet att styrka och konfirmera innebär att forskaren inte med avsikt låtit teoretisk inriktning eller värderingar som är personliga påverka utförandet av och slutsatserna från undersökningen (Bryman, 2011). Trots att vi diskuterar för att vi inte kan vara helt objektiva och att vi själva i samspel med andra har konstruerat en syn på missbruk och beroende försökte vi vara helt objektiva under processen. Vi fokuserade på öppna frågor och valde exempelvis att fråga om missbruk, beroende och substansbrukssyndrom så att deltagarna själva kunde få välja hur de ville benämna den problematik som var avsedd att studera.

Äkthet innebär vad studien bidrag med för samhället och deltagarna samt om en rättvis bild har getts av uppfattningar och åsikter hos deltagare (Bryman, 2011). Behandlingspersonalen kommenterade att genom deras medverkan hade de fått chansen att diskutera bemötande och relationer på djupet, samt vad det innebar för deras arbete. De uppgav att det var givande att diskutera sådant som egentligen är en vanlig del i deras arbete. Vi anser att detta kan ha bidragit till en ökad förståelse för behandlingspersonalen som deltog samt hur viktigt det är med ett gott bemötande och en bra relation i deras arbete.

Vi kan i efterhand anse att vi skulle sammanställt ett frågeschema innan vi tog kontakt med deltagarna och även information om de olika etiska riktlinjerna så att vi kunde skicka ut dessa till alla deltagare som deltog. Vi tog endast kontakt med en person på varje boende som sedan samlade ihop deltagarna åt oss och de fick inte all denna information förrän fokusgrupperna skulle ske. Hade vi gjort detta tidigare hade de fått en större chans att fundera på dessa och även på om de ville delta. Vi anser trots detta att vi har följt de etiska riktlinjerna då deltagarna har fått all nödvändig information enligt dessa kriterier samt då vi har följt dessa när det gäller konfidentialitet.

Slutsatser

Syftet med studien var att undersöka hur behandlingspersonal resonerar och upplever bakomliggande orsaker till missbruk och beroende och om de upplever att dessa orsaker kan påverka bemötande, behandlingsrelationen samt utfall i behandling. Vår första frågeställning rörde vilka möjliga bakomliggande orsaker behandlingspersonal anser kan finnas när det gäller missbruk och beroende. Resultatet visar att behandlingspersonal ansåg att de dominerande bakomliggande orsakerna var uppväxtmiljön och det sociala arvet, normer i samhället och psykisk ohälsa. Vår andra och tredje frågeställning rörde om synen som behandlingspersonal hade gällande bakomliggande orsaker och om de upplevde att dessa kunde påverka bemötande och behandlingsrelationen. Resultatet visar att behandlingspersonal upplevde att bakomliggande orsaker inte nödvändigtvis behöver påverka varken relationen eller det bemötande som behandlingspersonal uppvisar utan att de anser att det snarare handlar om vilken människosyn personal har. Deltagarna menar att de såg klienterna som likvärdiga människor och inte la vikt vid sin syn på bakomliggande orsaker mer än att klienterna behövde hjälp för sin problematik. Deltagarna betonar att bemötande är väldigt viktigt för att kunna inleda och fortsätta en god relation till klienten. Vi anser att vi nådde mättnad genom att göra fyra fokusgrupper, på tre olika platser och på tre olika verksamheter, då alla grupper betonade samma saker i olika utsträckning. Som vi nämnde ovan kan vi inte vara totalt objektiva samt att alla människor konstruerar sin verklighet och sin syn på diverse saker i samspel med andra. Det är därför viktigt att poängtera att resultatet vi fått fram är en tolkning och inte en objektiv sanning. Vi anser att det är ett rimligt antagande att detta är en tolkning som fler skulle kunna göra.

REFERENSER

- Agerberg, K. (2004) *Kidnappad hjärna – en bok om missbruk och beroende*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association. (2015) *MINI-D 5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. (J. Herlofson, Övers.) Stockholm: Pilgrim Press AB
- Amodeo, M., & Fassler, I. (2000). Social Workers and Substance-Abusing Clients: Caseload Composition and Competency Self-Ratings. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(4): 629-641. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cc9e993e-fb07-475a-b830-052540d0dfe4%40sessionmgr112&vid=4&hid=116>
- Blomqvist, J. (2009) *Vad är problemet? Perspektiv på missbruk och beroende. I Missbruk och behandling, (red): Gamla problem – nya lösningar?* Socialtjänsts forum - ett möte mellan forskning och socialtjänst. Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och social forskning – FAS. Hämtad från: <http://su.diva-portal.org/smash/get/diva2:286071/FULLTEXT01.pdf> (2016.05.21).
- Braden, M., McGowan I W., McLaughlin, D., McKenna, H., Keeney, S., & Quinn, B. (2011) Users, carers and professionals experiences of treatment and care for heroin dependency: Implications for practice. A preliminary study. *Journal of Substance Use* 16(6): 452-463. Doi: 10.3109/14659891.2010.495818
- Braun, V., & Clark, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Research in Psychology*. 3 (2): 77-101 Doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Breen, R., (2006) A Practival Guide to Focus-Group Reserarch. *Journal of Geography in Higher Education*. 30(3): 463-475. Doi: 10.1080/03098260600927575
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber
- Cunningham, J., Sobell, S., & Sobell, M. (1996). Are Disease and Other Conceptions of Alcohol Abuse Related to Beliefs About Outcome and Recovery? *Journal of Applied Social Psychology* 26(9): 773-780. Doi: 10.1111/j.1559-1816.1996.tb01129.x
- Dodes, L., (2009). Addiction as a psychological symptom. *Psychodynamic Practice*. 15(4): 381-392. Doi: 10.1080/14753630903230468

- Eriksson, A-L., & Välijeesiö, M. (2010). *Bemötandet inom socialtjänsten. En kvalitativ studie om klienters upplevelse*. C-uppsats. Mälardalens Högskola, Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete. Hämtad från <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:337860/FULLTEXT01.pdf> (2016.05.20)
- Fahlke, C. (Red.), (2012) *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning*. Malmö: Liber.
- Giddens, A. (2007). *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Nutt, R., Love, J., Germeni, E., Valkova, I., Kantchelov, A., Stoykova, T., Bujalski, M., Poplas-Susic, T., & Baldacchino, A. (2014) Understanding access to drug and alcohol treatment services in Europe: A multicountry service users' perspective. *Drugs: Education, prevention and policy*, 21(2): 120-130. Doi: 10.3109/09687637.2013.848841
- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino A. (2011). Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction*, 106: 1114-1125. Doi: doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x
- Hofmeyer, A., & Scott, C. (2007). Moral Geography of Focus Groups with Participants Who Preexisting Relationships in the Workplace. *International Journal of Qualitative Methods*. 6 (2): 69-79. Doi: 10.1177/160940690700600207.
- Holm, U. (2002) Empathy and professional attitude in social workers and non-trained aides. *International Journal of Social Welfare*, 11: 66-75. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/detail/detail?vid=6&sid=cc9e993e-fb07-475a-b830-052540d0dfe4%40sessionmgr112&hid=116&bdata=JkF1dGhUeXBIPWNvb2tpZSxpcCx1aWQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=6194678&db=afh> (2016.04.22)
- Hutchinson, A-J., Galvani, S., & Dance, C. (2013). Working with substance use: Levels and predictors of positive therapeutic attitudes across social care practitioners in England. *Drugs: education, prevention and policy*, 20(4): 312-321. Doi: 10.3109/09687637.2013.765385
- Hydén, Lc-C., & Bülow, P. (2003). Who's Talking: Drawing Conclusions from Focus Groups – Some Methodological Considerations. *International Journal of Social Research Methodology*. 6(4): 305-321. Doi: DOI: 10.1080/13645570210124865
- 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 and Misuse*, 51(4): 479-488. Doi: 10.3109/10826084.2015.1126736

- Krueger, R., (2002) *Designing and Conducting Focus Group Interviews*. Univeristy of Minnesota. Hämtad från: <http://www.eiu.edu/ihec/Krueger-FocusGroupInterviews.pdf> (2016.04.21).
- Kruger, R., & Casey M-A. (2015) *Focus Groups. A practical Guide for Applied Reserach. 5th Edition*. United States of America: SAGE Publications.
- Le Moal, M & Koob, G F. (2006) Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspectives. *European Neuropsychopharmacology*. 17: 377-393. Doi:10.1016/j.euroneuro.2006.10.006
- McLafferty, I. (2004). *Focus group interviews as a data collecting strategy. Methodological Issues in Nursing Research*. Hämtad från: <http://web.b.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5bbda856-11c1-462a-8525-eb28f2d1d53c%40sessionmgr105&vid=3&hid=128> . (2016.05.21).
- Meesmann, U., Martensen, H., & Dupont, E. (2015). Alcohol checks and social norm on driving under the influence of alcohol (DUI). *Accident Analysis and Prevention*. 80: 251-261. Doi:10.1016/j.aap.2015.04.016
- Morgan, D. (1996a) Focus Groups. *Annual Reveiw of Sociology*. 22:129–52. Hämtad från:<http://web.b.ebscohost.com/bibl.proxy.hj.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6050ea27-be84-4f54-a93e-b902f30e3ef3%40sessionmgr106&vid=3&hid=124> (2016.05.25).
- Morgan, D. (1996b) *Focus Groups as Qualitative Research*. United States of America: Sage Publications.
- Morgan, D., Eliot, S., Lowe, A., & Gorman, P. (2016) Dyadic Interviews as a Tool for Qualitative Evaluation. *American Journal of Evaluation*. 37(1): 109-117. Doi: 10.1177/1098214015611244
- Pace, C., & Samet, J-H. (2016). Substance Use Disorders. *American College of Physicians*. 164(7): ITC49-ITC64. Doi:10.7326/AITC201604050
- Palm, J. (2004). The nature of and responsibility for alcohol and drug problems: views among treatment staff. *Addiction Research and Theory*, 12(5): 413-431. Doi: 10.1080/16066350412331302103

- Raistrick, D., Tober, G., & Unsworth, S. (2015) Attitudes of healthcare professionals in a general hospital to patients with substance misuse disorders. *Journal of Substance Use*, 20(1): 56-60. Doi: 10.3109/14659891.2013.878763
- Rolfe, G. (1990) The assesment of therapeutic attitudes in a psychiatric setting, *Journal of Advanced Nursing*. 15: 564-570. Doi: 10.1111/1365-2648.ep8530397
- Røkenes, O H., & Hanssen, P-H. (2007). *Bära eller brista. Kommunikation och relationer i arbetet med människor*. Polen: Gleerups utbildning.
- Samuelsson, E., & Wallander, L. (2013). Disentangling practitioners' perceptions of substance use and severity: A factorial survey. *Addiction Research and Theory*. 22(4): 348-360. Doi: 10.3109/16066359.2013.856887
- Socialstyrelsen. (2015a) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf> (2016.04.21).
- Socialstyrelsen. (2015b) *Vuxna personer med missbruk och beroende. Insatser år 2014*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19823/2015-5-14.pdf> (2016.04.21).
- Socialstyrelsen (2016) *Vuxna personer med missbruk beroende. Insatser år 2015*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-5-26>
- Socialstyrelsen. (2013). *Term: Stödboende*. Hämtad från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=763> (2016.05.25).
- SOU:2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Statens offentliga utredningar. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/contentassets/0c778ea424b749b89225617e54558413/battre-insatser-vid-missbruk-och-beroende-del-1-av-2-forord-och-kapitel-1-12-bilaga-1-5-sou-201135> (2016.04.22).
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/ (2016.04.22).
- SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från <http://www.riksdagen.se/sv/Dokument->

Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1988870-om-var-d-av-miss_sfs-1988-870/ (2016.04.22).

Vetenskapsrådet (2011) *God forskning. Hämtad från:*

<https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/> (2016.04.21).

Watson, H., Maclaren, W., & Kerr, S. (2006) Staff attitudes towards working with drug users: development of the Drug Problems Perceptions Questionnaire. *Addiction*, 102: 206-215. Doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01686.x

WHO. (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. World Health Organization.

WHO. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organization.

Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrund

Vad har ni för utbildning?

Vilken är er arbetslivserfarenhet?

Missbruk och beroende

Vilken eller vilka anser ni kan vara de bakomliggande orsakerna till ett missbruk eller beroende?

Anser ni att relationen mellan personal och klient påverkas av det synsätt man har gällande missbruk eller beroende och i så fall hur?

Berätta om en positiv upplevelse ni haft med en klient

Hur kommer det sig att den var positiv?

Hur påverkade detta relationen mellan er?

Berätta om en negativ upplevelse ni haft med en klient

Hur kommer det sig att den var negativt?

Hur påverkade detta relationen mellan er?

Anser ni att behandlingspersonal kan påverka utfallet i behandling och i så fall hur?

Resonera kring hur ni tror att personal generellt ser på missbruk och bemötande? Finns det någon skillnad utifrån utbildning och erfarenhet?

Bemötande

Vad kan påverka bemötandet?