

"Jag har sökt orsakerna i varför jag började ta droger, men det är ett begär som är så starkt"

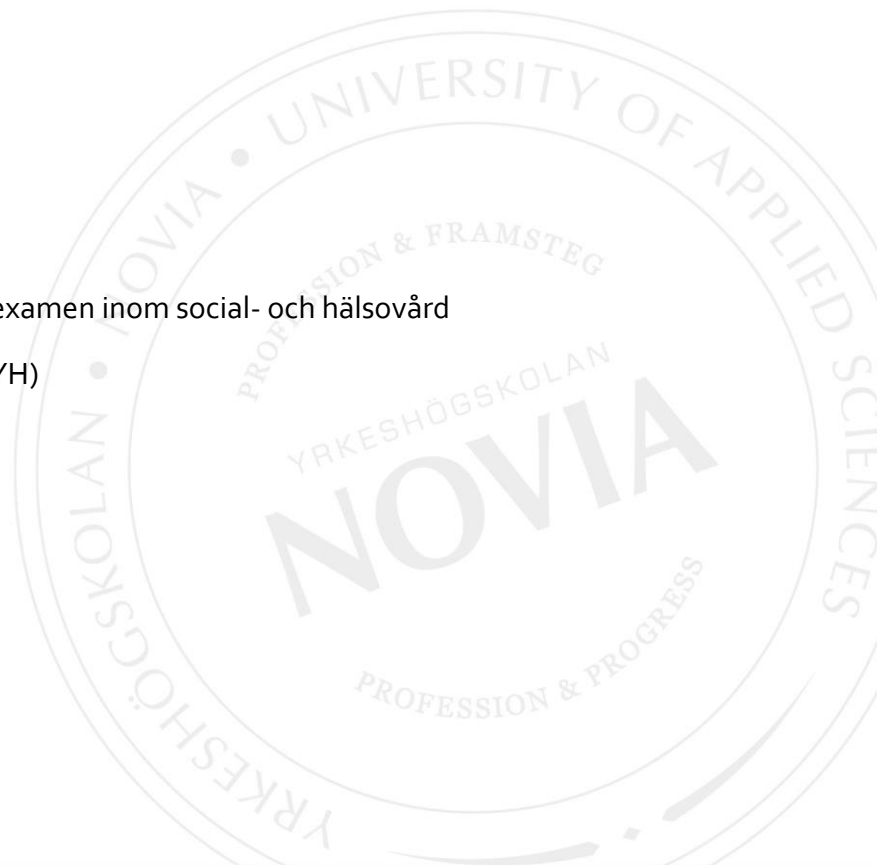
En kvalitativ studie om vägen ur beroende

Viktoria Björnvik

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Viktoria Björnvik

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Marlene Gädda

Titel: "Jag har sökt orsakerna i varför jag började ta droger, men det är ett begär som är så starkt" En kvalitativ studie om vägen ur beroende

Datum 03.04.18 Sidantal 29

Bilagor 1

Abstrakt

Syftet med denna kvalitativa studie är att beskriva hur tillfrisknandet från narkotikaproblematik kan se ut. Respondenten ville få fram vad som kan vara orsaken till narkotikaberoendet samt hur vägen ut beroendet kan se ut. Ämnet valdes för att det ligger respondenten nära hjärtat. Sjukskötaren kan vara den första som personen träffar när denne kommer för vård. Som sjukskötare behöver man ha kunskap om hur man skall bemöta personer med narkotikaproblematik samt hur tillfriskningsprocessen kan se ut.

Som teoretisk utgångspunkt valdes Roys Adaptationsmodell (1984). Utgående från syftet med studien och frågeställningarna formulerades 11 frågor som deltagarna fick svara på. Respondenten använde sig av intervju som datainsamlingsmetod och svaren analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

I resultatet framkom att deltagarna led av psykisk ohälsa i barndomen och ungdomen som sedan ledde till att ett beroende utvecklades. Hos alla deltagare hade beroendet hunnit pågå en tid före de sökte sig till vård, bl.a. rattfylleri och skilsmässa låg till grund för sökandet av vård. Deltagarna hade olika tips på hur man håller sig nykter. Nolltolerans samt att ta en dag i taget är det som gör att de klarar av att vara nykter.

Språk: Svenska Nyckelord: narkotika, missbruk, behandling, tillfrisknande, tillfrisknande från, beroende

BACHELOR'S THESIS

Author: Viktoria Björnvik

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor: Marlene Gädda

Title: "Jag har sökt orsakerna i varför jag började ta droger, men det är ett begär som är så starkt" A qualitative study about recovering from addiction

Date 03.04.18

Number of pages 29

Appendices 1

Abstract

The aim of this qualitative study is to describe how the recovery from drug issues can be. The respondent wanted to identify what might be the cause of drug addiction and how the way out of addiction might look. The subject was chosen because it's the respondent close to the heart. The nurse can be the first one to meet the person when he comes for care. As a nurse you need knowledge about how to deal with people with drug problems and how the recovery process can look like.

As theoretical premise, Roys Adaptation Model (1984) was chosen. Based on the purpose of the study and the questions, 11 questions were answered by the participants. The respondent used an interview as the data collection method and the answers were analyzed with qualitative content analysis.

The result was that the participants suffered from mental illness in childhood and adolescence, which subsequently led to an addiction. In all participants, the addiction had been going on for a while before they outpatient care, among other things failure and divorce were the basis for the search for care. The participants had different hints on how to keep sober. Zero tolerance as well as taking one day at a time is how they manage to stay sober.

Language: Swedish

Key words: drug, misuse, treatment, recovery, recovery from, addiction

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	2
2.1	Skillnaden på missbruk och beroende.....	2
2.1.1	Biomedicinska modellen.....	3
2.1.2	Drogfokuserade modellen.....	3
2.1.3	Inlärningsmodellen.....	3
2.1.4	Symtommodellen.....	3
2.1.5	Livsstilsmodellen.....	4
2.2	Narkotikapreparat.....	4
2.2.1	Opioider.....	4
2.2.2	Cannabis.....	5
2.2.3	Centralstimulantia.....	5
2.3	Riskfaktorer för att utveckla ett missbruk.....	6
2.4	Behandlingar.....	7
2.4.1	Kognitiv beteendeterapi.....	7
2.4.2	Farmakologisk behandling.....	8
2.4.3	Anstalts- och rehabiliteringvård.....	9
2.4.4	Återfallsprevention.....	9
2.5	Vändpunkten.....	10
2.6	Sjukskötarens roll i mötet med missbrukaren.....	11
3	Roys adaptationsmodell.....	12
3.1	Regulatordel- och kognatordelsystemet.....	12
3.2	Modellens fem delar.....	12
3.3	Drogberoende.....	13
4	Syfte och frågeställningar.....	14
5	Metod.....	14
5.1	Val av deltagare.....	15
5.2	Intervju.....	15
5.3	Kvalitativ innehållsanalys.....	15
5.4	Etik.....	16
6	Resultat.....	17
6.1	Bakgrunden och uppkomsten.....	18
6.1.1	Orsaker till missbruket.....	18
6.1.2	Vägen in i beroendet.....	20
6.2	Vägen ur beroendet.....	21
6.2.1	Orsaken till vård.....	21
6.2.2	Motgångar och återfall.....	23

6.3	Upplevelser av sjukvården	23
6.3.1	Upplevelser av vården	23
6.4	Framtidstankar	24
6.4.1	Tankar om nykterheten	24
7	Diskussion	26
7.1	Resultatdiskussion.....	26
7.2	Metoddiskussion.....	27
7.3	Slutledning.....	28
8	Litteraturförteckning.....	30

Bilageförteckning

Bilaga 1 Intervjuguide

1 Inledning

Man vet idag att vissa personer har större risk för att börja använda narkotika. Det genetiska och sociala arvet samt miljön runtom är faktorer som ökar risken för missbruk. Det finns en del skyddande faktorer ss. goda sociala relationer och meningsfull fritid, men om de ogynnsamma faktorerna är många och de skyddande faktorerna är få så är risken högre att man börjar missbruka. (Håkansson 2010).

Syftet med detta examensarbete är att beskriva hur tillfrisknandet från narkotikaproblematik kan se ut. Respondenten vill få fram vad som kan vara orsaken till narkotikaberoendet samt hur vägen ur beroendet kan se ut. Ämnet valdes för att det ligger respondenten nära hjärtat. Sjukskötaren kan vara den första som personen träffar när denne kommer för vård. Som sjukskötare behöver man ha kunskap om hur man skall bemöta personer med narkotikaproblematik samt hur tillfriskningsprocessen kan se ut.

Bruk, missbruk, beroende och substansbrukssyndrom är några av många olika termer inom området som används. Det alla begrepp har gemensamt är att det handlar om en skadlig användning av psykoaktiva substanser, droger. (Heilig 2015, 27). Respondenten har valt att använda sig av termerna missbruk och beroende.

Att vara beroende handlar om att personen känner ett inre tvång. Missbruk däremot är en livsstil, inte ett tvångsmässigt beteende. Ur medicinsk synvinkel ses missbruk som ett tillstånd som man lättare kan ta sig ur på egen hand. (Erlanson- Albertson & Wingren 2008, 61).

Antalet opioidberoende klienter i missbrukarvården ökar. Den vanligaste drogen som orsakar problem bland de klienter som uppsöker missbrukarvård år 2016 var opioider (77%), sedan följer centralstimulantia (52%) samt cannabis (52%). Den vanligaste opioiden var buprenorfin, som även används för substitutionsbehandling. 70% av missbrukarvårdens klienter var män och majoriteten var i åldern 20–39. (Institutet för hälsa och välfärd 2018). I bakgrundskapitlet tar respondenten upp bl.a. dessa tre vanligaste drogerna.

2 Bakgrund

I bakgrunden tar respondenten upp vad som är skillnaden på missbruk och beroende, det finns fem olika modeller för att förklara orsaken bakom rusmedelsproblematik. Tre av de vanligaste narkotikapreparaten tas upp samt vilka riskfaktorerna är för att utveckla ett missbruk. Kognitiv beteendeterapi, farmakologisk behandling, anstalts- och rehabiliteringvård samt återfallsprevention förklaras. Vägen ut ur beroendet har tre stadier som förklaras för att läsaren skall få kunskap om hur tillfrisknandet kan vara. Till slut tar skribenten upp vad sjukskötaren har för uppgift i mötet med missbrukaren.

2.1 Skillnaden på missbruk och beroende

Ett narkotikamissbruk kan variera beroende på vilken situation man befinner sig i, missbruket kan utlösas vid t.ex. skilsmässa eller bara pågå under tonåren. Ofta övergår missbruket till socialt drickande när situationen har förändrats. Omständigheter och problem kan leda till att missbruket fortsätter och då behöver man ta tag i de grundläggande problemen före missbruket leder till ett beroende. (Johansson & Wirbing 1999, 22–24).

Ett narkotikaberoende kan indelas i psykologiskt och fysiologiskt beroende. När individen har ett starkt behov av att regelbundet inta en substans för att uppnå en psykisk effekt kallas det psykologiskt beroende. Med fysiologiskt beroende menas ett tillstånd då individen känner abstinens om tillförseln av drogen upphör. Efter en tid måste en ökning av dosen ske för att individen skall få samma effekt av drogen som tidigare, kroppen har utvecklat tolerans. (Gillberg & Hellgren 2000, 292).

Diagnostiseringen vid ett drogberoende kräver att minst tre av nio kriterier uppfylls. Tid, mängd, abstinenssymtom, kontrollförlust, sociala och yrkesmässiga begränsningar samt toleransutveckling utreds enligt DSM. Det finns tre svårighetsgrader av beroende. Vid lindrigt beroende upplever personen de symtom som krävs för att ställa diagnos. Personen kan gå till arbetet, ha sociala kontakter samt relationer till andra medmänniskor. Upplever personen svårare symtom än vid lindrigt beroende så blir det diagnostiserat som måttligt beroende. Vid svårt beroende har personen fler och svårare symtom, så pass att personen inte längre klarar av att sköta arbetet, sina sociala kontakter och relationerna till andra. (Blume & Sigling 2008, 210).

2.1.1 Biomedicinska modellen

Idag används främst den biomedicinska modellen för att förklara missbruk och beroende. Det finns fem förklaringsmodeller som beskriver orsaken bakom rusmedelsproblematik. Den biomedicinska modellen ser på drogberoende som en kronisk hjärnsjukdom som beror på de effekter som förekommer vid missbruk. I hjärnan finns vårt belöningssystem. Nervcellerna i belöningssystemet aktiveras och utsöndrar signalsubstansen dopamin, när dopaminhalten ökar upplevs en starkare belöningskänsla. Drogberoende uppstår när belöningssystemet övertas av drogerna. (Johnson, Richert & Svensson 2017, 104–105).

2.1.2 Drogfokuserade modellen

Den drogfokuserade modellen anser, som namnet själv säger, att det är själva drogen som är den största orsaken bakom problemet. Alkohol orsakar alkoholism och narkotika orsakar narkomani. Preparatens starka effekt gör att vissa blir beroende. En central del i modellen är drogernas tillgänglighet, drogfokuserade teorier betonar att man kan endast använda droger och narkotika om de går att få tag på i samhället. (Johnson, Richert & Svensson 2017, 93–94).

2.1.3 Inlärningsmodellen

Inlärningsmodellen handlar om att det är ett inlärt beteende som orsakar drogberoendet. En felaktig inläring under svåra sociala omständigheter kan leda till att vissa människor utvecklar drogproblem, enligt denna modell. När det handlar om drogproblematik så har klassisk betingning använts för att beskriva återfall. Om personen med drogproblem utsätts för något som de tidigare har kopplat ihop med substansen kan det resultera i ett begär efter drogen. Blir suget efter drogen för starkt kan det leda till ett återfall. (Johnson, Richert & Svensson 2017, 98).

2.1.4 Symtommodellen

Enligt Johnson, Richert & Svensson (2017, 101) handlar symtommodellen om att man ser på drogproblematiken som ett sekundärt problem, det orsakas av andra problem. Personens psykiska problem, sociala problem eller problem i uppväxtförhållandet ligger ofta som grund för dåliga vanor.

2.1.5 Livsstilsmodellen

Den sista modellen kallas för livsstilsmodellen. Drogproblemet uppstår genom upprepade, medvetna val som personen gör. Man anser att människan har förmågan att reflektera och själv fatta förnuftiga val. Problemet ligger i att människan är begränsad, hon kan inte ta till sig alla alternativ och förutspå vad det kan leda till i framtiden. (Johnson, Richert & Svensson 2017, 110).

2.2 Narkotikapreparat

Antalet opioidberoende klienter i missbrukarvården ökar. Den vanligaste drogen som orsakar problem bland de klienter som uppsöker missbrukarvård år 2016 var opioider (77%), sedan följer centralstimulantia (52%) samt cannabis (52%). Den vanligaste opioiden var buprenorfin, som även används för substitutionsbehandling. 70% av missbrukarvårdens klienter var män och majoriteten var i åldern 20–39. (Institutet för hälsa och välfärd 2018).

2.2.1 Opioider

Opioider kan intas per os, rökas eller injiceras. Länge har intravenös injektion varit det dominerande sättet men på senaste tiden har allt fler börjat röka. En heroininjektion ger en känsla av eufori som varar ungefär 15 minuter och som sedan övergår i ett tillstånd där missbrukarens sociala funktion är relativt god. Sänkt vakenhet, likgiltighet för omgivningen och bortfall av smärtekänslighet är typiska tecken för ett måttligt heroinrus. Överdosis av opioider orsakar livshotande andningsstillestånd och till slut medvetslöshet. Vid en överdosis skall man se till att människan har fria luftvägar och ifall det är nödvändigt att utföra konstgjord andning. Personen behöver omedelbart transport till akutmottagningen för vård. Antidoten Nalaxon injiceras intravenöst. Noggrann observation efteråt är nödvändigt för att förhindra att personen får andningsdepression och blir medvetslös när läkemedlet slutar verka. (Ottosson 2015, 373–374).

Människan reagerar individuellt på droger. Endast få personer upplever ett tydligt rus av opioider, orsaken är oklar men en del tyder på att det bestäms av våra gener. Behandlingen av abstinensen kallas avgiftning. Trots att själva avgiftningen inte är alltför plågsam får ca. 90% av heroinisterna återfall inom ett år om de inte får effektiv behandling. Heroinisterna

har även 8 gånger högre risk än vanligt att dö av en överdos. Man kan dra slutsatsen att heroinberoende är farligare än något annat substansberoende. (Heilig 2015, 192–194).

2.2.2 Cannabis

Cannabis är ett samlingsnamn på alla preparat som kommer från växten *Cannabis sativa*, marijuana är det vanligaste preparatet. Cannabisväxten innehåller cannabinoider, där THC är den viktigaste. Cannabis intas vanligtvis genom rökning. THC i serum har en halveringstid på ett dygn, medans halveringstiden i vävnaderna är en vecka. Vilken reaktion man får av cannabis beror på vilka förväntningar man har och miljön runtom. Vanligtvis upplever man eufori men även en känsla av olust (dysfori) kan uppkomma. Vid långvarig användning kan man se personlighetsstörningar hos personen, det orsakas av kronisk förgiftning. Personer som använder stor dos av cannabis har sex gånger större risk att få schizofreni än icke-användare. Slutar man på en gång inta drogen kan man få abstinenssymtom ss. irritation, ilska, aggressivitet, ångest, depression, rastlöshet, sömnsvårigheter och aptitlöshet. Dessa symtom försvårar tillfrisknandet och kan leda till återfall. (Ottosson 2015, 368–370).

2.2.3 Centralstimulantia

De vanligaste centralstimulerande drogerna är amfetamin, metylfenidat och kokain. Man kan inta drogen genom att injicera, dricka eller sniffa den. Centralstimulantia har en stimulerande och aktiverande effekt, transmittorsubstanserna dopamin och noradrenalin frisätts. (Gillberg & Hellgren 2000, 297).

Centralstimulantia användes tidigare som en avmagringskur, framförallt amfetamininderivat. Centralstimulantia används mot ADHD och narkolepsi, vilket innebär en stor risk för att börja missbruka ämnet. Injektionslösningen framställer missbrukaren själv, vilket betyder att infektionsrisken är hög. Ruset består av en kort euforisk period och senare en lång dysforisk period. Euforin förstärker upplevelserna, dysforiska perioden börjar efter 3–5 timmar och för att undvika den intas ofta bensodiazepiner eller alkohol. (Ottosson 2015, 370–371).

2.3 Riskfaktorer för att utveckla ett missbruk

Man vet idag att vissa personer har större risk för att börja använda narkotika. Det genetiska och sociala arvet samt miljön runtom är faktorer som ökar risken för missbruk. Det finns en del skyddande faktorer ss. goda sociala relationer och meningsfull fritid, men om de ogynnsamma faktorerna är många och de skyddande faktorerna är få så är risken högre att man börjar missbruka. (Håkansson 2010).

Av en enkätstudie som gjordes i årskurs 9 i Göteborgs grundskolor kom det fram att de elever som hade erfarenhet av narkotika skiljde sig från de övriga eleverna. Eleverna hade bl.a. skilda föräldrar, vuxit upp med endast en förälder eller i fosterhem, dålig trivsel hemma, svårigheter med att diskutera med sina föräldrar, skolk från skolan och mindre intresse av kultur, idrott och politik. (Ottoosson 2015, 379).

Personlighetsstörningar förekommer i drogvärlden. Instabila personlighetsstörningar och Antisociala personlighetsstörningar är de vanligaste. Instabil personlighetsstörning kallas även för Borderline. Personer med borderline har en tendens att vara impulsiv utan att tänka på konsekvenserna, beteendet kan leda till konflikter om handlandet hindras eller kritiserad. Utbrott av ilska eller våld med en oförmåga att kontrollera beteendet är vanligt, även osäkerhet kring självbild och självdestruktiva handlingar förekommer hos personer med borderline. (Ottoosson 2015, 379, 447).

Antisociala personlighetsstörningar har många olika namn, bl.a. psykopati och sociopati. Antisocial personlighetsstörning kännetecknas av att personen har en kall likgiltighet för andras känslor. Personen har även svårt att se sig själv från någon annans synvinkel och att kunna sätta sig in i någon annans situation. Dåligt tålamod och låg frustrationströskel resulterar i att personen lätt blir våldsam och aggressiv. Drag av antisocial personlighetsstörning syns rätt så tidigt i barndomen. Barnet är orolig, rastlös, hyperaktiv och kommer lätt i konflikt med andra runtom. Barnet skolkar, rymmer från skolan, slåss, stjälar, ljuger och vandaliserar. Dessa barn börjar tidigt röka och missbruka alkohol och narkotika. Problemen kvarstår in i vuxen ålder och när de söker vård är det på initiativ av partner, arbetsgivare eller kriminalvård. (Ottoosson 2015, 445–446).

Barn som blir missbrukare har många drag som kännetecknar ADHD. Barn som är oroliga i skolan och inte kan samsas med kamrater blir lätt utstötta. Det börjar med att barnen inte blir accepterade som de är i förskolan. När de blir lite äldre hamnar de i klasser för barn med

särskilda behov och om det går riktigt illa avbryter barnet sin skolgång innan han/ hon gått ut grundskolan. (Ottosson 2015, 380).

Heilig (2015, 160–171) pratar om det biologiska arvet, att beroenden går i släkten. Han säger även att det inte går att bevisa hur stor genetisk risk det finns för att utveckla beroenden samt vilka specifika genvarianter som bidrar till ärftligheten. För att kunna ge god, individanpassad vård behöver man lära sig mera om ärftliga riskfaktorer så man kan utveckla nya läkemedel.

En deskriptiv studie utfördes i Sverige där syftet var att beskriva de ungdomar som får vård vid Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Studien baserade sig på material om de 755 ungdomarna som får vård. Resultatet visade att förekomsten av svåra uppväxtvillkor var höga, totalt 15% av ungdomarna hade någon gång varit placerade på institution eller familjehem. 1/3 av ungdomarna uppgav att de hade upplevt ekonomiska problem, missbruksproblem, psykiska problem och våld under sin uppväxt. En stor del av ungdomarna angav att de har/ har haft stora bekymmer under sin skolgång som har påverkat deras närvaro i skolan samt deras betyg. 48% av flickorna och 43% av pojkarna uppgav att de blivit utsatt för fysiskt våld. Hela 53% av flickorna uppgav att de blivit utsatt för psykiskt våld, medan det för pojkarna var 29%. 30% av flickorna respektive 2% av pojkarna uppgav att de blivit utsatt för sexuellt våld. Debutåldern för droger var 15 år för båda könen. En positiv sak i detta är att en del av dessa riskfaktorer är förändrings- och påverkbara. (Anderberg & Dahlberg 2014, 348–359).

2.4 Behandlingar

Det finns i dagens läge många olika behandlingsalternativ att välja mellan. Respondenten beskriver fyra olika behandlingar kognitiv beteendeterapi, farmakologisk behandling, anstalts- och rehabiliteringvård och återfallsprevention.

2.4.1 Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett samlingsnamn för kognitiv terapi och beteendeterapi. Kognitiv terapi handlar om att förändra hur man tänker om sig själv, omgivningen och framtiden. Beteendeterapi går ut på att förändra ett inlärt beteende. (Ottosson 2015, 469–470).

Grundtanken i KBT är att förändra tanke- och beteendemönstret så att man blir bättre på att hantera känslomässiga problem. Kognitiv beteendeterapi inleds alltid med en noggrann analys av vad det är som utlöser reaktionen och vilka konsekvenser det får. Det ingår en del undervisning som gör att klienten får kunskap och kännedom om vad det är som händer i kroppen. En vanlig behandlingsmetod är exponering. Exponering innebär att klienten utsätter sig själv för det han/hon har svårt med och märker då att det som tros ska hända inte inträffar, en ominläring sker. (Klefbom 2010).

2.4.2 Farmakologisk behandling

Heilig (2015, 258) menar att narkotikaberoenden ofta är förknippade med sjukdom och död. Narkotikaberoenden är svårbehandlade och patienterna reagerar bara i måttlig grad på läkemedel. Det har forskats mycket om dopaminets roll för beroende, men man har inte ännu upptäckt några läkemedel som kan motverka beroendepotentialen hos droger som verkar direkt genom dopaminsystemet.

Läkemedelsbehandlingen vid tillfrisknandet kan utgöras av antingen en agonist, en antagonist eller en kombination. Metadon är en full agonist medans Buprenorfin är en kombinerad opioidagonist/antagonist. Naltrexon är en antagonist och orsakar därför inte fysiska beroenden. Före man påbörjar behandlingen med Naltrexon behöver man vara opioidfri åtminstone 7 dagar. Metadon passar bäst för patienter som är högt beroende av opioider och som behöver en strukturerad behandling med daglig övervakning. (Hill, Rice, Connery, Welss, 2012).

Återfall av opioider när man kommer ut ur fängelse är vanligt, och en viktig riskfaktor för oavsiktlig överdos som kan leda till döden. En studie utfördes i New York där man undersökte XR-NTX (extended- release naltrexone injection). XR-NTX är ett potentiellt effektivt läkemedelsalternativ för de som inte vill inta eller kan få tag i opioider. Man undersökte hur många som får återfall av de som tagit läkemedlet versus de som inte tagit läkemedlet. Av de som tog XR-NTX fick 38% återfall under första till fjärde veckan och 50% fick återfall under första till åttonde veckan. Av de som inte tog läkemedlet fick 88% återfall under första till fjärde veckan och 93% under första till åttonde veckan. XR-NTX resulterade i lägre risk för återfall bland vuxna, manliga opioidmissbrukare. (Lee, McDonald, Grossman, McNeely, Laska, Rotrosen & Gourevitch, 2015).

En systematisk studie som utfördes år 2017 kom fram till att tvärvetenskapliga och samordnade vårdmodeller är en effektiv behandlingsstrategi vid opioidanvändning och när

man vill öka läkemedelsassisterad behandling i primärvården. Läkemedlen som studerades var Buprenorfin och Metadon. (Lagisetty, Klasa, Bush, Heisler, Chopra & Bohnert, 2017).

2.4.3 Anstalts- och rehabiliteringvård

Anstalts- och rehabiliteringvård är för personer som upplever att öppna vården inte är tillräckligt för dem. Avgiftningsvård är en övervakad och kortvarig anstaltsvård. Avgiftningsvården syftar till att avbryta användningen av droger och undersöka om det finns andra eventuella problem i klientens liv. På avgiftningen följer personalen upp hur klienten mår och planerar tillsammans med klienten den fortsatta vården. Om öppenvården inte är tillräcklig efter avgiftningen övervägs anstaltsrehabilitering. På anstaltsrehabiliteringen skall klienten försöka lära sig att leva utan droger och vårda abstinenssymtomen och de skador som drogerna orsakat/orsakar. (Droglänken).

En studie utfördes 2009 i Norge där man undersökte hur effektiv långvarig institutionsbehandling är jämfört med kortvarig öppenvård vid vården av patienter med narkotikamissbruk. Man drog slutsatsen att trots institutionsbehandling kan ha vissa fördelar är det inte effektivare än kortvarig öppenvård. Hälsoekonomiska utvärderingar visade att poliklinisk och kortvarig institutionsbehandling är kostnadseffektivare än långvarig institutionsbehandling. Systematiska granskningen gav inga övertygande fakta för att stöda långtidsbehandling istället för kortvariga insatser vid narkotikamissbruk. (Steiro, Dalsbo, Smedslund, Hammerström & Samdal, 2009).

2.4.4 Återfallsprevention

Återfallsprevention (ÅP) är en evidensbaserad behandlingsmetod utifrån kognitiv beteendeterapi (KBT), enligt forskningen har den även fått goda resultat. ÅP är första behandling för personer som beslutat sig för att bli nyktra och drogfria, den passar alltså både vid alkohol- och narkotikaproblematik. Rekommendationen är att erbjuda ÅP individuellt eller i grupp efter att den akuta abstinensen gått över, det är viktigt att inte vänta så länge före behandlingen sätts in. Målet med ÅP är att sluta använda substansen, minska återfallens antal och svårighetsgrad samt förbättra den psykologiska och sociala funktionsförmågan. I boken tas upp om Miller och hans forskargrupp som gjorde en studie om vad som utlöste återfall. Den enskilda personens förmåga att hantera risksituationer hade en avgörande betydelse för om personen fick återfall. De personer som undvek platser och

personer hade större risk att få återfall, medans de som använde sig av hanteringsfärdigheter av olika slag hade mindre återfall. (Ortiz & Wirbing 2017, 11–23).

KBT-metoden som används i ÅP har som mål att förändra de händelser som kan leda till återfall, det kan handla om olika situationer, tolkningar eller reaktioner. Grundtanken är att tanke-känsla-beteende hänger ihop och påverkar varandra. När man skall försöka förändra sitt beteende kan man prova olika metoder. Exponering handlar om att utsätta sig för de skrämmande situationerna och sedan få uppleva själv att oron går att hantera. Träning i sociala situationer, avslappningstekniker samt strukturerad problemlösning kan även vara till hjälp. Den kognitiva delen fokuserar på att träna bort dysfunktionella kopplingar mellan stimuli och respons och lära sig nya. (Ortiz & Wirbing 2017, 99–100).

2.5 Vändpunkten

Vändpunkten är en stark upplevelse. Lidandet vid vändpunkten är så stark och upplevs outhärdligt, det kan inte bli värre. Det är en kamp mellan liv och död, självdestruktiva handlingar och självmord kan vara en möjlig utväg för patienten. Vårdarens respekt för sårbarheten och vilja att engagera sig i medlidandet kan balansera och skydda patienten. (Wiklund Gustin 2010, 368–370).

Vägen ut ur beroendet har tre stadier, det ambivalenta stadiet, behandlingsstadiet och emancipationsstadiet. Det ambivalenta stadiet kännetecknas av ständiga, impulsiva försök att komma ur beroendet och följs av återfall. Återfallen är ångestfyllda och risken för dödlig överdos är stor eftersom det är svårt att bedöma hur mycket kroppen tolererar efter en tids uppehåll. I behandlingsstadiet är personen motiverad att ta sig ur narkotikaberoendet och han/hon är positiv till hjälp. Behandlingen utförs ofta på behandlingshem och möjlighet till social rehabilitering finns. I emancipationsstadiet avtar behandlingsbehovet och narkomanidentiteten överges. Stadiet är avslutat när personen inte längre behöver några behandlingsinsatser. Före detta narkotikaberoende personer kan ha en vilja att engagera sig i vården, detta kan bero på att narkomanidentiteten inte är helt borta. Dessa tre stadier är gemensamma för alla droger, även om stadiernas längd kan variera. Möjligheten till total rehabilitering varierar beroende på hurudan skada som uppstått på hjärnan under missbruket. Procenten återfall varierar beroende på typ av narkotikapreparat och karriärposition. (Ottosson 2015, 381).

För att tillfriskna från narkotikaproblematik behövs total avhållsamhet. En del blir nyktra med en gång medans andra behöver pröva gång på gång. Det alla har gemensamt är att de vill bli fri från sitt beroende, de måste inse att det gamla belöningsystemet inte längre fungerar och de måste hitta ett annat. Acceptans är en del i tillfrisknandet, det betyder att man måste acceptera att man har ett beroende och först då kan man börja förstå hur illa det varit och hur länge det pågått. Den beroende behöver känna hopp och kraft för att kunna läka alla sår, tillfrisknandet är alltså ett inre arbete. Skammen som personen kan känna kan vara så stor att den kan ställa till problem. För att komma bort från att känna skam över hur man varit och vad man gjort behöver man prata, prata och prata om det som tynger en. Varje gång man vågar erkänna sanningen försvinner en del av skammen, man lär sig skilja på sjukdomen och sig själv. Självkänslan kan börja byggas upp igen. För en del är det svårare. Man kan drabbas av depression, social fobi och ångestsjukdomar, men dessa sjukdomar kan också ha pågått under missbruket. Det finns många olika sätt att kunna ta sig ur ett beroende, det gäller att hitta det som passar för en själv. (Erlanson-Albertson & Wingren 2008, 106–109).

2.6 Sjukskötarens roll i mötet med missbrukaren

I psykiatriska vården kan man möta på patienter som gång på gång blivit svikna, utnyttjade eller övergivna av andra, detta har lett till att den beroende är rädd för att komma för nära andra människor. Tillit och trygghet är hörnstenarna i vården. Att bygga upp tillit mellan vårdaren och patienten kan ta tid, först när patienten känner tillit till vårdaren kan han känna sig trygg. Sjuksköterskan har ett stort etiskt ansvar att bygga upp en vårdande relation som stöder patientens enskilda behov. En vårdande relation innebär att vårdaren och patienten blir berörda av varandra. Det är omöjligt att beröra någon utan att själv bli berörd. När vårdaren blir berörd skapar det en stark känsla av gemenskap. (Wiklund Gustin 2010, 320–337).

Att lyssna är mer än att bara höra vad den andra säger. Vårdaren måste vara öppen för det patienten säger, men även det som han inte säger. Empati är särskilt viktigt i psykiatrisk omvårdnad. Patientens tankar, känslor, uppfattningar och fantasier är viktigt för att vårdaren skall få förståelse för patientens situation och hans/hennes sjukdom. Sjukskötarens roll är att möta psykiatriska patienter som inte talar. Ibland pågår tillståndet några dagar, men kan även pågå i flera veckor. Det kan finnas flera orsaker till att patienten inte talar, då bör vårdaren vara extra noggrann med hur frågan ställs och vara öppen för att patienten kanske kan svara på

något annat sätt, t.ex. genom att blinka. (Lökenstgard 2009, 40–46). Heilig (2015, 53) säger att varje patient är på sätt och vis en gåta, men när man lyssnar och iakttar uttryck kan tankar komma till en om vad som kan ha hänt patienten.

3 Roys adaptionsmodell

Roy beskriver människan som ett adaptivt system, med interna processer som verkar för att upprätthålla målen för människan. Dessa processer kan delas in i ett regulatorordelsystem och ett kognatorordelsystem. Dessa system är hanteringsmekanismer.

3.1 Regulatorordel- och kognatorordelsystemet

Regulatorordelsystemet innehåller fysiologiska processer ss. kemiska, neurologiska och endokrina responser som gör att kroppen kan hantera att miljön förändras. T.ex. om en bil kommer körandes mot personen uppkommer ett energirus pga. en ökning av binjurehormoner. Kognatorordelsystemet innebär psykologiska processer för att hantera kognitivt och känslomässigt med miljöförändringarna. I det tidigare exemplet, när en bil kommer körandes mot personen, gör kognatorsystemet att personen handlar för att hantera känslan av rädsla. Personen bearbetar situationen hur hon/han uppfattar den och kan komma till insikt hur man skall göra för att korsa vägen på ett säkert sätt. Både kognator- och regulatoraktiviteten yttrar sig på fyra olika sätt i varje person: fysiologisk funktion, självuppfattning, rollfunktion och ömsesidigt beroende. Dessa fyra sätt att kategorisera effekterna av regulator- och kognatoraktivitet kallas adaptiva lägen. (Callista 1984, 21–22).

3.2 Modellens fem delar

Modellen innehåller fem delar: person, mål, hälsa, miljö och omvårdnad. Omvårdnad kan fokusera på en individuell person, en familj, en grupp, en befolkningsgrupp eller ett samhälle. Kunskapen om en individ som ett adaptivt system kan också tillämpas på en grupp. Sjuksköterskan kan se en grupp av människor hon arbetar med som ett adaptivt system, som har sitt eget sätt att hantera interna och externa krav på gruppen. (Callista 1984, 28–29).

Eftersom Roys adaptationsmodell ser människan som ett adaptivt system så är målet med omvårdnad att främja anpassning. En persons förmåga att anpassa sig beror på hur stor förändring som sker och personens tillstånd att hantera förändringen. T.ex. om temperaturen ute sjunker med 20 grader på 24 timmar och personen är normalt frisk och har ofta upplevt sådana temperaturskillnader. Personen reagerar då positivt på förändringen, anpassar sig. Om personens förmåga att hantera förändringar är begränsad, t.ex. pga. någon sjukdom, så är det svårt för personen att anpassa sig till förändringen. (Callista 1984, 36–37).

Hälsa betyder mera än frånvaro av sjukdom, det är ett tillstånd av välbefinnande. I litteraturen om hälsa de senaste åren har man betonat självansvar, näringsmedvetenhet, fysisk kondition, stresshantering och miljökänslighet. Roy definierar hälsa som ett tillstånd och en utveckling att vara och bli integrerad och hel. (Callista 1984, 38–39).

Enligt Roys adaptationsmodell beskrivs en persons miljö som inre och yttre stimuli. Miljö kan innebära alla förhållanden, omständigheter och inflytanden som omger och påverkar människors eller grupper beteende och utveckling. Omvårdnad enligt adaptationsmodellen har samma process som tidigare har utvecklats. Sjukskötaren utvärderar först patientens beteende i varje adaptivt läge, detta kallas utvärdering på grundnivå. Sedan väljer hon områden som behöver förstärkas. För varje område går hon sedan till utvärdering på andra nivå. Hon bestämmer det centrala, kontextuella och återstående stimuli som bidrar till varje beteende. Baserat på denna utvärdering bestämmer hon vad som behöver anpassas. Sjuksköterskan kan nu slå fast ett mål för omvårdnaden. Resultatet av vården utvärderas och vårdmetoderna justeras vid behov. (Callista 1984, 39).

3.3 Drogberoende

Drogberoende beskrivs som användning av kemikala substanser, droger eller alkohol, till den grad att man utvecklar fysiskt och/eller psykiskt beroende. Rötterna, dynamiken och effekten av dessa problem är komplicerade. I litteraturen påpekas samband mellan dessa drogproblem och vad Roys anpassningsmodell kallar oförbundet ömsesidigt beroende. Omätlig längtan är en längtan som håller en i ett konstant förutseende tillstånd, som aldrig uppfylls och som inte kan uppfyllas på ett vanligt sätt. En person med en omätlig längtan är speciellt sårbar för beroende. När sjukvårdspersonal kommer i kontakt med drogberoende personer har de en möjlighet att ingripa, men ofta kommer personen till vård när de redan

nått en kritisk period. Med bekymmer, tankar och energi kan vårduppmärksamheten inriktas på individens positiva hantering. Ett beteende som sjukvårdpersonal ofta observerar hos patienter med drogberoende är manipulation. Manipulation är ett beteende där en person kontrollerar och använder andra personer för att uppfylla sitt eget behov utan att tänka på den andra personens värde, behov och önskan. Det manipulativa beteendet hör samman med en omättlig längtan. Sjukskötaren behöver visa att ett manipulativt beteende inte är acceptabelt samt påpeka för patienten varje gång beteendet tar sig i uttryck. (Callista 1984, 481–487).

4 Syfte och frågeställningar

Syftet med detta examensarbete är att beskriva hur tillfrisknandet från narkotikaproblematik kan se ut. Respondenten vill få fram vad som kan vara orsaken till narkotikaberoendet samt hur vägen ur beroendet kan se ut. Ämnet valdes för att det ligger respondenten nära hjärtat. Sjukskötaren kan vara den första som personen träffar när denne kommer för vård. Som sjukskötare behöver man ha kunskap om hur man skall bemöta personer med narkotikaproblematik samt hur tillfriskningsprocessen kan se ut. Frågeställningarna i detta arbete är:

1. Hur blir man beroende?
2. Hur kan vägen ur beroendet se ut?

5 Metod

Respondenten använder sig av intervju som datainsamlingsmetod. Här tar respondenten upp hur deltagarna har blivit valda samt hur intervjun har utförts. Innehållet analyseras med kvalitativ innehållsanalys och genom hela arbetet tänker skribenten på etiska reglerna.

5.1 Val av deltagare

Respondenten hade genom vänner fått veta om personer som eventuellt skulle vara intresserade av att delta. Respondenten tog kontakt med tre personer och berättade om studiens syfte och att hon kommer ha intervju med personer som varit narkotikaberoende. Respondenten informerade om hur intervjun kommer att gå till och att allt behandlas konfidentiellt.

5.2 Intervju

Intervju som datainsamlingsmetod är lämpligt att använda när man vill undersöka personers erfarenheter. Beskrivning av upplevelser kan variera mellan personer beroende på sammanhanget och förmågan att leva med en svår och/ eller långvarig sjukdom. Intervjun bör ha ett särskilt syfte och ett samspel mellan intervjuaren och deltagaren bör finnas. För att få ett gott samspel har frågorna stor betydelse. Intervjufrågorna bör struktureras så att de svarar på frågeställningarna. En semistrukturerad intervju har öppna frågor där frågorna formuleras enligt en viss struktur men intervjuaren anpassar sig efter vad deltagaren berättar. (Henricson 2017, 143–144).

Intervjufrågorna strukturerades så att de skulle svara på frågeställningarna, intervjufrågorna blev 11 st. (Bilaga 1). Frågorna formulerades som öppna frågor och gick igenom många gånger för att förhindra att missförstånd skulle uppstå. Frågorna testades på familjemedlemmar för att försäkra att de är rättformulerade. Respondenten kontaktade deltagarna och kom överens om tid och plats. En intervju gjordes via telefon då deltagaren var på annan ort. Med deltagarnas godkännande bandades intervjuerna in och respondenten skrev sedan ner intervjutexten.

5.3 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys är lämpligt att använda vid en lite mindre datamängd. För att ha en hög tillförlitlighet i en innehållsanalys krävs det att stegen i analysen redogörs för tydligt. När man utför kvalitativ innehållsanalys kan man ta hjälp av en tabell på datorn där alla kodade intervjuer sätts in och numreras. Tabellen kan bestå av meningsenheter, koder,

subkategorier, kategorier, subteman och teman. Man kan färgmarkera texten för att det skall vara lättare att se vad som hör samman. (Henricson 2012, 335–336).

Respondenten började med att renskriva de inbandade intervjuerna. Därefter läste respondenten intervjutexterna flera gånger och streckade under det som hörde samman i intervjuerna. Respondenten satte olika färger på det som hörde samman för att det skulle framgå tydligt. Intervjutexterna kondenserades och kodades. Kategorier bildades.

5.4 Etik

Ett vetenskapligt arbete innebär att det skapar kunskap för att öka förståelse för ett fenomen och förbättra individens liv och samhällets utveckling. För att samla in kunskap behöver andra människor medverka, forskningsetik finns för att skydda dessa människor. Etiska överväganden följer med genom hela arbetet. Självbestämmanderätten är viktig, deltagarna skall själv få bestämma om de vill medverka och de har rätten att avsluta utan att behöva förklara sig. Utmaningen är att se till så inte någon utnyttjas, skadas eller såras. Nyttan bör vara större än riskerna man utsätter deltagarna för. Vid kvalitativa intervjustudier kan vissa känsliga frågor få deltagaren att reagera negativt. För att undvika att situationen blir jobbig för deltagaren måste intervjufrågorna ställas på ett respektfullt sätt. (Henricson 2017, 57–72).

Allt insamlat material behandlas konfidentiellt, deltagarnas integritet bör bevaras. Insamlade data kodas, förvaras på en USB-sticka och förstörs när examensarbetet är färdigt. Deltagarna erbjuds vid intresse en kopia av examensarbetet. Resultatet presenteras i sin helhet, ingen data lämnas bort som kan vara av betydelse. (Henricson 2017, 73–76).

Respondenten har gjort arbetet med noggrannhet och omsorg och varit noga med att källorna är tillförlitliga. Respondenten har tagit hänsyn till tidigare forskning och inte plagierat deras arbete. Källhänvisningarna har gjorts på ett korrekt sätt. Eftersom respondenten har använt sig av intervjuer som datainsamlingsmetod har hon värdesatt självbestämmanderätten. Deltagarna har fått noggrann information om syftet med examensarbetet och rätten att avbryta intervjun utan att behöva förklara sig. Respondenten har ställt frågorna på ett respektfullt sätt och alltid vägt nyttan mot riskerna. Insamlade data har förvarats på ett säkert ställe och förstörts när examensarbetet är färdigt. Respondenten har inte utlämnat data som

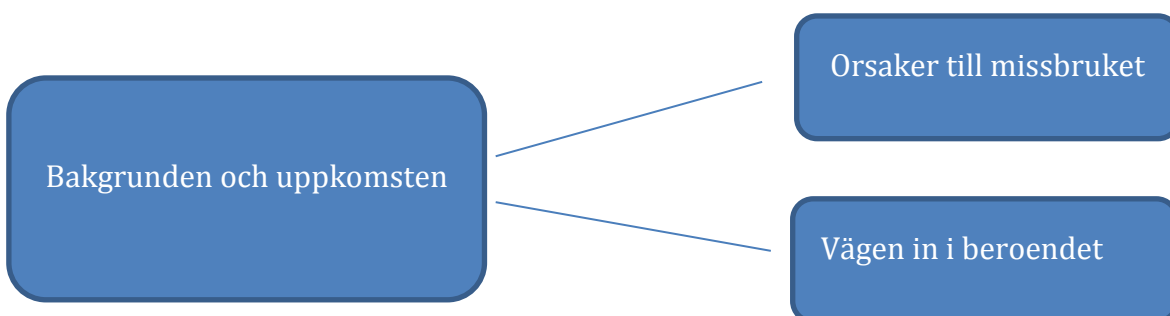
kan leda till att deltagarnas identitet kan listas ut. Resultatet presenterades i sin helhet utan att lämna bort data som kan vara av betydelse.

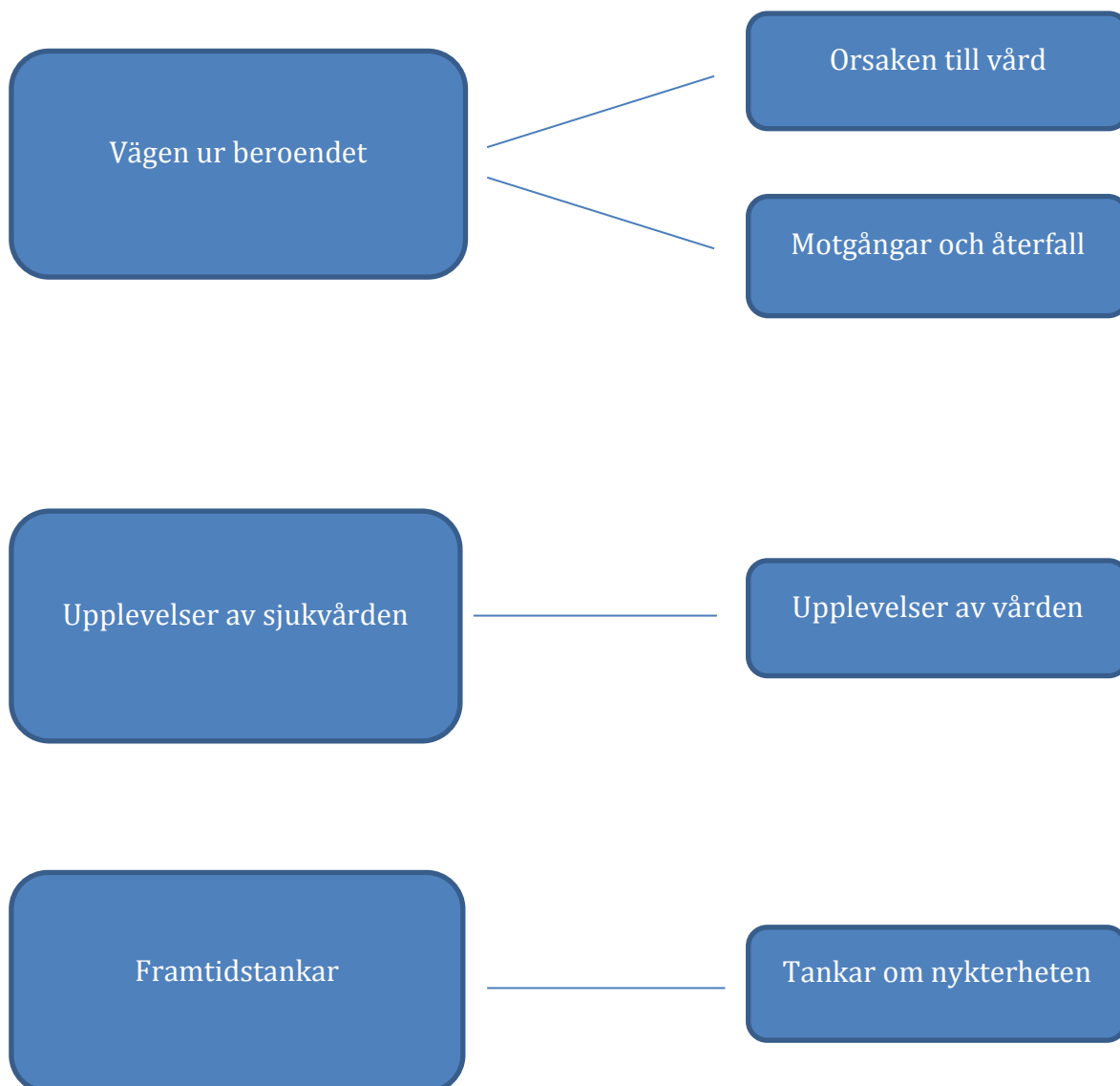
6 Resultat

I detta kapitel presenteras resultatet av intervjuerna som analyserats med kvalitativ innehållsanalys.

Respondenten började med att ställa frågor om bakgrunden, så som ålder, kön, yrke, barndomen och ungdomen för att öka förståelsen för personens beroende och orsaken till det. Efteråt fokuserade respondenten mera på själva beroendet och frågade hur deltagaren började med narkotika och varför. Respondenten frågade också när deltagaren insåg själv att han/hon hade problem med narkotika samt vilken familjens reaktion var på narkotikamissbruket. Deltagaren frågades om vändpunkten, vilken hjälp och stöd som han/hon fått samt hur sjukvården kunde förbättras. Slutligen frågade respondenten hur deltagaren ser på framtiden.

Sammanlagt intervjuades 3 deltagare och alla var män. Resultatet blev fyra huvudkategorier. Den första huvudkategorin är bakgrunden och uppkomsten. Den andra huvudkategorin är vägen ur beroendet. Tredje huvudkategorin heter upplevelser av sjukvården och fjärde huvudkategorin heter framtidstankar.





6.1 Bakgrunden och uppkomsten

Under huvudkategorin bakgrunden och uppkomsten kom två kategorier, det är orsaker till missbruket och vägen in i beroendet.

6.1.1 Orsaker till missbruket

Deltagarna var alla män i åldern 32–48. Två deltagare hade växt upp i en lestadiansk familj och de upplevde barndomen som extremt sträng. Ensamhet, utanförskap och mobbning var vardagen hos en deltagare. Det kom fram senare att deltagaren även led av psykisk ohälsa. En av deltagarna var med om att föräldrarna skiljde sig och det har påverkat barndomen mycket för honom.

”Då jag växte upp var det extremt strängt med allt, allt var ju synd.”

”Det finns en orsak att jag gick in i missbruket och jag tror jag hade så många frågetecken om många saker.”

”Det blir så dubbelt. Det är som att vara i ett fängelse för en som börjar missbruka och som inte kan ta sig lös från lestadianismen.”

”Jag var ganska mycket ensam. Jag kände mig utanför och jag blev mobbad i lågstadiet.”

”Jag var 10 år när mina föräldrar skiljde sig. Det tog nog hårt på mig, men nog kommer man ju vidare.”

”Jag led ganska mycket av socialfobi så det gjorde att det blev extra jobbigt.

Deltagarna kom alla in i missbruk i 17–18-års åldern. En av deltagarna fick panikångest och fick utskrivet lugnande medel, det var då drogkarriären började för honom. En annan började umgås med någon som rökte på, och det gjorde att han själv började. Deltagaren kände även att han då tillhörde en gemenskap, han kunde umgås med folk och han kände sig normal igen.

”Jag fick panikångest när jag var 17 år så då kom lugnande medel in i bilden, Xanor. Då började ekorrhjulet snurra och missbrukarkarriären började, om man nu kan kalla det till karriär (skratt).”

”Det kändes ju bra, jag var som i en gemenskap med andra som tog droger. Jag fick ju snabbt nya kompisar, plus att jag kände att jag kunde vara normal. Jag kände att jag kunde umgås med folk då jag tog droger. Det var nog det att jag kunde vara normal och umgås med folk.”

”Jag visste att andra tyckte att det var fel, men jag själv tyckte inte det.”

”Jag började med att bara röka på och då tyckte jag själv att jag inte var en knarkare, jag tyckte att de som tog starkare droger var knarkare. Jag tänkte att det skall jag ju aldrig börja med.”

”Då jag gick i 9:an så var det nog spännande. Då man börjar ta droger i den åldern så inte är det ju alls nå bra. Man är ju långt ifrån utvecklad och tycker ju att det bara är roligt. Det är allvarligt.”

6.1.2 Vägen in i beroendet

Hos alla deltagarna hade beroendet hunnit pågå en stund före de själv förstod hur allvarligt det var. Narkotikaberoendet ledde även till kriminalitet hos en deltagare. En annan deltagare hann fara på flera behandlingar före han själv insåg allvaret. En av deltagarna sökte länge efter orsakerna till varför han hade börjat med narkotika, men han fick konstatera till slut att det är ett begär som är så starkt.

”Det tog nog ganska många år, jag hann nog knarka flera år före jag själv tyckte att jag hade problem.”

”Jag såg inte själv hur mycket jag knarkade, jag försvarade det så mycket.”

”Det kom med lite kriminalitet, inga stölder och sånt men jag har alltid varit kreativ. En tid var det så att man skulle laga bomber och granater (skratt). Jag inser nu att det hade ett tydligt samband med beroendet. Jag har alltid varit ganska skicklig på olika saker. Jag till och med förfalskade recept och tömde alla apotek mellan Nykarleby och Karleby på Xanor.”

”Jag var på ett vis ganska bra på att dölja. De flesta visste nog att det var något fel på den där NAMN, men de kunde inte riktigt sätta fingret på vad det var.”

”Jag var ojämn och det hände saker runtomkring mig. Barnslig skulle jag nog säga att jag var.”

”Jag har sökt orsakerna i varför jag började ta droger, men det är ett begär som är så starkt.”

Alla deltagarna hade familj som reagerade starkt på deras beroende. En av deltagarna var med om skilsmässa, men han själv såg det som att frun inte förstod honom. En deltagare var av den åsikten att anhöriga behöver helt ta avstånd från dem för att han själv skall kunna ta sig ur beroendet.

”Det var en granne vi hade en tid som hade samma problem som mig, så vi passade ju bra tillsammans (skratt). Det blev mycket bekymmer och problem med det. Vi hade båda fruar som inte tyckte om det vi höll på med, så det var ju ganska ... kaos... om vi säger så.”

”Mamma blev nog helt ifrån sig. Inte hade de riktigt tänkt att det var möjligt att jag skulle använda droger, de blev nog ganska chockade.”

”När jag var i 30-års åldern tog jag och min fru boskillnad, frun ville inte bo tillsammans med mig.”

”Jag har nog haft kontakt med de närmaste, men det har ju inte varit roligt för dem. Det var nog ganska kaos på den tiden.”

”Det var inget som kunde ta det ifrån mig. Man blir ju expert på att manipulera folk.”

”Jag tror att anhöriga behöver ta fullständigt avstånd. Inte är det enkelt inte.”

6.2 Vägen ur beroendet

Under huvudkategorin vägen ur beroendet kom två kategorier, orsaken till vård och motgångar och återfall.

6.2.1 Orsaken till vård

Att komma underfund med att man behöver vård för att komma ur sitt beroende är inte det enklaste. I intervjun kom fram några särskilda händelser som gjorde att deltagarna sökte sig till vård. En deltagare blev fast för rattfylleri, det var hans botten och han var redo att ta emot vård. Han sade att när han sedan läste på tidningen att någon hade åkt ner i diket med 2,4 promille så då vaknar man till, skammen är stor. En av deltagarna tog en överdos och hamnade på intensivvård, han hade även så stora skulder att han inte vågade visa sig i stan. En deltagare insåg att han faktiskt hade problem när frun tog ut skillnad för andra gången.

”Jag blev fast för rattfylleri fast jag hade kört flera år påverkad, då nådde jag botten och jag var färdig att ta emot vård.”

”Det är stor skam när man läser om sig själv i tidningen och man tror inte att det är jag som har varit i diket med 2,4 promille. Då vaknar man, det är ett litet skeda då man förnekar men då ser man svart på vitt att man har ju nog problem.”

”Jag tog överdos och hamnade på intensivvården i Kokkola, plus att jag hade mycket skulder så jag vågade inte vara i stan. Det var då jag märkte att jag måste nog sluta och slippa bort, länge.”

”När frun tog ut skillnad för andra gången så insåg jag att det var nog faktiskt ett problem, om man ändå skulle ta emot hjälp.”

”Jag började fundera om det inte finns något som är starkare. Jag kom underfund med vilken kraft det finns i drogerna, det finns ju inget som kan stoppa mig.”

Deltagarna sökte tillslut hjälp för sitt narkotikaberoende. Anhöriga till en deltagare hade ordnat en plats för honom i Lapua dit han kunde åka direkt. En av deltagarna for till Good Foundation i Sverige. En annan deltagare for också till Lapua och han säger att där fick han ta del av 12-steps programmet.

”Anhöriga hade ordnat en plats för mig i Lapua så jag åkte direkt från häktet till vård. Då var jag riktigt mottaglig. Det kan ju också ha varit så att de inte hade ordnat vård och så hade det varit tungt att vara några veckor och jag hade haft ångest en stund och sedan kommit tillbaka.”

”Jag for då till Good Foundation i Sverige, ett kristet behandlingshem. Eller det är egentligen inte ett behandlingshem, det är bibelstudier, bön och sång. Det var nog en kombination av det och att jag var borta så länge som gjorde att jag slapp ifrån allting.”

”12-steps programmet var nog bra i Lapua. Jag fick riktigt konkret se vad droger ger åt mig och vad det tar ifrån mig, det fick man intensivt gå igenom på 8 veckor. Det ledde till att jag inte rörde nåt på 8 år.”

6.2.2 Motgångar och återfall

En av deltagarna kände av abstinensen länge efteråt, förändringarna i hjärnan var så stora. Han säger att hjärnan hela tiden försöker hitta ett nolläge. En annan deltagare hade två korta återfall, även han nämner att förändringarna i hjärnan var så stora. Deltagaren blev då nedstämd och fick fel tankar, det slutade med att han låg på bäddavdelningen och kände sig sämst i skick av alla. Det andra återfallet ledde till att en läkare skrev ut beroendeframkallande sömnmedicin, vilket hjärnan reagerade på direkt. En deltagare flydde in i jobbet och övergick i ett arbetsmissbruk, det ledde till att han började fundera på om meningen med livet är att man skall jobba. Han orkade inte börja dricka så han började röka på. Ett återfall ledde för en deltagare att han sökte sig till vård igen, denna gång till Sverige.

”Andra gången jag hade återfall hade jag insomningsproblem och blev för trött. En läkare skrev ut beroendeframkallande insomningsmedicin och jag tog det på kvällen. Hjärnan sprakade till och var precis på samma ställe som när jag använde droger. På några dagar hade jag igen skrivit recept åt mig själv och varit och tömt ett apotek.”

”Jag jobbade dygnet runt och flydde in i arbetet. Jag var inte fri från droger, jag for in i ett annat missbruk istället. För några år sedan började jag fundera om det faktiskt är meningen med livet, att man skall jobba. Jag orkade inte börja dricka så då började jag röka på istället.”

”Det blev så att jag tog kontakt med ett kristet vårdhem i Sverige. Jag tänkte att jag skall fara två veckor och jag far nog därifrån ganska snabbt om det inte passar åt mig.”

6.3 Upplevelser av sjukvården

Under huvudkategorin upplevelser av sjukvården kom en kategori, upplevelser av vården.

6.3.1 Upplevelser av vården

Deltagarna har upplevt sjukvården som helt okej, men de var överens om att det finns saker som kunde förbättras. En deltagare var i kontakt med vården endast under den period då alkohol var hans största problem, han var inte riktigt nöjd med hur det fungerade. Deltagaren anser att A-kliniken endast är en dryckesrådgivning och det faktum att de ger ett kort på ur mycket man får dricka är enligt honom en väldigt dålig idé.

”Jag tycker nog sjukvården överlag är bra, inte har jag något att klaga på. Nog har man råkat på vissa människor som man upplever att bryr sig mera. Jag har så svårt att minnas just de här åren, jag minns inte detaljerat. Det jag minns är att vissa människor så bryr sig fast de vet vilka problem man har. Men vissa var kanske inte lika så de ville hjälpa en på samma sätt.”

”Inte sade de någonting när jag kom för att bli sydd. Säkert visste de och flinade åt varandra. Men jag sade att jag är ju färdigt bedövad så de behöver inte sätta någon bedövning (skratt).”

”Jag minns bara att det första de gjorde var att ge ett kort på hur mycket man får dricka och när det räknas till stor konsumtion. Det där är nog bra åt en alkoholist, kortet säger ju att jag får nog dricka. Men i verkligheten är det ju så att det inte får vara någonting. Det är nog att dra en alkis vid näsan att sätta fram ett sådant kort för det är ju just det han vill se, det är en stor vinst för alkisen. Det är helt fel enligt mig.”

”Nog finns det vård som fungerar, men inte till 100%.”

”Man borde satsa på att få det smidigt att komma till vård. Enligt mig finns inte effektiv vård på kommunal nivå utan på privata vårdhem som fungerar. Det handlar om att komma så långt att man inte behöver inta något, så tänker jag nu.”

6.4 Framtidstankar

Under huvudkategorin framtidstankar kom en kategori, tankar om nykterheten.

6.4.1 Tankar om nykterheten

Deltagarna hade många åsikter och funderingar kring hur man håller sig nykter. Det alla deltagarna nämnde att hade varit till stor hjälp när de skulle ta sig ur beroendet och hålla sig nykter var deras tro. En av deltagarna arbetar nu på vårdhemmet där han själv sökte hjälp, han vill nu använda sina erfarenheter till att hjälpa andra med samma problem som han hade. En deltagare håller det viktigt att uppdatera sig varje dag om var man varit, att slänga en liten tanke. Deltagarna nämner även om att det är nolltolerans som gäller och att man måste ta en dag i taget.

”Jag inser mer och mer att den där onda kraften som finns i drogerna kommer från djävulen. Det som kan ta en ifrån den där onda kraften så är en personlig tro och att man vågar tro att det även finns en god kraft.”

”Det är någonting jag funderat på. Skulle jag få en diagnos där jag har svår värk så blir det ju utskrivet Morfin som inte passar mig, men det tar jag den dagen det kommer.”

”Det är nog skrämmande när man tänker tillbaka var man varit och man kan inte vara annat än tacksam att man sluppit ur det.”

”Man ser den där samma kraften som de är besatta av och hur mycket det styr deras liv. Jag får vara med och hjälpa och förstå den på ett sätt. Det tycker jag är intressant. För mig har det också varit en hjälp åt mig själv att jag får vara närvarande i deras resa. Jag vill fortsätta och hjälpa folk som har de här problemen.”

”Jag uppdaterar mig varje dag fast läget är stabilt så jag inte glömmer bort hur det har varit. Läget är ju stabilt nu men man har ju ingen koll på vad som händer i framtiden.”

”Det är nolltolerans som gäller sen när man kommit ur det. Det är så liten dos man behöver för att trigga igång det på nytt. Det är ungefär för de som har svår Celiaki, lika känslig är jag för triangelmediciner och alkohol, tom. rengöringsmedel som innehåller alkohol skall man passa sig för. Det är en livslång sjukdom men man har inga symtom om man inte utsätter sig för det.”

”Man får möta utmaningarna som varje dag ger. Det skall nog vara ett hårt slag för att jag inte skall klara av att vara nykter den dagen. Nog har jag ju vetskap om vad som händer om jag börjar på nytt, man börjar där man slutar. Alla värderingar man byggt upp är som bortblåst direkt man korkar ölen. Jag brukar påminna mig själv om hur jag varit och så blir jag, det är sanningen.”

7 Diskussion

Respondenten kommer att diskutera studiens resultat. Nedanför följer resultatdiskussion, metoddiskussion samt slutledning.

7.1 Resultatdiskussion

I resultatet framkom att deltagarna led av psykiska problem i barndomen som har påverkat dem till olika grad. Enligt Callista Roys adaptationsmodell (1984) har människan olika hanteringsmekanismer för att klara av förändringar. Eftersom adaptationsmodellen ser människan som ett adaptivt system så är målet att främja anpassning. Om personens förmåga att hantera förändringar är försämrade av t.ex. någon bakomliggande sjukdom kan människan ha svårt att anpassa sig till den nya situationen. En studie, som utfördes i Sverige, som baserade sig på material om 755 ungdomar visar på att 1/3 av ungdomarna hade upplevt ekonomiska problem, missbruksproblem, psykiska problem och våld under sin uppväxt.

I intervjun framkom att en av deltagarna led av socialfobi som hade gjort att han hade svårt att vistas bland människor. Han började då umgås i kretsar där narkotika förekom och han kunde då känna att han tillhörde en gemenskap, han kunde känna sig normal och han kunde då vistas bland folk. Callista Roy (1984) menar att personer som känner en omätlig längtan är speciellt sårbara för olika beroenden. Omätlig längtan är en längtan som aldrig kan uppfyllas på ett vanligt sätt.

En deltagare säger att när man är narkotikaberoende så blir man bra på att manipulera människor, han behövde helt ta avstånd från familj och vänner för att komma ifrån sitt beroende. Sister Callista Roy (1984) skriver att det manipulativa beteendet hör samman med den omätliga längtan som personen kan känna. Sjukskötaren behöver påpeka för personen att beteendet inte är acceptabelt varje gång det tar sig i uttryck.

I resultatet framkom några särskilda händelser som gjorde att deltagarna tog tag i beroendet och sökte vård. En av deltagarna blev fast för rattfylleri medans en annan tog en överdos. För en deltagare tog frun ut skillnad och det gjorde att han sökte sig till vård. Under rubriken vändpunkten beskrivs vägen ut ur missbruket. Det finns tre stadier, det ambivalenta stadiet kännetecknas av ständiga, impulsiva försök att komma ur beroendet. Dessa försök att ta sig loss följs ofta av återfall. I behandlingsstadiet är personen motiverad att ta sig ur beroendet och positiv till hjälp. I emancipationsstadiet avtar behandlingsbehovet och

narkomanidentiteten överges. Dessa steg i tillfrisknandet framkommer i deltagarnas berättelser. Deltagarna gick alla igenom återfall som de fick dra lärdom av. (Ottoson 2015).

Två av deltagarna hade växt upp i en lestadiansk familj och beskriver barndomen som extremt sträng. En av deltagarna var bara 10 år när föräldrarna skiljde sig och han säger att det tog hårt på honom. Ottoson (2015) skriver om en enkätstudie som gjordes i årskurs 9 och de elever som hade erfarenhet av narkotika hade bl.a. skilda föräldrar, dålig trivsel hemma och svårigheter med att diskutera med sina föräldrar.

Deltagarna hade olika metoder för att hålla sig nykter. En av deltagarna nämnde att det är viktigt att ta en dag i taget och möta de utmaningar som dagen ger. En annan deltagare menar att det är nolltolerans som gäller för att hålla sig fri från droger, han menar att det behövs en väldigt liten dos för att man skall vara tillbaka på ruta ett. Erlanson-Albertson & Wingren (2008) bekräftar att det är total avhållsamhet som krävs för att hålla sig nykter. Personen måste acceptera att de har ett beroende, tillfrisknandet är ett inre arbete. För en deltagare tog de lång tid att acceptera att han behövde hjälp, det gick så långt att frun tog ut skillnad för andra gången.

7.2 Metoddiskussion

För att ett examensarbete skall ha hög trovärdighet behöver man ha en klar problemformulering samt ett tydligt syfte som skall kunna besvaras med den metod man använder (Henricson 2015, 488–489). Respondenten använde sig av intervju som datainsamlingsmetod och det visade sig vara en lämplig metod. Respondenten var osäker till först om deltagarna skulle våga öppna upp sig men det upplevde respondenten senare inte som något problem när intervjuerna gjordes. Deltagarna var tre till antalet och alla var män, respondenten anser att det skulle ha varit intressantare om det var flera deltagare samt även kvinnor med.

Hur pålitligt examensarbetet är avgörs av hur tydlig redovisningen av urval, datainsamling samt dataanalys har gjorts under metodavsnittet. Man bör fundera över hur frågorna har formulerats och om deltagarna uppfattar dem på samma sätt (Henricson 2015, 474). Respondenten anser att det till först var svårt att förklara i ord hur forskningsprocessen skulle gå till, hur deltagarna valdes samt hur datainsamlingen gick till anser respondenten att är tydligt förklarat. När frågorna formulerades gick respondenten igenom dem upprepade

gångar för att säkra att de skulle svara på frågeställningarna. Respondenten fick senare ändra syftet och frågeställningarna för de intervjusvar som hon fick handlade mera om hela vägen ur beroendet och inte bara om vändpunkten, som först var tänkt som en frågeställning.

Eftersom intervju användes som datainsamlingsmetod hade respondenten möjlighet att förtydliga frågorna och utveckla dem vid behov. Enligt Henricson (2015) kan resultatet från en studie som analyserats med kvalitativ innehållsanalys vara överförbara till liknande kontext eller situationer. Det kan vara så att om respondenten skulle ha utfört en till intervju med samma intervjufrågor och samma personer så skulle svaren ha kunnat vara annorlunda, t.o.m. intervjuarens tonläge kan påverka hur deltagaren svarar på en fråga. Detta var första gången som respondenten utförde en intervju, även det kan påverka hurdana intervjusvar hon fick samt hurudant resultat hon kom fram till, övning ger färdighet.

7.3 Slutledning

Syftet med detta examensarbete var att beskriva hur tillfrisknandeprocessen kan se ut. Respondenten ville få fram vad som kan vara orsaken till att ett beroende uppstår samt hur vägen ur ett beroende kan se ut. Frågeställningarna som respondenten ville få svar på var hur man blir beroende samt hur vägen ur beroendet kan se ut. Respondenten anser att hon fått svar på frågeställningarna.

Respondenten valde att använda sig av intervju som datainsamlingsmetod eftersom hon tyckte att det var mera personligt att intervjua än att t.ex. skicka ut enkäter, att skicka ut enkäter skulle däremot ha gett chansen att få ta del av flera berättelser. I efterhand så skulle respondenten ha kunnat fokusera lite mera på känslorna som uppkommer under tillfriskningsprocessen. Trots att det skulle ha varit intressant att fokusera mera på känslorna som personerna upplever så tycker respondenten ändå att hon fick till ett intressant resultat.

Respondenten tycker att det har varit utmanande att skriva examensarbetet ensam och inte ha någon att bolla idéer med, men hon har blivit bättre på att ta ansvar för att passa deadlines.

Respondenten reagerade på att alla deltagarna hade haft större eller mindre problem redan i barndomen som påverkade dem så mycket att det ledde till att de for in i ett missbruk och sedan blev narkotikaberoende. Dessa problem som deltagarna hade i barndomen och ungdomen var sådana att man skulle ha kunnat göra något åt dem och eventuellt förhindra

att ett beroende uppstår. Respondenten har fått upp ögonen för hur mycket barndomen och ungdomen påverkar framtiden, samt vilket ansvar sjukpersonal har att arbeta för att förebygga framtida bekymmer. Respondenten hoppas även att denna studie skall intressera andra och att det skall bidra till ny kunskap och nya insikter.

8 Litteraturförteckning

Anderberg, M. & Dahlberg, M., 2014. Ungdomar med missbruksproblem- en deskriptiv studie av Mariamottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. *Socialmedicinsk tidskrift*, 91(4), s. 348–359.

Blume, B. & Sigling, I-L., 2008. *Psykiatrins ABC*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Callista, R., 1984. *Introduction to nursing. An adaptation model*. (2. uppl.) New Jersey: Prentice-Hall.

Droglänken (u.å.). *Vad skall jag göra om jag har ett missbruksproblem*. [Online] <https://www.paihdelinkki.fi/sv/sok-hjalp-och-stod/tjanster-missbrukarvard/vad-ska-jag-gora-om-jag-har-ett-missbruksproblem> [hämtat: 08.03.18].

D. Lee, J., McDonald, R., Grossman, E., McNeely, J., Laska, E., Rotrosen, J. & N. Gourevitch, M., 2015. Opioid treatment at release from jail using extended- release naltrexone: a pilot proof- of- concept randomized effectiveness trial. *Society for the study of addiction*, 110(6), s. 1008–1014.

Erlanson-Albertson, C. & Wingren, A., 2008. *Belöning och beroende*. Finland: WS Bookwell.

Gillberg, C. & Hellgren, L., 2000. *Barn- och ungdomspsykiatri*. (2. uppl.) Stockholm: Natur och Kultur.

Heilig, M., 2015. *Alkohol, droger och hjärnan. Tro och vetande utifrån modern neurovetenskap*. Stockholm: Natur och Kultur.

Henricson, M. red., 2012. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Henricson, M. red., 2017. *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Holopainen, A., 2005. *Narkotikaberoende*. [Online] <https://www.paihdelinkki.fi/sv/databank/informationssnuttar/droger-och-ovriga-beroenden/narkotikaberoende> [hämtat: 26.10.2017].

Håkansson, A., 2010. *Hur kan man förebygga ett beroende*. [Online] <https://www.netdoktor.se/psykiatri/missbruk-beroende/artiklar/hur-kan-man-forebygga-ett-beroende/> [hämtat: 26.01.2018].

Institutet för hälsa och välfärd., 2018. *Narkotikaberoende klienter inom missbrukarvården 2016*. [Online] <https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/statistik/statistik-efter-amne/alkohol-droger-och-beroende/narkotikaberoende-klienter-inom-missbrukarvarden> [hämtat: 03.03.2018].

Johansson, K. & Wirbing, P., 1999. *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och Kultur.

Johnson, B., Richert, T. & Svensson, B., 2017. *Alkohol- och narkotikaproblem*. Lund: Studentlitteratur AB.

Klefbom, J., 2010. *Kognitiv beteendeterapi (KBT)*. [Online] <https://www.psykologguiden.se/rad-och-fakta/fa-hjalp/olika-behandlingsmetoder/kbt> [hämtat: 26.01.18].

Lagisetty, P., Klasa, K., Bush, C., Heisler, M., Chopra, V & Bohnert, A., 2017. Primary care models for treating opioid use disorder: What actually works? A systematic review. *Plos one*, 12(10).

Lökensgard, I., 2009. *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Ortiz, L. & Wirbing, P., 2017. *Återfallsprevention utifrån KBT och MI. Vid problem med alkohol och narkotika*. Lund: Studentlitteratur AB.

Ottosson, J-O., 2015. *Psykiatri*. Stockholm: Liber.

P. Hill, K., S. Rice, L., S. Connery, H. & D. Welss, R., 2012. Diagnosing and treating opioid dependence. *The journal of family practice*, 61(10), s. 588–596.

Steiro, A., Dalsbo, T., Smedslund, G., Hammerström, K. & Samdal, K., 2009. Long term institutional or residential treatment of patients with substance abuse compared to short-term outpatient treatment. *Norwegian knowledge centre for the health services (NOKC)*, 20.

Wiklund Gustin, L. red., 2010. *Vårdande vid psykisk ohälsa- på avancerad nivå*. Polen: Studentlitteratur AB.

Intervjuguide

1. Bakgrundsuppgifter (Ålder, Yrke)
2. Berätta om hur din barndom varit
3. Berätta om hur din ungdom varit
4. Hur började du ta narkotika och varför?
5. När insåg du att du hade narkotikaproblem?
6. Berätta om familjens reaktion på narkotikamissbruket
7. När kom vändpunkten?
8. Hurudan hjälp fick du?
9. Vilket stöd har du fått efteråt?
10. På vilket sätt tycker du att sjukvården kunde förbättras?
11. Berätta om hur du ser på framtiden