



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# Återhämtning för hela människan

En kvalitativ studie av behandlingspersonals erfarenheter

**HUVUDOMRÅDE:** *Socialt arbete*

**FÖRFATTARE:** *Rodhe Haslinger och Julia Lindén*

**JÖNKÖPING** 2026 Januari

## **Förord**

Vi vill inleda med att rikta ett varmt tack till samtliga informanter som valde att medverka i denna uppsats. Utan er medverkan hade uppsatsen inte varit möjlig att genomföra. Det har varit mycket givande att få samarbeta med er och vi är tacksamma för ert engagemang.

Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare, Juliana Holeksa, som på ett stadigt och tryggt sätt har väglett oss genom hela uppsatsprocessen.

## **Abstract**

**Title:** Recovery for the whole person – A qualitative study of the experiences of treatment staff

**Tutor:** Juliana Holeksa

**Examinator:** Tina Olsson

The purpose of this paper is to investigate treatment staff's views on how the overall treatment effort contributes to clients' recovery within substance abuse care in Sweden. Specifically, the study examines the discrepancy between what clients, according to previous research, consider necessary to regard themselves as recovered and what treatment staff emphasize in their work.

The study is based on a qualitative approach and includes six semi-structured interviews with treatment staff from two different treatment centers. The data are analyzed using thematic analysis and interpreted through the theoretical framework of recovery capital.

The results indicate that recovery from substance use is best understood as a holistic process. Treatment staff emphasize a holistic view of recovery that encompasses three interconnected dimensions: physical, mental, and spiritual recovery. The findings show that staff view structure as a fundamental prerequisite. Within this structure, compassion is practiced in ways that promote a supportive family-like atmosphere and the therapeutic alliance. These are further reinforced through spiritual exercises.

The results of this paper further show that this structure creates conditions for addressing central areas that might otherwise constitute obstacles in the recovery process, such as the client's family and social networks. Overall, the findings highlight the importance of clinical practice affirming recovery-related areas that previous research has shown clients to value, such as structure and specific life domains. Furthermore, the results indicate that spiritual aspects and treatment duration are key mechanisms supporting the client's recovery process.

**Keywords:** addiction, substance use disorder, social work, recovery, treatment staff perspective

# Sammanfattning

**Titel:** Återhämtning för hela människan – En kvalitativ studie av behandlingspersonals erfarenheter

**Handledare:** Juliana Holeksa

**Examinator:** Tina Olsson

Syftet med uppsatsen är att undersöka behandlingspersonals syn på hur den totala behandlingsinsatsen bidrar till en klients återhämtning, inom den privata missbruksvården i Sverige. Mer specifikt undersöker uppsatsen den diskrepans som, enligt tidigare forskning, finns mellan vad klienter efterfrågar i behandling för att anse sig återhämtad och vad behandlingspersonal framhåller som centralt för återhämtning.

Uppsatsen har en kvalitativ ansats och baseras på sex semistrukturerade intervjuer med behandlingspersonal vid två olika behandlingshem. Datamaterialet analyseras genom tematisk analys med utgångspunkt i teorin om återhämtningskapital.

Uppsatsens resultat visar att återhämtning från substansbrukssyndrom med fördel kan förstås som en holistisk process. Behandlingspersonal framhåller en helhetssyn på återhämtning som omfattar tre dimensioner: kroppslig, själslig och andlig återhämtning. Behandlingspersonal betonar strukturen som en grundläggande förutsättning till återhämtning. Inom strukturen praktiseras ett medlevandeskap som främjar den familjära atmosfären och den terapeutiska alliansen. Den familjära atmosfären och den terapeutiska alliansen främjas ytterligare av andliga övningar.

Uppsatsens resultat visar vidare att denna struktur skapar förutsättningar för arbete med centrala områden som annars riskerar att utgöra hinder i återhämtningsprocessen, exempelvis klientens familj och sociala nätverk. Sammantaget belyser resultatet vikten av att det praktiska fältet bejakar de återhämtningsområden som tidigare forskning visar att klienter efterfrågar, så som struktur och specifika livsområden. Vidare visar resultatet att andliga aspekter och behandlingslängden är mekanismer att bejaka för en klients återhämtningsprocess.

**Nyckelord:** missbruk, substansbrukssyndrom, socialt arbete, återhämtning, behandlingspersonals perspektiv

# Innehållsförteckning

1. Inledning .....	7
1.1 Syfte och frågeställningar .....	8
2. Bakgrund.....	9
2.1 Begreppsdefinition - KASAM.....	9
2.2 Begreppsdefinition - Återhämtning.....	9
2.3 Begreppsdefinition - Missbruk .....	10
2.4 Begreppsdefinition - Beroende .....	10
2.5 Beroende ur ett historiskt perspektiv.....	11
2.6 Behandlingsrekommendationer i Sverige vid substansbrukssyndrom .....	12
3. Tidigare forskning .....	14
3.1 Behandlingsspecifika faktorer relaterat till återhämtning .....	14
3.2 Framgångar i behandling .....	17
3.3 Individuella hinder i behandling .....	18
3.4 Återhämtning och återhämtningsmarkörer.....	19
3.5 Faktorer som bidrar till återhämtning .....	20
3.6 Icke behandlingsspecifika faktorer relaterat till återhämtning .....	21
4. Teoretisk utgångspunkt .....	22
4.1 Återhämtningskapital.....	22
4.2 Varför återhämtningskapital? .....	23
4.3 Teoretiska överväganden .....	24
4.4 Kritik mot tillämpningen av återhämtningskapital .....	24
5. Metod .....	25
5.1 Kvalitativ metod .....	25
5.2 Urvalsprocedur.....	25
5.2.1 Behandlingshemmen .....	26
5.3 Semistrukturerade intervjuer .....	26
5.4 Analysmetod.....	27
5.5 Studiens tillförlitlighet.....	29
5.6 Etiska grundprinciper .....	30
6. Resultat .....	32
6.1 Struktur - en förutsättning för återhämtning .....	32
6.2 Den inre processen - en förutsättning för återhämtning .....	35
6.3 Behandlingspersonals värdegrund och dess relationscentrerade trygghet – en förutsättning för återhämtning .....	38
6.4 En samvarierande komplexitet – utmaningar i en klients återhämtningsprocess....	41
7. Diskussion.....	47
7.1 Behandlingspersonals syn på hur den totala behandlingsinsatsen stödjer återhämtning .....	47
7.1.1 Strukturens funktion.....	47
7.1.2 Holistiskt förhållningssätt .....	48
7.1.3 Den terapeutiska alliansens funktion .....	50
7.2 Behandlingspersonals syn på utmaningar och handlingssätt i en klients återhämtningsprocess.....	52
7.2.1 Inledande diskussion .....	52
7.2.2 Familj och nätverk .....	52
7.2.3 Riskfyllda relationer .....	53
7.2.4 Behandlingslängden .....	55
7.2.5 Sekundärt fynd - olika behandlingsmål.....	56
7.3 Betydelse för socialt arbete .....	56
7.4 Förslag till vidare forskning .....	56

7.5 Metoddiskussion.....	57
8. Slutsatser.....	59
Litteraturförteckning.....	61
Bilaga 1: Intervjuguide.....	65
Bilaga 2. Informationsbrev om deltagande i examensarbete.....	67
Bilaga 3. Samtyckesformulär för deltagande.....	69

## 1. Inledning

Synen på missbruk och återhämtning är föremål för en ständig pågående debatt. Begreppet återhämtning har gått från att tidigare innebära total avhållsamhet, till att nu även inkludera minskad konsumtion, beroende på vem som uttalar sig (Brophy et al., 2022). Det förändrade synsättet blir synligt i en studie som undersöker individer som uppger sig ha återhämtat sig från substansbrukssyndrom. Den visar på att 54 % var helt avhållsamma från substansbruk, medan resterande individer som också uppger sig återhämtade, använde substanser i någon grad (Eddie et al., 2022). Detta tyder på att återhämtning kan definieras både som total avhållsamhet och som minskad konsumtion, även om total avhållsamhet associeras med högre självkänsla, livskvalitet och återhämtningskapital samt lägre psykisk stress (Eddie et al., 2022). Återhämtningskapital identifieras som olika former av resurser som ”kapital”, som bidrar till framgångsrik avvänjning nämligen: socialt-, kulturellt-, fysiskt- samt humankapital (se 4.1) (Cloud & Granfield, 2008).

Socialstyrelsen betonar att läkemedelsbehandling också bör erbjudas, oavsett om målet är total nykterhet eller en icke-riskfylld konsumtion (Socialstyrelsen, 2019). Samtidigt som läkemedelsbehandling och Socialstyrelsens (2019) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende tillämpas, är återfallsfrekvensen hög. Förhållandet pekar på det fortsatta behovet av en individanpassad syn inom missbruksvården, då det är vissa perspektiv som succesivt fallit bort. Ågren (2025) argumenterar för att missbruksvården bör återgå till en socialmedicinsk helhetssyn, där både medicinska och sociala faktorer beaktas. Den svenska missbruksvården utgår från flertalet effektiva evidensbaserade behandlingsmetoder såsom, Motivational Enhancement Therapy (MET), Kognitiv Beteendeterapi (KBT) och Social Behaviour Network Therapy (SBNT) (UKATT, 2005; Magill & Ray, 2009), ändå kvarstår den höga återfallsfrekvensen. Återfallsfrekvensen understryker behovet av ytterligare kunskap om vad i en behandlingsinsats som bidrar till en klients återhämtning.

Mot denna bakgrund framstår det viktigt att belysa olika perspektiv inom behandling av substansbrukssyndrom. Genom att undersöka behandlingspersonals syn av behandlingsinsatser, önskar uppsatsen ge ytterligare förståelse för vilka mekanismer i en behandlingsinsats som bidrar till en klients återhämtning.

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur behandlingspersonal ser att behandlingshemmens behandlingsinsats bidrar till klientens återhämtningsprocess, för individer med substansbrukssyndrom. Genom att belysa behandlingspersonals perspektiv, syftar uppsatsen till att bidra med ytterligare förståelse för missbruksvårdens insatser på det praktiska fältet och dess inverkan på klientens återhämtning.

Uppsatsen ämnar därmed ge en förståelse för om behandling inom missbruksvården överensstämmer med klienters behov och önskemål; därigenom om det går identifiera likheter och skillnader mellan behandlingspersonals perspektiv och tidigare kunskap om återhämtning.

Frågeställningarna som uppsatsen kommer vägledas av är:

- 1) Hur ser behandlingspersonal att behandlingshemmens totala behandlingsinsats stödjer klienters återhämtningsprocess?
- 2) Vilka (specifika) utmaningar ser behandlingspersonal i klienters återhämtningsprocess, och hur hanteras de med behandlingsinsatsen?

## 2. Bakgrund

I följande avsnitt presenteras centrala begreppsdefinitioner som är av vikt för uppsatsens syfte och förståelse. Begreppen som presenteras är KASAM, återhämtning, missbruk och beroende. Vidare presenteras beroende ur ett historiskt perspektiv. Avslutningsvis ges det en överblick över behandlingsrekommendationer i Sverige vid substansbrukssyndrom och dess evidens.

### 2.1 Begreppsdefinition - KASAM

Begreppet *känsla av sammanhang*, (KASAM) myntades av Aaron Antonovsky (1923 - 1994). KASAM innefattar tre beståndsdelar nämligen: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Karlsson, 2022). KASAM beskrivs därmed som en faktor som bestämmer individens förmåga att stå emot stressande och traumatiska upplevelser och därmed bevara sin fysiska och psykiska hälsa. En hög KASAM antas leda till god hälsa och tvärtom (Karlsson, 2022). Begreppet förekommer i föreliggande uppsats, när det används för att tydliggöra och skapa en förståelse, för hur behandlingspersonal beskriver arbetet med den totala behandlingsinsatsen.

### 2.2 Begreppsdefinition - Återhämtning

Begreppet *återhämtning* är ett mångfacetterat och omdiskuterat begrepp, om dess faktiska innebörd. Ett vanligt förekommande tankemönster är att återhämtning symboliserar graden av substansanvändning. Graden av substansanvändning ses vanligen som total avhållsamhet eller nykterhet från substansen, vilket också framkommer i ett försök till att definiera återhämtning. Återhämtning kan definieras som “en frivilligt upprätthållen livsstil bestående av nykterhet, personlig hälsa och medborgarskap” (Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007, s.221, vår översättning).

I en klientbaserad enkätstudie framkommer att återhämtning inkluderar dessa element: att vara ärlig mot sig själv, hantera negativa känslor utan att använda substanser och att kunna njuta av livet utan substanser som tidigare. Det inbegriper även en process av tillväxt och utveckling, att reagera på livets upp- och nedgång på ett mer balanserat sätt och att ta ansvar för de saker som kan förändras (Kaskutas et al., 2014).

I föreliggande uppsats tillämpas härmed ett processinriktat och holistiskt synsätt på återhämtning, där begreppet omfattar mer än enbart avhållsamhet från

substansanvändning. Återhämtning betraktas därmed som ett flerdimensionellt fenomen, som inkluderar förbättrad psykisk och social funktion samt ökad livskvalitet.

### 2.3 Begreppsdefinition - Missbruk

I föreliggande uppsats tillämpas begreppet missbruk enligt Alborn et al. (2023), som likställer missbruk med skadligt bruk. Missbruk avser substansanvändning som medför fysiska och/eller psykiska skador, men som inte uppfyller kriterierna för beroende (Alborn et al., 2023). Begreppet används därmed deskriptivt snarare än diagnostiskt, med grund i att tidigare DSM-versioner använde missbruksdiagnos och ICD-10 diagnosen skadligt bruk (Socialstyrelsen, 2019).

### 2.4 Begreppsdefinition - Beroende

Begreppet *beroende* är en internationell psykiatrisk diagnosbeteckning i ICD-10, eftersom tillståndet i regel kräver vård (Alborn et al., 2023). Vidare menar Alborn et al. (2023) att beroende är den allvarligaste formen av konsumtionsmönster och är därmed det centrala sjukdomsbegreppet för substansbrukssyndroms - problematiken. Beroende kan kort definieras "när verkliga skador har uppträtt och problem finns" (Alborn et al., 2023, s.65).

DSM-5 klassificerar beroende under diagnosen *substansbrukssyndrom*. Begreppet kan definieras på olika sätt, men flera gemensamma kännetecken återkommer i DSM-5:s diagnoskriterier (American Psychiatric Association, 2022). För att diagnosen substansbrukssyndrom ska kunna ställas, krävs att minst två av elva kriterier har förekommit under en tolv-månaders period. Kriterierna omfattar bland annat: 1) Ökad tolerans, 2) abstinens, 3) brukar substansen i större mängd eller längre period än vad som är tänkt, 4) varaktig önskan eller misslyckade försök att kontrollera eller begränsa, 5) mycket tid ägnas åt substansen, både att återhämta sig från den och att få tag på den, 6) jobb eller aktiviteter påverkas negativt samt 7) att bruket av substansen fortlöper, trots vetskapen om att det medför psykiska eller fysiska negativa konsekvenser (American Psychiatric Association, 2022).

I föreliggande uppsats tillämpas begreppet beroende likställt med DSM-5:s substansbrukssyndrom (American Psychiatric Association, 2022). Substansbrukssyndrom innefattar härmed både begreppen beroende och missbruk (Socialstyrelsen, 2019). Vid tillämning av begreppet beroende avses härmed ett

beroende och/eller missbruk av droger och/eller alkohol. I uppsatsen åsyftar begreppet härmed mer en medicinsk diagnos snarare än deskriptiv information.

## 2.5 Beroende ur ett historiskt perspektiv

Begreppet beroende härstammar från latinets *addicere* och har historiskt rymt både betydelser av tvång och förlust av autonomi, men också frivillig och ibland positiv hängivenhet, beroende på kontext (Rosenthal & Faris, 2019). När termen etablerades i engelskan under medeltiden kom den att förknippas med hängivenhet, moralisk som omoralisk. Beroende betraktades dock inte som ett medicinskt fenomen förrän under 1800-talet. Denna historiska dubbelhet, mellan frivillig hängivenhet och ofrivillig underkastelse, lever kvar och bidrar till dagens begreppsliga oklarhet kring beroende (Rosenthal & Faris, 2019).

Under 1800- och stora delar av 1900-talet dominerade den moraliska modellen, där beroende tolkades som ett uttryck för individuellt moraliskt misslyckande. Successivt skedde en förskjutning mot att betrakta alkohol som beroendeframkallande (Barnett, 2017; Morse, 2004). Samtidigt har det framhållits att den moraliska modellen inte nödvändigtvis utesluter vård, utan snarare kan betona individens handlingsfrihet, vilken kan vara central i återhämtningsprocessen (Singh, 2022). I samband med industrialiseringen och urbaniseringen ökade oron för alkoholens samhälleliga konsekvenser. Alkoholism började därefter definieras som en medicinsk diagnos samt kopplas till ärftlig degeneration (Barnett, 2017).

Olika vetenskapliga discipliner har därefter utvecklat skilda förklaringsmodeller för beroende, däribland biologiska, psykoanalytiska, beteendemässiga och sociologiska perspektiv. En återkommande fråga rör i vilken utsträckning beroende ska förstås som ett resultat av individuella val (Garber & MacKillop, 2025). Den biologiska hjärnsjukdomsmodellen betonar neurobiologiska förändringar till följd av långvarigt substansbruk och utvecklades delvis som en motreaktion mot moraliska förklaringar. Modellen har dock kritiserats för determinism och för att i begränsad utsträckning integrera psykosociala faktorer (Garber & MacKillop, 2025). När beroende definieras strikt som sjukdom riskerar sociala, kulturella, politiska och historiska dimensioner att åsidosättas (Van der Linden, 2015).

Ur ett psykosocialt perspektiv förstås beroende som ett livsstilsproblem format av sociala och miljömässiga villkor, såsom social marginalisering, svaga sociala relationer, arbetslöshet och ekonomisk utsatthet. Fokus flyttas därmed från enbart

individuella egenskaper, exempelvis impulsivitet eller bristande självkontroll, till bredare strukturella faktorer (Van der Linden, 2015). Enligt detta synsätt är alla individer potentiellt sårbara, särskilt när substansbruk används som strategi för att hantera stress, ensamhet, låg självkänsla eller identitetsproblematik. Även om beteendet initialt lindrar lidande tenderar det att förstärka den underliggande problematiken genom skuld och skam, vilket bidrar till en självförstärkande cykel (Van der Linden, 2015).

Inom modern psykologi betonas även motivationens roll, där ett överdrivet ”sug” i samspel med miljömässiga signaler och nedsatt självkontroll, bidrar till beroendets utveckling. Beroende förstås här som en process snarare än ett tillstånd, med betydande individuella skillnader i risk. Incitamentssensibiliseringsteorin förklarar denna intensifierade motivation genom dopaminsensibilisering (Robinson & Berridge, 2025).

Slutligen framhåller Garber och MacKillop (2025) vikten av diagnostiska perspektiv i förståelsen av beroende som psykisk störning. Till skillnad från många somatiska diagnoser baseras psykiatriska klassifikationer främst på subjektiva upplevelser och observerbara beteenden, vilket gör dem mer kontextberoende och föränderliga över tid. Sedan 1980-talet har beroende i högre grad klassificerats som ett medicinskt tillstånd, exempelvis genom DSM:s diagnos *substansbrukssyndrom* (Garber & MacKillop, 2025).

## 2.6 Behandlingsrekommendationer i Sverige vid substansbrukssyndrom

Inom missbruksvården i Sverige finns ett antal evidensbaserade metoder som idag används vid behandling av substansbrukssyndrom, det vill säga alkohol- och drogmissbruk. Vid svårare beroende krävs det vanligtvis mer omfattande insatser av den specialiserade beroendevården, inklusive farmakologisk behandling (Socialstyrelsen, 2019). I de flesta fall behövs också tillägg av socialtjänstens stödinsatser, främst vad det gäller stöd att komma i arbete, boende samt nätverksarbete och samverkan. Inom den svenska missbruksvården är Socialstyrelsens rekommendationer i första hand att erbjuda Motivational Enhancement Therapy (MET) till personer med beroende av alkohol och i andra hand Kognitiv Beteendeterapi (KBT), Återfallsprevention, 12-stepsprogrammet eller Social Behaviour Network Therapy (SBNT) (Socialstyrelsen, 2019). MET består av fyra sessioner under högst 90 dagar. Metoden fokuserar på att bygga motivation, stärka beslutsamheten samt finna strategier för att genomföra förändringen (Socialstyrelsen, 2018b). KBT ges generellt veckovis

under 5 till tjugo veckor och fokuserar primärt på att rehabilitera känslor, beteenden och tankar (Socialstyrelsen, 2018a). Behandlingslängden för SBNT framkommer inte i Socialstyrelsens (2019) riktlinjer. Men riktlinjerna beskriver att SBNT bygger på integrering av KBT eller återfallsprevention och nätverksterapi och de sociala aspekterna av Community Reinforcement Approach (CRA) (Socialstyrelsen, 2019).

Både MET och SBNT visar sig vara effektiva behandlingsmetoder vid substansbrukssyndrom i en randomiserad kontrollerad studie (RCT). I den jämförande studien framkommer det att SBNT är lika effektiv som MET, i form av antal konsumtionsdagar och alkoholrelaterade problem. Antal dagar av konsumtion vid en tolv-månaders uppföljning, visar att den totala konsumtionen hade minskat med 45% och alkoholrelaterade problem minskat med 50%, i båda behandlingsgrupperna (UKATT, 2005). Effekten av KBT framkommer bland annat i en litteraturöversikt som inkluderar 53 RCT studier, som jämför KBT med annan behandling, sedvanlig behandling eller ingen behandling/väntelista. Litteraturöversikten visar att KBT är mer effektiv i kombination med annan psykosocial behandling, än KBT ensamt. Vid uppföljning efter nio till tolv månader och efter ett år visar studien att effekterna av KBT behandlingen avtar med tiden, mätt i olika utfallsmått av substansanvändning (Magill & Ray, 2009).

Forskningen visar på att flertalet evidensbaserade behandlingsmetoder är effektiva, såsom MET, KBT och SBNT, samtidigt kvarstår det en hög andel som återfaller i substansbruk. Återfallsfrekvensen understryker härmed behovet av ytterligare kunskap, om vad i en behandlingsinsats som bidrar till en klients återhämtning.

### 3. Tidigare forskning

Avsnittet inleds med en presentation av behandlingsspecifika faktorer relaterat till återhämtning. Följt av framgångar i behandling, individuella hinder i behandling, återhämtning och återhämtningsmarkörer samt faktorer som bidrar till återhämtning. Avslutningsvis ges en inblick i icke behandlingsspecifika faktorer relaterat till återhämtning.

#### 3.1 Behandlingsspecifika faktorer relaterat till återhämtning

För att uppnå positiva förändringar med en substansbruksbehandling, visar forskning att det finns särskilda mekanismer i behandlingsprocessen som främjar ett sådant utfall. I behandlingssammanhang finns det flera olika strategier som är betydelsefulla för en klients återhämtning. I en kvalitativ intervjustudie, som belyser behandlingsspecialisternas syn på återhämtning, framhålls behandlingens strategiska fokus på att tillämpa främst två strategier; strategier för att skapa motivation för återhämtning och strategier för erkännandet av problemet (Narciso et al., 2025). Men att utveckla färdigheter och förändring av känslomässiga tillstånd och mönster samt att integrera familjen, var ytterligare områden som ansågs viktiga. Somliga av behandlingsspecialisterna nämnde även kognitiv och fysisk stabilisering samt andlig vägledning som viktigt (Narciso et al., 2025). Behandlingsspecialisterna betonar härmed återhämtning som en funktionell, holistisk process. Målet med behandlingen är att klienten ska kunna leva ett stabilt liv, utifrån funktionalitet och livskvalité och inte nödvändigtvis total avsaknad av återfall. Studien visar på att behandlingsspecialisterna därmed godtar en "delvis återhämtning", så som positiva förändringar i livsstilen eller personliga vanor (Narciso et al., 2025). Som ovanstående forskning konstaterar, framhålls olika strategiska fokus i behandling. Detta väcker frågan; om behandlingsspecialisterna, inom den svenska substansbruksbehandlingen, inkluderar likvärdiga områden som viktiga fokus i en klients återhämtning? Här ses ett behov av vidare kunskap.

Recke och Nygård (2025) lyfter fram återhämtning som en personcentrerad, hoppfull och icke-linjär process där individen gradvis bygger upp ett mer meningsfullt, stabilt och hanterbart liv. Forskarna Recke och Nygård (2025) framhåller också återhämtning som en holistisk process till förbättrad livskvalitet. Livskvaliteten innefattar: stärkt identitet, ökad delaktighet, meningsfullhet, kontroll och tillhörighet där stödjande relationer finns med. Båda studierna (Narciso et al., 2025; Recke &

Nygård, 2025) betonar återfall och skademinskning som delar av återhämtningsprocessen. Recke och Nygård (2025) lyfter fram ytterligare ett perspektiv till stöd för återhämtning, nämligen behandlingspersonals egna återhämtningsresor. Erfarenheterna blir ett komplement till det övriga terapeutiska tillvägagångssättet, för att stärka empatin och kontakten till klienten (Recke & Nygård, 2025). Studien består av tio kvalitativa intervjuer med behandlingspersonal, som har relevant yrkeskvalifikation inom området samt att de varit anställda minst ett år i den aktuella yrkesrollen. Behandlingspersonalen framhåller att de använder sina egenlevda erfarenheter inom missbruk och anpassar dem till sammanhanget och klientens behov (Recke & Nygård, 2025).

Ytterligare en kvalitativ intervjustudie belyser att behandlingspersonal ser att arbetsalliansen mellan klient och personal, är avgörande för en klients återhämtning och återhämtningsprocess (Von Grieff & Skogens, 2014). Studien utgår från ett interaktivt perspektiv gällande återhämtning, det vill säga en kontextuell modell snarare än en medicinsk. Von Grieff och Skogens (2014) framför att den kontextuella modellen betonar att återhämtning formas av en bredare uppsättning gemensamma faktorer, som stödjer förändring. Von Grieff och Skogens (2014) ser att i stället för att fokusera på att matcha klienter med specifika behandlingsmetoder, finns det andra centrala grundstenar som avgör. Den kontextuella modellen framhåller att det är avgörande om det skapas förtroende och tillit hos klienten eller inte, oavsett behandlingsintervention (Von Grieff & Skogens, 2014). Likaså framför Miller och Moyers (2015) arbetsalliansens betydelse i sin genomgång av forskningsfältet från fyra decennier. I litteraturöversikten granskas olika påverkansfaktorer till behandlingsresultat inom missbruksvården. Miller och Moyers (2015) fann att olika behandlingsmetoder visar på små eller inga skillnader i jämförelse med varandra. Däremot fann forskarna en annan mekanism som kan vara avgörande för behandlingsutfallet, nämligen den terapeutiska alliansen. Den terapeutiska alliansen består, enligt Bordin (1979) av tre komponenter: en överenskommelse om mål mellan klient och terapeut, samarbete i form av en gemensam överenskommelse om vad som behövs göras för att uppnå målet och slutligen, utvecklingen av djupa känslomässiga band mellan terapeut och klient. Ovan nämnda forskning visar att den terapeutiska alliansen är central för återhämtningsprocessen från substansbruk. Det som forskningen dock visar begränsad kunskap om, är hur den terapeutiska alliansen skapas, bibehålls och hanteras på det

praktiska fältet, ur behandlingspersonals perspektiv. Här ses en kunskapslucka i den tidigare forskningen.

Det som däremot framkommer är att den terapeutiska alliansen ska präglas av relationella faktorer, såsom terapeutens empati gentemot klienten (Recke & Nygård, 2025). Liknande resultat återfinns även i Meier et al. (2005) kritiska litteraturgenomgång av den terapeutiska alliansens betydelse. Studien visar att den terapeutiska alliansen är särskilt viktig i ett tidigt skede för engagemang och vidmakthållande i behandling (Meier et al., 2005). Den terapeutiska alliansen blir därmed en viktig mekanism för att påverka tidiga förbättringar i behandlingen. Von Grieff och Skogens (2014) fann även att behandlingspersonal ser sig själva som en behandlingskomponent. Personal som arbetar med integrerade klienter (socialt välintegrerade, fast jobb, bostad, lever tillsammans med barn/partner och liknande) beskriver sig som kunskapsförmedlare. Behandlingspersonal arbetar utifrån metoderna som ett ramverk för att nå roten till klientens drogproblem. Detta överensstämmer med klienternas sätt att beskriva behandlingspersonal, då de också ser personal som kunskapsförmedlare (Von Grieff & Skogens, 2014). Behandlingspersonal som arbetar med marginaliserade klienter (kriminellt förflutet, arbetslösa, ensamboende och liknande) betonar i stället vikten av att nå och relatera till den enskilda klienten. Genom personalens personliga förhållningsätt och erkännande av klientens situation, som en förutsättning för att skapa förtroende och tillit (Von Grieff & Skogens, 2014). Marginaliserade klienter värdesätter enligt Von Grieff och Skogens (2014), att behandlingspersonal har tålamod och skapar en trevlig miljö. Forskning visar därmed att den terapeutiska alliansen är viktig under själva behandlingsperioden. Däremot lyfter Meier et al. (2005) fram att det är oklart, om den terapeutiska alliansen även har en inverkan på behandlingsresultatet efter avslutad behandling.

Utöver den terapeutiska alliansens betydelse, går det även att konstatera, utifrån klienternas perspektiv, att behandlingsprocessen ska innehålla olika delar. Nämligen en regelbundet, struktur, vänskap i behandlingsgruppen samt att personalen bör ha vissa egenskaper, så som professionalism (Von Grieff & Skogens, 2014). Strukturen ska enligt klienter, präglas av att skapa dagliga rutiner, att kontinuerligt gå på gruppträffar och att ta små, men konkreta steg i återhämtningsprocessen (Von Grieff & Skogens, 2014). Behandlingspersonal framhåller i huvudsak liknande komponenter, däremot framför inte personal regelbundenhet och struktur som det mest avgörande i

behandlingsprocessen, för att uppnå förändring (Von Grieff & Skogens, 2014). Strukturen ses därför som en viktig mekanism, enligt klienter inom själva behandlingen, men också för att upprätthålla förändring efter avslutad behandling.

Ovannämnda forskning undersöker både klientens och behandlingspersonals perspektiv om vad en behandlingsprocess bör inkludera. Det finns indikationer på att det råder olika uppfattningar om vad som främjar behandlingsprocessen. Detta tyder på ett fortsatt behov av att utforska behandlingspersonals perspektiv, om vad som anses som viktiga mekanismer för en klients återhämtning i substansbruksbehandling.

### 3.2 Framgångar i behandling

Valencia och Peters (2025) framhåller i sin kvantitativa studie att tillfrisknande från missbruk är en livslång process. Tillfrisknandet innebär ofta förändringar inom flera områden av individens vardagsliv. Processen berör individens fysiska, beteendemässiga, psykologiska och sociala sfärer. Individens välbefinnande är avgörande för livskvaliteten och innefattar utvecklandet av sunda relationer till andra, till sig själv samt etablerandet av ett fungerande stödnätverk för återhämtning. Detta inkluderar att förbättra funktions- och kommunikationsförmågan, hantera eventuella fysiska och psykiska hälsoproblem samt utveckla strategier för att hantera begär och förebygga återfall (Valencia & Peters, 2025).

I den systematiska litteraturöversikten av Henssler et al. (2020) ses individens möjligheter att själv välja sina behandlingsmål, ha en betydande inverkan på behandlingsresultatet. Oavsett om målet är kontrollerat drickande eller total avhållsamhet från alkohol, är personliga mål korrelerat till mer gynnsamma resultat, oberoende behandlingsmetod. Henssler et al. (2020) betonar att det förutsätter att behandlingen stödjer det valda målet och följs upp över tid. Andelen klienter som nådde sitt mål var 34 - 44 %, oberoende av om målet var nykterhet eller kontrollerat drickande (Henssler et al., 2020). Att själv välja sina mål, kan därför vara en betydande faktor för att uppnå sin återhämtning. Den tidigare forskningen lyfter här fram vikten av en klients inflytande på sitt behandlingsmål. Det som forskningen däremot inte visar är på vilket sätt behandlingspersonal inom svensk substansbruksbehandling, bejakar klientens önskningar att forma sin egen behandling.

Studien av Valencia och Peters (2025) visar att självtillit framstår som en central skyddsfaktor mot återfall, då hög självtillit visar sig öka motivationen till förändring och samtidigt förbättra individens livskvalitet. Självtilliten bidrar på så sätt till minskad

risk för återfall, särskilt under de första månaderna av återhämtningen. Behandlingsprogram bör därför aktivt arbeta med att stärka självtilliten, till exempel genom Motivational Enhancement Therapy (MET), Kognitiv Beteendeterapi (KBT) och strukturerade eftervårdsprogram (Valencia & Peters, 2025). Studien visar att självtillit fungerar som en viktig länk mellan motivation och livskvalitet. Individer som hade stark motivation men låg självtillit, löpte större risk för återfall än de som hade båda delarna. Resultaten pekar också på att längre behandlingsperioder, särskilt mellan sex och tolv månader, leder till bättre självkontroll, högre självtillit och därmed färre återfall (Valencia & Peters, 2025).

### 3.3 Individuella hinder i behandling

Det finns flera faktorer som skapar hinder för framgång av återhämtning inom substansbruksbehandling. I en kvalitativ studie av Tavakoli Ghouhani et al. (2022) beskrivs att ett vanligt hinder är klientens misstro till behandlingen, dess processer och användningen av läkemedel. Nämnade hinder kan väcka frustration samt minska motivation. Andra hinder är kopplade till brister i behandlingsrelationen, exempelvis när personalen inte lyckas skapa ett nära och förtroendefullt samarbete med klienten, det vill säga en terapeutisk allians. En begränsad följsamhet kan även böttna i att klienten upplever sig sakna den starka vilja som krävs, för att avsluta sitt missbruk (Tavakoli Ghouhani et al., 2022).

Ett annat hinder är klientens förhållningssätt till sin egen förmåga i behandlingen. Von Grieff och Skogens (2014) skriver om hur behandlingspersonal betonar interna faktorer, såsom vikten av klientens beredskap att förändras, med andra ord klientens motivation. Det finns dock vissa nyanser; uttalanden som "trött på droger" eller "klarar av behandling", beskrivs som viktiga. Detta kan relateras till uttalanden från klienter de uppfattade som möjliga till att lyckas med sin återhämtning (Von Grieff & Skogens, 2014).

Hos klienten själv kan skam vara ett betydande hinder som både försvårar hjälpsökande och ökar risken för avhopp från behandling (Tavakoli Ghouhani et al., 2022). Sociala hinder, så som oviljan att bli stämplad som psykiatrisk patient samt brist på stöd från familj, är ytterligare hinder. Studien visar att familjens förståelse och engagemang har stor betydelse för både behandlingsstart och uthållighet i behandling. Vidare visar studien att bristande familjestöd ofta leder till sämre behandlingsutfall (Tavakoli Ghouhani et al., 2022).

Klientens syn på substansbruk spelar också en avgörande roll. Positiva attityder till substansernas fysiska och psykologiska effekter kan bidra till motstånd mot behandling. Vissa individer uppfattar substanser som nödvändiga för att kunna hantera vardagen eller uppleva energi, välbefinnande eller sexuell vitalitet. Det psykiska beroendet innebär dessutom att klienter kan tro att livet blir mindre meningsfullt utan substanser, vilket i sig utgör ett hinder för behandlingssökandet (Tavakoli Ghouchani et al., 2022).

Bristande självförtroende och lågt självförtroende utgör ytterligare hinder, då många klienter tvivlar på sin förmåga att hantera problem, nå sina mål eller genomgå behandling. Förnekelse av det egna beroendet hänger ofta samman med låg självförtroende och försvårar ytterligare steget att söka och fullfölja behandling (Tavakoli Ghouchani et al., 2022). I en studie med tidigare interner framkom även att upplevelsen av att inte ha ett problem samt oro för bristande integritet, utgjorde centrala hinder för att söka behandling (Owens et al., 2018). Tidigare forskning belyser flertalet hinder för en klients återhämtning. Det framgår dock inte i samma utsträckning hur behandlingspersonal hanterar dessa utmaningar i klientarbetet. Här ses ett gap i forskningen.

### 3.4 Återhämtning och återhämtningsmarkörer

Som tidigare nämnts finns det tvetydighet om begreppet återhämtning och dess innebörd. Ytterligare ett perspektiv på vad återhämtning är framhåller Gilbert et al. (2024) i sin forskning om olika definitioner av återhämtning. Individer som har haft ett substansbrukssyndrom och inte erhållit hjälp tenderar att inneha en snävare definition av vad återhämtning innebär, till skillnad från dem som söker behandling för sitt substansbruk. En viktig slutsats som därmed framhålls är att individer kan definiera återhämtning som "icke problematisk konsumtion", men kan däri välja avhållsamhet som sitt mål (Gilbert et al., 2024). I en jämförande studie mellan inte totalt avhållsamma individer och totalt avhållsamma individer, som upphört med sin beroendeproblematik, återfinns liknande resultat. Deltagarna i studien rapporterade fler likheter än skillnader i substansanvändning (avhållsamhetsstatus), psykisk hälsa och behandlingshistorik. Studien visar därmed att total avhållsamhet inte är det främsta kännetecknet för återhämtning. Återhämtning kan så även innebära minskad konsumtion av substansen (Beaugard et al., 2025).

I relation till den svenska policyn vid substansbrukssyndrom, i Socialstyrelsens (2019) riktlinjer vid vård och stöd vid missbruk och beroende, belyses begreppet

missbruk i form av diagnoskriterier enligt DSM-5. Innebörden av Socialstyrelsens sätt att konceptualisera missbrukets innebörd, synliggör att en individ kan vara sin egen aktör i sin konsumtion av alkohol, utan att det behöver utgöra ett substansbrukssyndrom. Narkotika däremot, är enligt 1 § Narkotikastrafflagen (SFS 1968:64) olovligt att bruka. Därmed går det inte att inta ett liknande förhållningsätt till bruk av narkotika.

### 3.5 Faktorer som bidrar till återhämtning

Forskningsfältet visar indikationer på att det råder en diskrepans mellan klientens och behandlingspersonals perspektiv, på vad som bör inkluderas för att anses återhämtad. Diskrepansen framhåller även Ruefli och Rogers (2004), i sin kvalitativa studie om vad klienter efterfrågar vid mätning av klienters framgång, och framgång i själva behandlingen. Framgångar i form av vad klienten anser som en förbättrad livskvalité. Studien fann att mätningarna gällande vad som är en förbättrad livskvalité, bör fokusera på flera olika områden. Nämligen: inkomst, boende, mat och familjerelationer. Men också tillgång till tjänster, program och förmåner. Självförbättring i form av exempelvis självrespekt, psykisk hälsa och att hantera hälso-, drog- samt juridiska problem (Ruefli & Rogers, 2004).

Liknande resultat framkommer även i en nyare litteraturöversikt (Alves et al., 2017) som granskar olika utfallsmått, som rekommenderas av en EU-myndighet vid substansbrukssyndrom. Litteraturöversikten granskar huruvida utfallsmåtten motsvarar det faktiska problem som missbruksklienter själva upplever. Alves et al. (2017) konstaterar att det finns domäner som klienter själva rapporterar, men som inte inkluderas i de granskade utfallsmåtten. Det rör sig exempelvis om områden som sorg, även om det troligen upplevs av en minoritet, men även skuld (Alves et al., 2017). Beroende av andra människor och boendeproblem var ytterligare domäner som inte inkluderades i de standardiserade utfallsmåtten. Nämnade områden ansåg klienten som adekvata för att anse sig återhämtad. Studien lyfter därför fram, att individer med beroendeproblematik troligen har en större grad av olika problem, än vad som tidigare medgivits vid konstruktionen av olika utfallsmått (Alves et al., 2017).

Sammantaget tyder detta på att det råder en diskrepans mellan det som forskningen avser adekvat för återhämtning, kontra det som klienten anser och inkluderar i sin återhämtning. Detta medför att vidare undersökning är motiverat. För att undersöka hur

behandlingshem, inom den svenska substansbruksbehandlingen, fokuserar på viktiga områden som klienten själv värderar, för att anse sig återhämtad.

### 3.6 Icke behandlingsspecifika faktorer relaterat till återhämtning

Inom ramen för substansbruksbehandling går det även se andra faktorer runtom individen som främjar återhämtning. Faktorerna hänger nödvändigtvis inte samman med evidensbaserade behandlingsmetoder, även om det kan påverka behandlingen på olika sätt. Alborn et al. (2023) nämner meningsfulla och stödjande resurspersoner i nätverket, som centrala för att individen ska upprätthålla återhämtningen. Det visar sig också att nätverket har en central roll för att minska risken för återfall (Alborn et al., 2023).

Pettersen et al. (2023) lyfter fram att rehabiliteringen för substansbrukssyndrom bör grunda sig på ett bredare fokus, för att individen ska kunna upprätthålla återhämtning. Ett bredare fokus bör inkludera psykosociala aspekter snarare än enbart nykterhet. Pettersen et al. (2023) betonar dock att nykterhet är inkörsporten till ”självstärkande cirklar”, vilket främjar återhämtningskapital (se 4.1). Den kvalitativa studien (Pettersen et al., 2023) framhåller därmed vikten av att inkludera och återinföra individens sociala nätverk i behandlingen. Det för att initiera goda förändringssvårigheter samt träna på hur individen hanterar både sociala och psykologiska vardagliga livssituationer. Liknande slutsatser är återkommande i kvantitativa (Razali et al., 2023) och kvalitativa (Von Greiff & Skogens, 2012) studier om miljöfaktorer, så som familjens inverkan på individens motivation, återhämtning och återfall i missbruk. Yttre faktorer, så som en stabil boendemiljö och stöd från familjen, var också främjande faktorer. Faktorer ökade möjligheten att utveckla hög självtillit och förbättrade livskvaliteten under och efter behandlingen (Valencia & Peters, 2025).

## 4. Teoretisk utgångspunkt

I analysen av den insamlade datan tillämpas teorin om återhämtningskapital som teoretisk utgångspunkt. I föreliggande uppsats används återhämtningskapital för att förstå vilka kapital som behandlingsinsatsen främjar, i relation till en klients återhämtning. I kommande avsnitt beskrivs härmed återhämtningskapital, varför återhämtningskapital är tillämpligt och teoretiska överväganden. Avslutningsvis lyfts kritik mot framställan av återhämtningskapital i litteraturen.

### 4.1 Återhämtningskapital

En teori för att förstå en individs förmåga att ta sig ur ett missbruk, är relaterat till den miljömässiga kontexten hen befinner sig i samt hens personliga egenskaper (Cloud & Granfield, 2008). Dessa faktorer verkar tillsammans med synliga och osynliga resurser som är tillgängliga för individen; för att synliggöra de personliga och sociala resurser som individen besitter, och använder i sina försök att övervinna missbruk. Utifrån denna bakgrund introducerades begreppet *återhämtningskapital* i forskningslitteraturen (Cloud & Granfield, 2008). Cloud och Granfield (2008) ger en bredare kontextuell förståelse av framgångsrik återhämtning, genom att beskriva de resurser som individer använder när de övervunnit sitt substansberoende utan formell behandling eller ömsesidig hjälp. I studien identifieras olika former av resurser som ”kapital”, som bidrar till framgångsrik avvänjning nämligen; socialt-, kulturellt-, fysiskt- samt humankapital.

Det sociala kapitalet handlar om de resurser och fördelar som individer får genom sina sociala nätverk och relationer. Genom medlemskap i olika grupper får människor tillgång till stöd, information och möjligheter som kan underlätta att nå personliga mål eller hantera livskriser (Cloud & Granfield, 2008). För individer med substansbrukssyndrom kan socialt kapital vara särskilt viktigt, eftersom stöd och förväntningar från omgivningen kan bidra till att initiera och upprätthålla en framgångsrik återhämtning (Granfield & Cloud, 2001).

Det fysiska kapitalet omfattar ekonomiska tillgångar som inkomst, besparingar, egendom och investeringar. Individer med substansbrukssyndrom som besitter fysiskt kapital, har större möjligheter att söka och finansiera återhämtning genom professionell vård. Detta genom att skapa gynnsamma förutsättningar på egen hand, exempelvis att

ta ledigt, resa bort eller flytta för att undvika miljöer som motverkar återhämtningen (Cloud & Granfield, 2008).

Vidare skriver forskarna Cloud och Granfield (2008) att humankapital omfattar individens kunskaper, färdigheter, utbildning, hälsa och psykiskt välbefinnande, det vill säga egenskaper som möjliggör ett fungerande liv i samhället. För individer med substansbrukssyndrom är ärftliga faktorer, psykisk hälsa och anställningsbarhet avgörande. Brister inom dessa områden kan öka sårbarheten för beroende och försvåra återhämtning, medan starkt humankapital kan stärka möjligheterna till ett stabilt och substansfritt liv (Cloud & Granfield, 2008).

Avslutningsvis framhåller Cloud och Granfield (2008) det kulturella kapitalet som understryker de värderingar, normer och beteendemönster som formar hur individer agerar inom sitt samhälle. För individer med substansbrukssyndrom kan kulturella normer ha stor betydelse för återhämtningen. De som accepterar samhällliga normer och värderingar har ofta lättare till återhämtning, medan de som lever i subkulturer där drogbruk och avvikande beteenden värderas, har högre risk att fastna i beroendet (Cloud & Granfield, 2008). Att förändra sina värderingar och skapa en ny livssyn i linje med nykterhet, är ofta en av de svåraste delarna i återhämtningen. Kulturellt kapital hänger nära samman med humankapital, eftersom sociala och kulturella värderingar påverkar möjligheterna att utveckla kunskaper, färdigheter och motivation för ett fungerande liv i samhället (Cloud & Granfield, 2008).

## 4.2 Varför återhämtningskapital?

Vanligtvis tillämpas teorin om återhämtningskapital på klientbaserade studier. Exempelvis undersöker Pettersen et al. (2023) klienter som avslutat behandling för substansbrukssyndrom och som anser sig återhämtade eller befinner sig i en pågående återhämtningsprocess. Tillskillnad från ovannämnda, kommer uppsatsen tillämpa detta teoretiska ramverk för att identifiera hur behandlingshem främjar de olika återhämtningskapitalen (se 4.1), utifrån behandlingspersonals perspektiv. Genom att applicera återhämtningskapital som ett analytiskt ramverk, möjliggörs det att åstadkomma, vad Hennessy (2017) lyfter fram, som förutsättningar för skapandet av lämpligt stöd. Det genom att identifiera olika områden där tillgångar förstärks samt hinder som hanteras i en individs återhämtningsprocess. Den teoretiska utgångspunkten möjliggör därmed analys av komponenter i behandlingsinsatsen, som främjar klienters

återhämtningsprocess. Dels eftersom behandlingspersonal själva inte konstruerar behandlingen, utan mer införlivar behandlingen i mötet med klienten.

Behandlingspersonals erfarenheter bidrar därför, genom detta teoretiska ramverk, även till att förstå hur olika förhållningssätt i behandlingsinsatsen främjar återhämtningen. Fokus ligger på vilka kapital som förstärks genom behandlingsinsatsen samt hur behandlingspersonals förhållningssätt till klienten främjar återhämtningen. Genom att tillämpa ett ramverk som används i klientbaserade studier (Pettersen et al., 2023) möjliggörs identifiering av både likheter och skillnader mellan personals och klients syn på återhämtning.

### 4.3 Teoretiska överväganden

Ett teoretiskt ramverk som övervägts är systemteori (Bronfenbrenner, 2005). Systemteorin utgår från fem systemnivåer: mikro- meso- makro- exo- och kronsystelet. Ramverket beskriver hur individen formas i samspelet med de olika systemen. Övervägandet att tillämpa systemteori, baseras på den kritik som framkommer om litteraturens framställande av återhämtningskapital (se 4.4) (Zschau et al., 2015). Tillämpningen av systemteori hade således kunnat möjliggöra en djupare helhetsanalys, av hur de olika systemen i behandlingsinsatsen samverkar för att främja en klients återhämtning. Resonemang om övervägandet att slutligen tillämpa teorin om återhämtningskapital (Cloud & Granfield, 2008) förs under avsnitt 4.2.

### 4.4 Kritik mot tillämpningen av återhämtningskapital

Även om återhämtningskapital (se 4.1) ses som ett användbart teoretiskt ramverk för att identifiera olika livsområden som påverkar en klients återhämtningsprocess. Lyfter Zschau et al. (2015) fram kritik mot litteraturens framställan av återhämtningskapital. Kritiken utgörs av hur tidigare forskning applicerat återhämtning. Teorin har främst applicerats ur ett perspektiv med individens egna återhämtningskapital, mer än att beakta hur nätverket påverkar återhämtningen. Zschau et al. (2015) erkänner att det teoretiska ramverket om återhämtningskapital belyser tyngden av sociala faktorer, men med en bristande tydlig gräns mellan de individuella- och nätverksfokuserade aspekterna av återhämtning. Liknande resonemang återfinns även i Hennesys (2017) studie som betonar att återhämtningskapital består av flertalet olika resurser, som bör studeras tillsammans på individnivå utifrån både mikro- och mesonivå.

## 5. Metod

Den föreliggande uppsatsen utgår från en kvalitativ ansats, vilket innebär att utgångspunkten i stora drag är induktiv, konstruktionistisk och tolkande (Bryman et al., 2025). Studenterna hade en teori i åtanke, men ett induktivt angreppssätt applicerades för att få en öppnare ingång in i analysen. Det induktiva angreppssättet kommer att utvecklas vidare under analysmetoden (se 5.4). Följande avsnitt inleds med en kort introduktion till kvalitativ metod följt av urvalsprocedur och en presentation av de inkluderade behandlingshemmen. Vidare beskrivs hur de semistrukturerade intervjuerna utförts samt uppsatsens analysmetod. Avslutningsvis redogörs för hur de etiska principerna har beaktats under uppsatsprocessen.

### 5.1 Kvalitativ metod

Utifrån att föreliggande uppsats ämnar undersöka behandlingspersonals syn på hur behandlingsinsatsen bidrar till klienters återhämtning, så anses det adekvat att uppsatsen utgår från en kvalitativ ansats. En kvalitativ metod innebär att fokuset grundar sig på ord när insamling och analys sker av datan (Bryman et al., 2025). Den kvalitativa metoden lämpar sig i föreliggande uppsats, utifrån att den kvalitativa forskningen syftar till att studera platser och sociala aktörer, till exempel människor och organisationer. Metoden syftar till att generera djupa insikter om ämnet (Bryman et al., 2025). Datan har samlats in med hjälp av kvalitativa intervjuer. Utifrån den grad av struktur som den kvalitativa intervjumetoden ger, är forskarnas idéer mer anpassningsbara och ett större utrymme ges till informanten att påverka intervjuens riktning (Bryman et al., 2025). Den kvalitativa intervjumetoden ansågs därför som adekvat, för att rama in uppsatsens syfte och frågeställningar.

### 5.2 Urvalsprocedur

För att få tillgång till studiens informanter har ett icke sannolikhetsurval, med ett målstyrt urval använts. Bryman et al. (2025) förklarar att det innebär att forskarna strategisk väljer ut enheter som är informationsrika och har direkt koppling till forskningens syfte. I relation till uppsatsens syfte ämnar uppsatsen undersöka behandlingspersonals syn på hur behandlingsinsatsen bidrar till klientens återhämtningsprocess. Det målstyrda urvalet har utförts genom att en av studenterna haft tillgång till kontakter på två olika behandlingshem. Första kontakten togs med

ansvarig person på respektive behandlingshem och har därigenom gett tillgång till ytterligare informanter. Urvalet till studien blir därmed ett tillfällighetsurval, eftersom behandlingshemmen väljs i ett första steg, med utgångspunkt i uppsatsens syfte. Ett tillfällighetsurval enligt Bryman et al. (2025), innebär att utnyttja det som fältet erbjuder och att välja informationstäta fall eller enheter när de blir tillgängliga. Genom att föreståndaren ger tillgång till respektive behandlingshem, blir därför tillfällighetsurvalet i föreliggande uppsats behandlingspersonal på behandlingshemmen. Behandlingspersonal besitter de erfarenheter och upplevelser som syftet i studien efterfrågar. Detta menar Bryman et al. (2025) kan bidra till att möjliggöra besvarande av studiens frågeställningar på ett adekvat och informativt sätt.

Det slutgiltiga urvalet till den aktuella uppsatsen är sex behandlingspersonal, tre från vardera behandlingshem. De inkluderade informanterna har olika befattningar och besitter varierad utbildning och utbildningsgrad. Två har socionomutbildning varav en också var utbildad psykoterapeut. Två har behandlingsassistents utbildning och en har socialpedagogsutbildning samt att en saknade specifik utbildning inom området. Informanternas befattningar var därmed två föreståndare, en biträdande föreståndare, två behandlingsassistenter och en socialpedagog. Informanternas anställningstid på behandlingshemmen varierade allt från fyra till över 25 år.

### *5.2.1 Behandlingshemmen*

I den aktuella uppsatsen inkluderades två behandlingshem i privat regi inom missbruksvården i Sverige. Båda behandlingshemmen har behandlingsmålet av total avhållsamhet samt inkluderar andliga aspekter i behandlingen. Respektive behandlingshem bedriver behandling för främst substansbrukssyndrom, men även andra missbruk, till exempel spelmissbruk kan vara aktuellt. Utöver missbruket finns det andra tillstånd som också måste hanteras, såsom psykisk ohälsa, neuropsykiatriska diagnoser och kriminalitet. Behandlingsmetoden som förekommer på båda behandlingshemmen är KBT, men respektive behandlingshem har sina enskilda behandlingsprogram där de inkluderar olika metoder. Ytterligare metoder som förekommer är återfallsprevention och miljöterapi.

### **5.3 Semistrukturerade intervjuer**

Föreliggande uppsats baseras på en kvalitativ intervjumetod, där fokus ligger på informanternas egna uppfattningar och erfarenheter (Bryman et al., 2025). Inom den

kvalitativa intervjun eftersträvas en öppen samtalsstruktur, där intervjun kan ta olika riktningar beroende på vad informanterna uppfattar som relevant. Om det finns ett relativt tydligt fokus i undersökningen är semistrukturerade intervjuer en lämplig metod för att besvara specifika forskningsfrågor (Bryman et al., 2025). Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide (se bilaga 1) med övergripande teman och därtill stödfrågor som representerar temana. Utifrån denna utgångspunkt öppnas möjligheten att avvika från intervjuguiden i en större utsträckning, menar Bryman et al. (2025). Det möjliggör till att ställa nya uppföljningsfrågor utifrån informanternas svar, med målet att få fylliga och detaljerade beskrivningar. Detta innebär att följderna på frågorna anpassades till informanternas respons under varje intervju.

De genomförda sex intervjuerna varierar mellan 32 - 57 minuter, med en medellängd på 47 minuter och 33 sekunder. Under intervjuerna deltog båda studenterna, varav en ansvarade för att föra intervjun. Genom att en student har ansvar över intervjun, kan det bidra till att jämna ut den maktobalans som Trost (2010) annars menar, kan upplevas av informanten. Intervjuerna som genomfördes delades upp så att båda studenterna intervjuade behandlingspersonal från båda behandlingshemmen, med fördelning på tre informanter vardera. Övervägandet av att båda studenter medverkade under samtliga sex intervjuer, baseras på att ena parten säkerställde att hela intervjuguiden inkluderades. Vidare baseras övervägandet på praktiska aspekter, så som restider.

## 5.4 Analysmetod

Samtliga sex intervjuer har spelats in via diktafon och transkriberats av studenterna själva, efter påskriven samtyckesblankett. Avvägandet av att inte använda digitala transkriberingsverktyg grundar sig på att kunna vidmakthålla konfidentialiteten för informanterna. Men också för att skapa förutsättningar för analysen, genom att granska och analysera i ett tidigt skede (Kvale & Brinkmann, 2014). Transkriberingen har genomförts av båda studenterna, men under liknande ramar för vad som ska inkluderas och exkluderas i transkriberingen. Detta för att samtliga intervjuer ska få så likartade förutsättningar som möjligt inför kodningen av teman. I transkriberingen har utfyllnadsord, skratt, upprepning med mera transkriberats ordagrant. Detta för att möjliggöra förståelse under vilken kontext sådana språkliga fenomen manifesteras.

Situationer där intervjun blivit avbruten av någon anledning, har exkluderats i transkriberingen.

Vid presentationen av citaten i resultatet har utfyllnadsord, skratt, upprepningar och liknande exkluderats. Övervägandet grundar sig på att göra uppsatsen mer begriplig för läsaren (Kvale & Brinkmann, 2014). Vidare är avsikten inte att göra språkliga analyser därav föreligger inget behov av ordagranna citeringar i uppsatsen (Trost, 2010).

Efter utförd transkribering genomförs en tematisk analys. En kvalitativ tematisk analys är ett verktyg för att identifiera olika mönster genom att både analysera, tolka och beskriva teman (Alvinius et al., 2023). I den aktuella uppsatsen grundar sig den tematiska analysen på Braun och Clarkes (2006) modell. Modellen inkluderar: 1) bekanta sig med datamaterialet, 2) skapa initiala koder, 3) sök efter teman, 4) granska varje tema, 5) definiera och namnge teman samt 6) producera resultatavsnitt.

I ett första steg lästes samtligt transkriberat material enskilt. Därefter lästes materialet tillsammans med ett induktivt angreppssätt. Det vill säga, samtliga ord och meningar som var av intresse markerades, utan att vägledas av frågeställningarna. Detta för att inneha ett öppnare angreppssätt, för att inte undgå viktiga detaljer eller andra intressanta aspekter. Vidare antogs ett deduktivt angreppssätt utifrån det markerade materialet. Det markerade materialet var vidare utgångspunkten för att finna koder som relaterades till forskningsfrågorna samt uppsatsens teoretiska utgångspunkt, teorin om återhämtningskapital (se 4.1). Därefter skapades koder som fördes in i en tabell och som sen grupperades i kategorier. Slutligen skapades teman utifrån koderna och kategorierna, vilket sedan namngavs utifrån dessa.

Exempel på kodningsprocess:

Citat utdrag:	Undertema:	Tema:
”vi tror inte på det med att köra behandling från morgon till kväll [...] man behöver ha tid för återhämtning och reflektion. Vi gör andra saker så att det sjunker in.”	Utrymme för återhämtning och reflektion	Struktur – en förutsättning för återhämtning

<p>“att dem kan slappna av och känna sig trygga, och börja våga öppna upp. Det gör ju också att man kan börja jobba med det som är problemet, det som ligger bakom missbruket”</p>	<p>Relationer mellan klient och behandlingspersonal</p>	<p>Behandlingspersonals värdegrund och dess relationscentrerade tryggheten förutsättning för återhämtning</p>
--	---	---

## 5.5 Studiens tillförlitlighet

Vid bedömning av studiens tillförlitlighet lyfter Bryman et al. (2025) fyra kriterier: tillförlitlighet, överförbarhet, pålitlighet och möjligheten att styrka och konfirmera.

Det första kriteriet, tillförlitlighet förklarar Bryman et al. (2025) handlar om att det finns flera beskrivningar av en aspekt i den sociala verkligheten. Det är därmed tillförlitligheten i beskrivningen av aspekten, som avgör huruvida andra accepterar den. Ett sätt att ge tillfälle för deltagarna i den sociala verklighet som studerats, är att ge dem tillgång till en presentation av forskningsresultatet (Bryman et al., 2025). I den aktuella uppsatsen ansågs det inte genomförbart med en presentation, utifrån både uppsatsens omfattning och tidsram. Det kan därför påverka uppsatsens tillförlitlighet, genom en avsaknad av validering, eftersom informanter inte får möjlighet att verifiera tolkningen.

Kriteriet överförbarhet behandlar hur överförbar den insamlade datan är i relation till andra miljöer. I kvalitativ forskning utgörs resultaten av den specifika sociala miljö som studeras, med dess tillhörande unika beskrivningar (Bryman et al., 2025). I relation till intervjuerna, som genomförts på två behandlingshem, innebär det en bristande grad av överförbarhet mellan behandlingshemmen. Eftersom varken metoden eller behandlingshemmens struktur är identiska. Därtill hör även uppsatsens begränsning i att endast inkludera två behandlingshem, vilket kan påverka och begränsa möjligheten till överförbarheten till andra miljöer med grund i det smala urvalet. Däremot framhåller Bryman et al. (2025) att genom att skapa täta eller fylliga beskrivningar, det vill säga noggranna redogörelser för olika detaljer, ges information för att själv bedöma överförbarheten av resultatet till andra sociala miljöer. I föreliggande uppsats presenteras samtlig data så långt det är möjligt med detaljerad information, men med begränsningen att inte röja verksamheterna och informanternas anonymitet.

Följaktligen beskriver Bryman et al. (2025) att pålitlighet kräver att forskarna intar ett granskade synsätt, i form av att granska faser under granskningsprocessen. Granskningsprocessen består av uppsatsens problemformulering, urval, intervjuskrifter och beslut i analysen av datan. Under processen har båda studenterna inkluderats i samtliga faser, vilket gör det möjligt att granska (Bryman et al., 2025).

Det avslutande kriteriet som framhålls är bekräftelsebarhet (Bryman et al., 2025). Bekräftelsebarhet har utgångspunkten att total objektivitet inte går att uppfylla, samtidigt som bekräftelsebarhet syftar åt att forskarna visar att de har agerat i god tro. Bedömning av bekräftelsebarhet är kopplat till respondentvalidering och deltagarkontroll (Bryman et al., 2025). Det innebär att möjligheten inte finns att få bekräftat från informanterna att föreliggande uppsatsresultat, stämmer överens med informanternas respons. Det blir här en svaghet för uppsatsens tillförlitlighet, i form av bekräftelsebarhet.

## 5.6 Etiska grundprinciper

Enligt Bryman et al. (2025) vilar svensk forskningsetik på fyra grundläggande principer: risken för skada hos deltagarna, samtyckeskravet, skyddet av privatlivet samt undvikandet av bedrägeri eller falska förespeglningar. Samtliga principer beaktats i uppsatsprocessen. Den första principen rör risken för att deltagarna kan lida skada genom sin medverkan (Bryman et al., 2025). I föreliggande uppsats ses en minskad risk för att deltagarna lider skada. Datan berör behandlingspersonals erfarenheter av behandlingshemmens totala behandlingsinsats och inte primärt deltagarna personligen.

Vid de kvalitativa intervjuerna med behandlingspersonal kan ytterligare etiska utmaningar uppstå. Bryman et al. (2025) betonar att konfidentialitet ofta är mer problematiskt i intervjusammanhang och kräver noggrann hantering för att garantera anonymitet. I föreliggande uppsats säkerställs anonymitet av behandlingshemmen, orter samt informanter genom fiktiva namn eller koder, varpå ingen transkribering sker av sådana uppgifter. Vidare har informantnummer tagits bort i citat i resultatavsnittet, för att bibehålla konfidentialiteten. Intervjumaterialet lagras på ett säkert sätt via ett krypterat USB-minne och raderas vid slutexaminering av uppsatsen eller senast juni 2026 vid avslutad utbildning (se bilaga 2).

Samtyckeskravet, den andra principen, innebär att deltagarna ska få tillräcklig information för att kunna fatta ett välgrundat beslut om sitt deltagande (Bryman et al., 2025). Samtliga informanter har informerats skriftligen om studiens syfte,

forskningsprocessen och vad deltagandet innebär (se bilaga 2). Innan intervju påbörjas, ges erbjudandet till informanten om en muntlig genomgång av informationsbladet tillsammans med studenterna. Enstaka informanter önskar en muntlig genomgång. Samtliga informanter informeras därmed både skriftligen och muntligen om att deras medverkan är frivillig. Informanterna får möjlighet till att behålla den skriftliga informationen och ges därmed möjlighet att signera samtyckesblanketten (se bilaga 3). Genom en påskrivna samtyckesblankett ger informanten därmed samtycke till ovanstående samt till ljudinspelning av intervjun.

Den tredje principen, skyddet av privatlivet, är nära kopplad till samtyckeskravet. Bryman et al. (2025) framhåller att deltagande ska bygga på en fullständig förståelse av vad medverkan innebär, för att undvika psykisk, fysisk eller integritetsmässig skada. I uppsatsen säkerställs detta genom att deltagarna informeras noggrant om villkoren för deltagandet och ges möjlighet att avstå från att besvara frågor samt avbryta intervjun utan skyldighet att ange orsak (se bilaga 2). Därtill är frågorna (se bilaga 1) inte konstruerade så att de inkräktar på informanternas privatliv samt att inga personuppgifter inhämtats, bortsett från den påskrivna samtyckesblanketten (se bilaga 3).

Den fjärde och sista principen rör bedrägeri och falska förespeglingar. Det innebär att forskaren inte får vilseleda deltagarna eller presentera studien på ett sätt som inte motsvarar dess verkliga syfte (Bryman et al., 2025). Genom att vara transparent och tydlig i all information till informanterna, minimeras risken för missförstånd. Studenterna är samtidigt medvetna om att det inte är möjligt att fullt ut beskriva alla aspekter av undersökningen i förväg. Dock görs bedömningen att principen uppfylls genom att deltagarna får så mycket relevant information som möjligt, för att fatta ett informerat beslut om deltagandet (se bilaga 2).

Vid varje intervjutillfälle har informanten erhållits information vad det gäller hantering av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen, GDPR (se bilaga 2).

## 6. Resultat

Den föreliggande uppsatsen ämnar undersöka hur behandlingspersonal anser att den totala behandlingsinsatsen bidrar till återhämtning och återhämtningsprocessen, för klienter med substansbrukssyndrom. Personal beskriver att de ser goda behandlingsresultat med hjälp av deras behandlingsinsats och de enskilda behandlingsprogrammen. Nedan följer en presentation av de teman som identifierats utifrån den insamlade datan: *Struktur - en förutsättning för återhämtning*, *Den inre processen - en förutsättning för återhämtning*, *Behandlingspersonals värdegrund och dess relationscentrerade trygghet – en förutsättning för återhämtning* samt *En samvarierande komplexitet – utmaningar i en klients återhämtningsprocess*.

### 6.1 Struktur - en förutsättning för återhämtning

Behandlingspersonal beskriver att behandlingshemmens struktur är en ram och grund för behandlingsinsatsen, vilket temat också framhåller. Personal berättar om behandlingshemmens miljöperspektiv, där de använder sig av den fysiska yttre miljön. Utifrån miljöperspektivet ses strukturen som en del av att organisera det vardagliga behandlingsarbetet, enligt personal. Behandlingshemmen är belägna i en lantlig miljö där skog och natur i närområdet används inom ramen för behandlingen. Miljön används vid schemalagda aktiviteter och under schemalagd fritid. Personal beskriver byggnadernas utformning och inredning som rofyllt och som en del av behandlingsmiljön. I den fysiska miljön, är klientens vardag strukturerad genom rutiner och scheman. Den givna ordningen finns under veckans alla dagar och påverkar hur klienten förhåller sig till sin återhämtningsprocess i vardagen, enligt behandlingspersonal. De strukturella ramarna och den givna vardagen beskrivs som ett verktyg i behandlingsinsatsen. En informant berättar:

[...] man måste förhållas till den här ramen som gör att processen sätter i gång [...] i det här miljöperspektivet, kontexten [...] Att den inre strukturen som finns i människan, den reflekteras mot den där ramen, så därför är det viktigt, att personalen håller den här ramen [...] mina känslor, reflekteras mot den här ramen, jag kanske känner att nu vill jag göra det här, men då säger vår ram, nej nu ska vi göra så här i stället. Då blir det liksom en process som uppstår där, [...] det liksom blir material som vi sen kan bearbeta också i samtalen. (Informant 1)

Som ovanstående citat visar, beskrivs den strukturella ramen som en del i det vardagliga behandlingsarbetet. Samtliga sex informanter beskriver hur behandlingshemmens struktur relaterar till arbetet med klienten och används för att identifiera områden i en klients liv som bearbetas i behandlingsarbetet. Klientens bearbetning inom olika områden beskrivs i relation till det humana kapitalet. Det humana kapitalet avser copingstrategier, självinsikt och liknande, som behandlingspersonal kopplar till klientens livssituation.

Personal beskriver också ramen kopplat till gränssättning i behandlingsarbetet. Det i relation till hur klientens arbete med sig själv organiseras inom återhämtningsprocessen. Strukturen beskrivs av personal som korrigerande genom tydliga gränser för klienten, relaterat till klientens tidigare vardag. En informant berättar att: *“En missbrukare är på flykt hela tiden [...] att man flyr verkligheten egentligen, för man orkar inte med verkligheten, den är för smärtsam.”* (Informant 1). Citatet beskriver strukturen i relation till personalens upplevelse av klientens trygghet. Citatet beskriver vidare personalens arbete med klientens inre värld. En informant berättar om den inre världen som klientens *“ryggsäck”* (Informant 3), som relateras till klientens tidigare erfarenheter och upplevelser av ångest.

Utifrån behandlingsinsatsens ram påverkar det hur klienten förhåller sig till sina tidigare erfarenheter och upplevelser, enligt personal. Klienten beskrivs bli konfronterad med att möta dessa känslor i sig själv och processa dem tillsammans med personal. En informant säger följande:

[...] när man kommer in i den här ramen då måste man stanna där [...] det ramen gör, att man tvingas, frivilligt förstås är man ju i ramen, men man tvingas möta sig själv, [...] och det man är mest rädd för, mest ångest över och så tillsammans med oss, behandlingshemmet, bearbeta allt det där man flyr från [...] det kan vara skuld och skam, besvikelse, bitterhet, misslyckanden, allt möjligt som genererar ångest [...] (Informant 1)

Citatet relaterar till personals beskrivningar av hur klienten förhåller sig till ramen. Enligt behandlingspersonal relaterar det till klientens återhämtning, för att träna på att förhålla sig till gränser av lag och ordning, men även normer och värderingar. Enligt personal kopplas strukturen och den gränssättande funktionen till klientens förståelse av normer och förväntat ansvar i samhället. Strukturen kopplas härmed till det kulturella

kapitalet (Cloud & Granfield, 2008), genom att klienten tränas i att agera utifrån samhällets förväntningar, enligt personal. Vilket i förlängningen även relateras till det sociala kapitalet (Cloud & Granfield, 2008), när hen tränas i att handla utifrån samhällets förväntningar. Personal anser det som en förberedelse inför klientens utsluss. En informant uttrycker det så här: *“Ja vi har sådana regler och mycket är ju bara normala regler, men en missbrukare vet ju inte vad normalt är, det finns liksom inga gränser på vad, hur gör man?”* (Informant 2).

Genom att förhålla sig till en ny ram och gränssättning, så berättar personal hur klienter blir medvetna om konsekvenserna av deras handlingar och börjar ta ansvar för dem. En informant beskriver det så här:

[...] de blir påminda om att det här är regler och så här ska man inte göra och så blir det en process i dem, så de känner att nu har jag gjort fel och då blir det jobbigt [...] då kommer man och berättar det. Ja man förlåter ju dem för att de har gjort fel, för fel kan man ju göra [...] men just det här, se hur samvetet vaknar hos dem, det är jättehäftigt! (Informant 2)

Genom hemmens regler framträder klienternas nuvarande tankebanor gällande regler och normer, då dessa inte alltid harmoniserar med varandra. Enligt personal, kan ramen kopplas till att en process inom klienten påbörjas. Ramen ger möjlighet och tid för återhämtning och reflektion, över den behandling och den process som klienten går igenom inom behandlingsramen. *“[...] vi tror inte på det med att köra behandling från morgon till kväll [...] man behöver ha tid för återhämtning och reflektion. Vi gör andra saker så att det sjunker in.”* (Informant 5). Citatet belyser att behandlingspersonal framhåller tid för reflektion och processande, av de olika behandlingsprogrammen som klienten får. Att ge den här balansen mellan struktur och viss spontanitet, förknippas med möjligheten till reflektion i återhämtningsprocessen.

Schemalagd reflektionstid associeras till klientens bearbetning av sina tankar, känslor och beteenden, enligt personal. Detta relateras till det humana kapitalet och även det kulturella kapitalet (Cloud & Granfield, 2008), då klienten får ompröva sina värderingar. Personalen framhåller att de inkluderar även andra praktiska aktiviteter av olika slag, för att ge möjlighet till att processa sin återhämtning i ett hanterbart tempo. Till exempel vardagsbestyr som att hugga ved, planera och laga mat, åka till simhallen samt åka till stan eller liknande. En informant nämner behandlingsupplägget som att

behandlingen har en *“dold agenda”* (Informant 6). Behandlingspersonal beskriver att det är en dold agenda, för att klienten själv inte alltid är medveten om vad som sker i de olika processerna, det vill säga när olika återhämtningskapital (Cloud & Granfield, 2008) växer till. Personal relaterar närvaro i programmet och aktiviteter till klientens arbete med återhämtning.

I relation till den föreliggande uppsatsens teoretiska utgångspunkt, återhämtningskapital (Cloud & Granfield, 2008), görs analysen att behandlingshemmens struktur relaterar till att agera basen för klientens arbete, med att återhämta de olika återhämtningskapitalen. Strukturen används i samband med klientens återanpassning in i samhället, enligt behandlingspersonal. I analysen kopplas strukturen till möjligheten att utveckla i första hand socialt, humant och kulturellt kapital och sekundärt fysiskt kapital. När klienten utvecklas i övriga kapital, är det möjligt för det fysiska kapitalet att också växa till. Till exempel, att behålla ett arbete när hen vet miljöns regler och normer.

## 6.2 Den inre processen - en förutsättning för återhämtning

Temat beskriver att återhämtning från substansbrukssyndrom också inkluderar en klients inre processer. För att klienten ska återhämtas ser behandlingspersonal att självinsikt och att ha kommit till *“vägs ände”* (Informant 1) påverkar. När klienten har ett förhållningssätt av att vara vid *“vägs ände”*, anser klienten sig klar med missbruket, beskriver personal. Personal berättar vidare att klienten är mottaglig för hjälp och förändring, när klienten upplever det nödvändigt. När insikten om förändring finns hos klienten, kan behandlingsinsatsen fokuseras på att bibehålla denna insikt, berättar personal. Behandlingspersonal anser att arbetet kan ha ett centrerat fokus på upprätthållandet av klientens motivation i den inre återhämtningsprocessen. En informant beskriver en del av denna inre process som övervägandet mellan att lämna den tidigare identiteten och att inta en ny:

Behandlingens [fokus] är att lämna sin gamla identitet, med den identitet dom kommer hit med [...] den dem tror sig vara och utger sig för att vara. Att överväga att lämna den och hamna i ett tillstånd man känner: Vem är jag? Vad vill jag? Vart ska jag? Till att börja få smak på, nu vet jag vad jag vill! Den jag börjar bli som nykter och drogfri, den vill jag fortsätta att vara! [...] (Informant 6)

Behandlingspersonal beskriver att klientens insikt och vilja till förändring är en del av återhämtningsprocessen. Klientens insikt och villighet till att påbörja processen gentemot ett nyktert- och drogfritt liv, används som utgångspunkt i hemmens behandlingsmetoder, enligt personal. Det utifrån att behandlingshemmen bär på ett fokus på total avhållsamhet från substanser.

Det handlar om klientens inre värld, vilket är associerat med det kulturella kapitalet (Cloud & Granfield, 2008) utifrån klientens värderingar och normer. Detta är i regel det svåraste kapitalet att återta, enligt Cloud och Granfield (2008). Det kulturella kapitalet lägger grunden till övriga kapital, främst humankapitalet som det är nära sammankopplat med. Det kulturella kapitalet omfattar ett djupare plan och associeras med att återhämta humankapitalet, då klientens kunskaper och färdigheter formas där bland annat. Behandlingspersonal beskriver att genom klientens insikt om behovet av förändring, kan behandlingspersonal få tillgång till att börja rekonstruera i en klients inre värld av normer och värderingar. Personal beskriver att insatsen har en förutsättning när hen kommer till behandling med en villighet till förändring. Personal beskriver vidare: *“Så kom hit, överväg vem du är, släpp den, byt ut identiteten och bli en annan”* (Informant 6). Behandlingspersonal beskriver att klientens inre process till att vilja ett nytt liv, om vem hen är och vad hen vill i livet utan substanser, med allt vad det innebär, går bortom att “enbart” upphöra med att bruka substanser. En informant berättar vidare:

[...] eftersom det ska bli en varaktig förändring måste man ha kommit till [...] vägs ände [...] man är färdig med det här gamla livet, den gamla identiteten, man är trött på det, man vill inte mer. För har man inställningen att ja, jag är ganska okej, det är bara att jag kanske kan få hjälp att sluta droga. Då är man liksom inte riktigt i läge för en varaktig förändring [...]  
(Informant 1)

Behandlingspersonal beskriver också att klienter inte kan komma till behandling och tänka att *“åka på kollo här, ha lite trevligt”* (Informant 2), om klienten vill omkonstruera sitt kulturella kapital (Cloud & Granfield, 2008). Personal framhåller att klientens egen insikt i behovet av förändring, är en del av återhämtningsprocessen. Enligt personal, innebär återhämtningsprocessen att klienten behöver omvärdera det

kulturella kapital som ett liv i missbruk ger. Processen kan förstås som omfattande, då förändringar och vanor går bortom viljan att ”enbart” upphöra med substanser.

Personal beskriver att de uppmuntrar därför klienten att arbeta med samtliga dimensioner som behandlingshemmen ser som nödvändiga, utifrån deras holistiska människosyn, nämligen: en kroppslig-, en själslig- och en andlig dimension. Enligt behandlingspersonal måste samtliga tre dimensioner återhämtas, varpå hemmen arbetar med alla dimensioner och *”du kan inte ta bort någon”* (Informant 6). Den första dimensionen är kroppen, vilket en informant beskriver: *”Vad behöver kroppen för återhämtning; du måste ta hand om din kropp”* (Informant 6). Detta gäller både vad kroppen behöver för *”näring, sömn och stresshantering”* (Informant 6). Samma informant beskriver även den själsliga dimensionen utifrån: *”Vad längtar människan efter?”*. Den sista dimensionen berör mer *”existentiella frågor; meningen med livet, gott och ont, vad händer efter döden?”* (Informant 6). Personal beskriver den holistiska människosynen som behandlingshemmens *”filosofi”* (Informant 6). För klienten som *”jobbar med dem här tre, vilket bra resultat det ger!”* (Informant 6), framhåller behandlingspersonal.

Enligt personal inbegriper motivation till förändring de tre dimensionerna, för att förändringsprocessen ska inbegripa återhämtningen av olika kapital. Personal påtalar att fokus på färre dimensioner, kan påverka återhämtningsprocessen jämfört med när klienten tar sig an samtliga dimensioner. En informant berättar:

[...] många lägger bara krut på kroppen, “nej men jag ska bara gymma”, nämen det funkar inte! Vad är ditt själsliga behov? Vad har du för sår från livet? [...] de lite tyngre frågorna; är man älskad, självkänsla och självförtroende och många söker oss just för den biten, att dom vill ha den här andliga biten [...] (Informant 6)

Behandlingspersonal anser att återhämtningsprocessen omfattar en helhet bestående av ovannämnda tre dimensioner. Där ligger behandlingsinsatsens holistiska syn för en klients återhämtning från substansbrukssyndrom, enligt personal. Den holistiska synen ligger i linje med teorin om återhämtningskapital (Cloud & Granfield, 2008), då alla fyra kapital kan inkluderas i behandlingshemmens tre dimensioner. När en klient kommer till något av hemmen ges det utrymme till kroppens fysiska återhämtning, vilket inkluderas i humankapitalet. Eftersom *“rent fysiskt så handlar det ju om att*

*hjärnans belöningssystem behöver återhämta sig.*” (Informant 6). Klienten får därför sova och äta den första tiden, med fokus att återhämta sin kropp. Vilket är en process som *“kan ta två månader för dom som kommer hit att kvickna till”* (Informant 6). Behandlingshemmen arbetar med själens återhämtning, vilket är förenligt med det kulturella- och humana kapitalet (Cloud & Granfield, 2008). Det praktiska själsliga arbetet bedrivs genom hemmens olika behandlingsprogram och metoder. Så som Återfallsprevention, Kriminalitet, behandling riktat till män respektive kvinnor, Miljöterapi, KBT och Psykodynamiskterapi samt egna behandlingsprogram med olika teman som berör livets olika områden, så som förlåtelse. Personal berättar att först återhämtas den fysiska dimensionen, för att själens återhämtningsprocess sedan ska kunna initieras. En personal berättar: *“Efter två månader då har det rent fysiskt lämnat dom, då har dom återhämtat sig och då kan dom höra vad vi säger.”* (Informant 6). Den tredje dimensionen, den andliga, ramar in behandlingen genom att dagen startar och avslutas med samling som fokuserar på stillhet och inre fokus med andliga aspekter. I denna dimension kan både de sociala-, kulturella- och humana kapitalen integreras (Cloud & Granfield, 2008). De olika dimensionernas bearbetning är obligatoriska, men med en viss flexibilitet inför att den fysiska återhämtningen kan i vissa perioder behöva prioriteras, framhåller behandlingspersonal.

### 6.3 Behandlingspersonals värdegrund och dess relationscentrerade trygghet – en förutsättning för återhämtning

Behandlingshemmens syn på människan formar en trygg atmosfär, som enligt behandlingspersonal, beskrivs som betydelsefull för etableringen av klientrelationen. Etableringen framkommer i behandlingshemmens holistiska syn på människan, som uttrycks i ett *“medlevandeskap”* och allians gentemot klienten. Medlevandeskap beskrivs av behandlingspersonal att det innebär något mer än ett behandlingsarbete med klienten. Det inkluderar en delad livssituation, där det vardagliga arbetet formar relationen, berättar personal. Detta förhållningssätt bidrar till trygghet för klienterna, enligt behandlingspersonal. *“Generellt finns en ganska familjär atmosfär på hemmet här!”* (Informant 4). Citatet beskriver att medlevandeskapet utgör en basal mekanism i arbetet med klienternas återhämtningsprocess. Enligt behandlingspersonal, möjliggör medlevandeskapet de förtroliga samtalen som ingår i behandlingsinsatsen. Dagen struktureras in genom de gemensamma morgon- och kvällssamlingar som enligt personal, fokuserar på stillhet och inre fokus med andliga aspekter. *“[...] vi har både*

*morgon- och kvällsamlingar och där det kommer upp till exempel tuffa saker under samtal eller så kan man ju erbjuda [andligt stöd].” (Informant 4). Utöver samlingarna finns enskilda behandlingsprogram med specifika teman, till exempel förlåtelse. En informant beskriver det nedan:*

[...] så jobbar ju vi med självkänsla och självförtroende, jobbar mycket med skuld och skam [...] att det där de har gjort, det dem inte vill kännas vid, att våga prata om det, att sätta ord på det, uppmuntra till förändring, möta förlåtelsen, möta samvetet, vi har en vecka med förlåtelsen, så efter ett tag så vågar dem be om förlåtelse. (Informant 6)

Behandlingspersonal anser att miljön karaktäriseras som uppmuntrande och förlåtande, och genom den rådande miljön möjliggörs återhämtningsprocessen. Utifrån att miljön bidrar till samtalsklimatet, både i de enskilda och i gruppsamtalen, enligt personal. I denna miljö kan det ses som att klienten får möjlighet att bland annat träna på sociala kontakter. Det kan kopplas till att socialt kapital får formas och återtas (Cloud & Granfield, 2008). Enligt personal associeras medlevandeskapet till att klienterna vill hjälpa andra, vilket uttrycks genom att de visar omsorg om andra klienter. Det blir här ett samspel mellan klienterna och personal, men också mellan klienterna i behandlingsgruppen, framhåller personal. I detta samspel får det sociala kapitalet växa till. En informant berättar:

[...] om det inte är något förtroende mellan gästerna [...] så är det ju svårare att öppna upp sig i grupp och då blir det ju mer i enskilda samtal. [...] om det är en fin och förstående grupp så blir det att man vågar öppna upp lite för varandra [...] stötta varandra, i ja, igenkänning. [...] dem som har varit här lite längre [...] dem har börjat känna sig trygga då kan man våga bry sig om andra [...] (Informant 4)

Citatet visar hur klienter ges möjlighet till att utbyta erfarenheter med varandra. Enligt behandlingspersonal, kan gruppens allians kopplas till utsträckningen av de enskilda samtalen. Personal ser här att klienter ibland behöver stöd med att värna om sin integritet, vad som ska delas i grupp och vad som ska bearbetas förtroligt med sin *“kontaktperson”* (Informant 2, 4). Här ses som att förtroende i relationer kan uppstå och kulturellt kapital (Cloud & Granfield, 2008) kan återtas, när bland annat normer får

diskuteras. Personal beskriver att tryggheten uppfattas som en förutsättning för att arbeta med bakomliggande faktorer och det är inget som *“man kan tvinga fram [...] utan det har ju med förtroende att göra”* (Informant 4). Citatet framhåller tryggheten som en förutsättning för att klienten ska våga öppna upp sig. När klienten öppnar sig, kan förtroliga samtal ske och enligt personal kan en återhämtningsprocess ta form. En informant beskriver: *“Att dem kan slappna av och känna sig trygga och börja våga öppna upp. Det gör ju också att man kan börja jobba med det som är problemet, det som ligger bakom missbruket.”* (Informant 4). Personal beskriver att det är svårare att arbeta med återhämtningsprocessen när en klient inte känner tillit och trygghet. Eller om klienten inte vill öppna upp eller öppnar sig delvis. Personal kan då arbeta delvis med problemen. Personal berättar: *“[...] människor har inte velat öppna upp sig heller, kanske bara till en viss gräns, men sen inte mer och då kan man inte göra mer utan, det ligger ju på den människan.”* (Informant 4).

Personal beskriver att behandlingshemmen arbetar med förtroendeskapande i det vardagliga mötet mellan klienten och personalen: *“Det är inte så jättemycket vi och dem, med personal och gäster”* (Informant 4), utan mer ett *“medlevandeskap”* (Informant 2). Det ses som att klienterna ger behandlingspersonal förtroende, när klienten känner sig omtyckt och att personal finns till för dem. En informant berättar:

När vi ser våra klienter här och dem får ett förtroende för oss och dem känner att vi i personalen, vi tycker om dem, vi vill hjälpa dem, dem öppnar upp och vi når, som vi kallar det hjärtat! Då kan vi justera lite på inställningarna och då blir det en förändring på riktigt! [...] när alliansen finns, är dörr 'n öppen där, och vi kommer in! Dem blir jättelejala mot oss [...] vi får tillgång till deras hjärta och tankar [...] då får man till en förändring, det är häftigt!  
(Informant 6)

Citatet ovan beskriver hur alliansen mellan klient och behandlingspersonal ter sig som en nyckel till en klients inre värld. Den inre världen benämner personal som en klients *“hjärta”*. Beskrivningen kan förstås i relation till återhämtningskapital (Cloud & Grandfield, 2008), utifrån att klientens interaktion med personal skapar möjligheter för återhämtning. Citatet belyser den funktion alliansens har, parterna emellan. Genom det ovannämnda arbetssättet, inklusive de andliga övningarna som understödjer hemmens

öppna familjära anda och alliansen med klienten, skapas förutsättning för att det humana kapitalet (Cloud & Granfield, 2008) kan utvecklas.

Behandlingspersonal som genomgått egna utmaningar i livet, finner allians med klienter genom att vara *“ett levande hopp för dem”*. Om att utmaningar i livet går att förändra, relateras i uppsatsens kontext till att ett liv som utgjorts av substansbruk går att förändra. Alliansen bär på ett förtroende, ett *“kapital”*, som behandlingspersonal beskriver som ett förvalterskap. Informant berättar följande:

[...] mitt förtroende är ett kapital som jag har, att dem litar på mig [...], om jag är ärlig, så kan dem känna att det jag säger, det är sant. Det är väldigt viktigt för dem och för mig också! [...] jag får ju vara som ett levande hopp för dem då, hur mitt liv har förändrats!

Citatet framhåller att personal som själva genomgått utmaningar i livet, uppfattas av personal som hjälpsamt i behandling för att nå klienten. Behandlingspersonal beskriver att de själva fungerar som ett exempel, på att det är möjligt att återta stabilitet och ordning efter tidigare utmaningar i livet. Det kan kopplas till det fysiska kapitalet (Cloud & Grandfield, 2008), genom att personal synligt demonstrerar att hen, till exempel kan ha fått arbete.

När klienten möter personal som besitter förståelse för utmanande livssituationer, kan det hjälpa klienternas interaktioner även i andra prosociala sammanhang. Utifrån personals beskrivning kan det ses som att behandlingspersonal bidrar till klienters motivation bland annat. Det kan också bidra med en känsla av att det går att förändra en utmanande livssituation. Ovanstående kan kopplas till det humana kapitalet och utifrån det kulturella kapitalet kan det associeras med att bygga värderingar och normer (Cloud & Grandfield, 2008).

#### 6.4 En samvarierande komplexitet – utmaningar i en klients återhämtningsprocess

I det fjärde temat framhålls behandlingspersonals beskrivning av komplexiteten i en klients återhämtningsprocess. Även det som ur ett perspektiv kan vara ett kapital, kan å andra sidan vara en utmaning för klientens återhämtningsprocess, varpå det skapas en samvarierande komplexitet. Personal beskriver hur en klients familj och nätverk kan utgöra ett stöd i återhämtningsprocessen, samtidigt som de kan vara en utmaning.

Klientens partner kan ställa krav att hen behöver komma hem. Personal beskriver att klienter har avslutat behandlingen och åkt hem. En informant framhåller:

[...] det har hänt många gånger att de har åkt hem bara för att den har krävt att dom ska komma hem. Nu har du varit borta länge nog, nu måste du komma hem! Fast att de inte är klara i behandlingen. [...] sen är det många som har bra relationer som gör att dom stöttar dem, men det är ju en sådan grej som kan vara hinder. (Informant 2)

Citatet ovan framhåller den komplexitet som en klient i behandling kan stå inför. Behandlingspersonal beskriver dilemmat av att balansera partners eller närståendes förväntningar, med att fortsätta behandling. Att ställas inför det valet, beskrivs av behandlingspersonal som en utmaning: *“Relationer är det svåraste, till partner och så, det är ju liksom det svåra. Det är det svåraste.”* (Informant 6). Personal berättar därmed att detta är områden de arbetar med tillsammans med klienten och dennes familj. Behandlingshemmen arbetar därför med familjesamtal, så kallade trepartssamtal. De arbetar också för att upprätthålla familjebanden, genom att erbjuda regelbundna umgängen. På det ena behandlingshemmet får familjemedlemmar komma *“inte första månaderna men sen får man komma kanske en gång i månaden [...] ett speciellt hus där man får komma och ta med sig barn också och bo över en helg”* (Informant 1). Behandlingshemmen arbetar för att klienten ska upprätthålla de relationer som finns i klientens nätverk, som enligt behandlingspersonal anses stödjande för återhämtningsprocessen.

Genom behandlingshemmens förhållningssätt kan ett upprätthållande av klientens relationer och sociala nätverk, ses som att klienten kan ta vara på de resurser som nätverket kan ge. Bland annat i form av stöd och uppmuntran och på så sätt bygga upp klientens sociala kapital (Cloud & Granfield, 2008).

Behandlingspersonal beskriver att det ibland kan innebära att en klient kan behöva avsluta en relation som utgör ett hinder för återhämtningsprocessen. Om inte, så hitta strategier till att hantera sig själv och bemöta dem i nätverket som kan innebära risk för återhämtningen. I behandlingen ingår det att träna på hur klienten ser på saker och att fatta beslut, i linje med sin återhämtningsprocess. En informant berättar:

[...] dom ska lära sig fatta beslut [...] rationella och emotionella beslut, att sätta gränser, vad är riskpersoner, var är riskplatser och vad är riskkänslor?

[...] om då mamma är en riskperson för dig, då kanske du inte ska svara henne varje dag. Alltså få strategier [...] jag gör slut med min kille, jag måste fatta ett rationellt beslut, att han är inte färdig med missbruket. (Informant 6)

Citatet framhåller att klienten tränas i att hantera och finna strategier, för hur hen kan bemöta och hantera utmaningar i nätverket, som påverkar återhämtningsprocessen. Behandlingspersonal berättar att denna färdighet tränas upp, vilket många klienter gör under behandlingstiden. En informant berättar: *“Många fattar ju tuffa beslut och dom får lära sig att fatta rationella beslut, sätt känslorna åt sidan. Logiskt, vad är mest bäst för dig?”* (Informant 6). Ingen människa är kapabel att i alla lägen fatta rationella beslut, då människan styrs av fler faktorer än bara logik. Eftersom människan har känslor, fördomar och ofullständig information. Personal syftar till att en individ som levt i missbruk, ofta har fattat beslut utifrån andra omständigheter. Till exempel i ett påverkat sinnestillstånd, vilket förändrar vad som är logiskt och rationellt i stunden. Många klienter tränar på att fatta rationella beslut, för att hjälpa sig själv med sin återhämtning, enligt behandlingspersonal. Genom detta växer klientens humana kapital (Cloud & Granfield, 2008) till, när hen får tränas i att själv fatta beslut utifrån en rationalitet, i ett sinnestillstånd utan påverkan av substanser.

Att fatta rationella beslut är också av vikt vid mötet med hemmaplan, beskriver behandlingspersonal. Det för att kunna hålla fast vid planen och därigenom inte riskera att radera de uppbyggda återhämtningskapitalen (Cloud & Granfield, 2008). Samtidigt beskriver personal hur de välkomnar klienters egna förslag, att lösa olika utmaningar och situationer som kan uppkomma. Personal berättar också att de inte kommer ställa sig bakom något som inte är bra för klienten, men de kan *“ju inte rata en bra idé, det vore ju helt befängt, men vi uppmuntrar ju till saker när man tänker själv, sen kanske det behöver korrigeras lite”* (Informant 5). Även om behandlingspersonal inte kan ställa sig bakom alla idéer som klienten kommer med, så kan ovan förhållningsätt ses, som att klienten utvecklar sitt humana- och kulturella kapital, när hen får pröva sina idéer (Cloud & Granfield, 2008).

Enligt behandlingspersonal är det betydelsefullt för klienten att få erfara olika möten med hemmaplan, och motstå det som hen kan lockas av i den miljön. En informant beskriver:

Vi brukar säga, om dom ska åka hem på en ledighet till exempel, å dom inte är oroliga det minsta, då blir vi oroliga [...] för man måste ju någonstans våga åka hem och träffa sin familj [...] har man en tydlig plan vad man ska göra på sin ledighet och sen håller sig till det, så när dom kommer tillbaka och lyckas med det, då känner dom ju... det är seger! Det är en liten, men det är ändå en seger! (Informant 5)

Enligt citatet framhåller personal att det är relevant för återhämtningsprocessen att klienten möter liknande utmaningar, som möter dem efter avslutad behandling. Genom att möta hemmaplan under en ledighet, ges klienten möjlighet att praktisera sina nyutvecklade återhämtningskapital (Cloud & Granfield, 2008). Personal beskriver vidare, att även om det finns en oro omkring steget att åka hem, framhålls erfarenheten som nyttig för återhämtningsprocessen. Mötet med hemmaplan kan ses som en träning för att återhämtningskapitalen ska integreras i klienten. I grunden beskriver personal, att oron består i att de ser en utmaning med att finna ett fungerande sammanhang för klienten på hemmaplan. Många relationer som klienter har, beskrivs som dysfunktionella, bland annat på grund av kriminalitet. En informant framhåller:

Dom har ju inga friska relationer, dom har ju inga sammanhang som är bra för dom. [...] utan allt är ju kriminellt och det är bara skruvade relationer dom har [...] dom kommer tillbaka till sin gamla struktur, är ett stort hinder. Dom behöver planteras i ett nytt sammanhang. (Informant 6)

Citatet framhåller att det är utmanande för en klient att finna ett fungerande sammanhang. Detta då det sammanhang klienten ofta kommer från inte beskrivs som fungerande. Enligt behandlingspersonal beskrivs det kunna underlätta om klienten börjar om i ett nytt sammanhang, på en ny plats, för att bibehålla återhämtningskapitalen (Cloud & Granfield, 2008).

I regel beviljas klienter missbruksvården genom socialtjänsten eller frivården. Behandlingstiden kan variera, men i regel är en behandlingsperiod mellan tre och sex månader, men kan sträcka sig upp till ett år för enskilda klienter. Även om socialtjänsten och frivården oftast inte beviljar de längre perioderna, beskriver behandlingspersonal att enskilda klienter kan behöva längre tid för att återhämtas. En informant beskriver följande: *“Det kan ju komma hit [klienter] som bara får två månader från socialtjänsten [...] det blir svårt att hinna med allt på två månader”* (Informant 5).

Personal beskriver behandlingens längden som en påverkande faktor i hur återhämtningskapitalen (Cloud & Granfield, 2008) kan integreras med klienten. Behandlingspersonal beskriver hur behandlingshemmen som privata aktörer, är villiga att finansiera från egen kassa, för att möjliggöra den längre behandlingsperioden. Det förutsätter dock att klienten själv vill fortsätta behandling. Behandlingspersonal beskriver även att myndigheter kan vara ett hinder, varpå de som behandlingshem vill arbeta för att överbygga detta. En informant beskriver på följande sätt:

Hinder, det kan det ju vara med olika myndigheter, socialtjänsten, frivården, det är ju inte så mycket man kan göra åt. Vi kan ju hjälpa till, men om det är frivård och en spikad plan och då de inte vill ändra på den, då är det svårt! Men däremot socialtjänsten, då kan ju vi kliva in med hjälpkassa [...] (Informant 5)

När behandlingstiden är över och klienten ska slussas ut, beskriver behandlingspersonal att klienten behöver komma till ett funktionellt sammanhang. En del klienter beskrivs av personal sakna ett funktionellt sammanhang att återgå till och erhåller inte alltid stöd från socialtjänsten. För att bevara de uppbyggda återhämtningskapitalen (Cloud & Granfield, 2008), anser behandlingspersonal att klienten ibland behöver ta till vara på de sammanhang som behandlingshemmen erbjuder. Ett funktionellt sammanhang beskrivs också kunna innebära en helt ny miljö. I en ny miljö kan klienten få möjlighet att börja om utifrån sin nya identitet, den klienten vill vara som nykter. En informant framhåller följande:

[...] då kan vi hjälpa till med lägenhet till exempel, som man har svårt att få om man är hos kronofogden [...] så då kan vi ge lägenhet. Vi kan ge arbete, vi kan ge en social gemenskap här [...] Så att stannar man kvar här, så har vi ju alla dom här bitarna. Flyttar man någon annanstans [...] så finns [kontakter] där också vi kan jobba emot [...] (Informant 1)

Citatet beskriver hur behandlingshemmen hjälper klienten med fysiskt kapital (Cloud & Granfield, 2008) i form av bostad, när myndigheter såsom kronofogden försvårar, för klienten att bygga fysiskt kapital. Det är inte myndigheten i sig, utan de skulder som en klient kan besitta, som utgör ett hinder. Behandlingspersonal beskriver vidare om hemmens olika nationella kontakter och att de kan vara behjälpliga med att slussa ut till

nya sammanhang, om klienten önskar. *“Vi jobbar ju med den här metoden KASAM”* (Informant 6), för att hjälpa klienten att finna en ny känsla av sammanhang (KASAM) utifrån sin nyktra identitet, framhåller personal. Behandlingspersonal beskriver vidare att *“våra resurser är ju jättemycket socialt kapital”* (Informant 6) som klienten kan kliva in och ta del av. En informant berättar:

[...] ditt sociala kapital kan aldrig mätas om du sitter ensam hemma. Men kommer du in i gemenskap där det blir synligt, och alla dina gåvor [...] ni kan bara gå in och ta dem och så lägger ni dit era gåvor. Och rätt som det är så kanske du en dag kommer att, när du har fått hjälp, ha hjärta för dom som sitter i samma sits och du har kommit ur det och fått ett fungerande liv [...] Då bidrar du, men första tiden kanske du bara får ta emot samtal, hjälp med boende [...] hjälp med musik och gemenskap [...] ta då, bygg starkt, men du kommer också egentligen lägga dit och tillföra. (Informant 6)

I citatet ovan beskriver behandlingspersonal att förutsättningarna till återhämtning kan finnas i det sociala sammanhang som hemmen erbjuder. Att komma in i ett nytt sammanhang och ta till vara på dem kontakterna, beskrivs kunna bidra till att återfå socialt- och fysiskt kapital (Cloud & Granfield, 2008). Detta för att om en klient ska kunna etableras till ett nytt sammanhang, beskrivs det innebära förutsättningar, så som bland annat bostad och arbete. Ytterligare faktorer som klientens ekonomi påverkar förutsättningen till fysiskt kapital; skulder kan utgöra ett hinder för bostad. Detta beskrivs av personal som olika hinder för en klients återhämtningsprocess. Behandlingspersonal beskriver vidare att det finns tillgångar i civilsamhället, som kan hjälpa människor att återetablera sig i samhället. Det fysiska kapitalet beskrivs kunna stärkas när klienten tar emot den hjälp som behandlingshemens sociala kapital erbjuder. Här illustreras klientens aktiva roll i sin återhämtningsprocess. Att klienten gör sin del, genom att ta emot de olika kapital som erbjuds. Detta för att på sikt vara en återhämtad samhällsmedborgare, enligt behandlingspersonal.

## 7. Diskussion

I nedan avsnitt kommer centrala fynd, som identifierats i resultatet att diskuteras gentemot den tidigare forskning som presenterats. Diskussionen utgår från uppsatsens två frågeställningar.

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur behandlingspersonal ser att behandlingshemmens behandlingsinsats bidrar till klientens återhämtningsprocess, för individer med substansbrukssyndrom. Uppsatsen ämnar härmed ge en förståelse för om behandling inom missbruksvården överensstämmer med klienters behov och önskemål.

Därefter diskuteras uppsatsens relevans för socialt arbete samt ges det förslag till vidare forskning utifrån uppsatsens resultat. Detta följer av en metoddiskussion, där fördelar respektive begränsningar diskuteras, utifrån uppsatsens tillämpade metod. Här framhålls också möjliga begränsningar i hur uppsatsens teoretiska utgångspunkt kan ha påverkat den analytiska processen och hur det därmed kan ha påverkat uppsatsens resultat.

### 7.1 Behandlingspersonals syn på hur den totala behandlingsinsatsen stödjer återhämtning

Den första delen av diskussionen utgår från uppsatsens första frågeställning: Hur ser behandlingspersonal att behandlingshemmens totala behandlingsinsats stödjer klienters återhämtningsprocess? Diskussionen diskuterar uppsatsens resultat gentemot både den tidigare kvalitativa och kvantitativa forskningen.

#### 7.1.1 Strukturens funktion

I den kvalitativa studien av Von Grieff och Skogens (2014) framhåller inte behandlingspersonal regelbundenhet och struktur som primärt avgörande i en behandlingsprocess. Till skillnad från klienter som ser struktur som en viktig mekanism i substansbruksbehandling (Von Grieff & Skogens, 2014). Här ses en diskrepans utifrån uppsatsens resultat och den tidigare forskningen, gällande en viktig mekanism som stödjer klientens återhämtning i behandlingsprocessen. Informanterna framhåller strukturen som primär. Strukturen ses som ett verktyg i det vardagliga arbetet som synliggör olika områden som en klient behöver bearbeta och arbeta med inom sig själv, enligt informanterna. Exempel på områden som vanligtvis framträder är avvikande normer, värderingar och social interaktion. Strukturen fyller funktionen av att klienten ”tvingas” möta sig själv och gör det svårt att fly från sig själv, enligt informanterna.

Härmed ses behandlingshemmens struktur som grunden för den totala behandlingsinsatsen, som främjar återhämtningsprocessen. Detta besvarar uppsatsens första frågeställning.

I relation till uppsatsens syfte, ses strukturen som en överensstämmelse mellan det som en klient värderar i behandlingsprocessen, kontra det som behandlingshemmen applicerar för att främja återhämtning från substansbruk. Enligt Von Grieff och Skogens (2014), menar klienter att strukturen också är viktig efter avslutad behandling. Behandlingshemmen applicerar strukturen som ett verktyg för att identifiera vad klienter behöver bearbeta för att återhämtas. Därmed bidrar strukturen till att behandlingshemmen i en högre utsträckning kan hjälpa klienten till att fokusera på att återhämta "rätt" återhämtningskapital (Cloud & Granfield, 2008), för att bibehålla återhämtningen.

Ett avslutande fynd relaterar till utfallsmått för återhämtning. Litteraturöversikten av Alves et al. (2017), visar att klienter med substansbrukssyndrom sannolikt har en större omfattning av problem, än vad som fångats av de utfallsmått som har används för att mäta återhämtning. Skuld och sorg är områden som klienter efterfrågar som utfallsmått, men som inte har inkluderats, skriver Alves et al. (2017). Genom strukturen ges klienten inplanerad tid för reflektion: i enskildhet, i samtal med personal och i grupp. På så vis möjliggör behandlingshemmen bearbetning av områden som skuld och skam. Föreliggande uppsatsresultat styrks därmed av den tidigare forskningen. Detta besvarar härmed uppsatsens första frågeställning, då återigen strukturen är grunden för den totala behandlingsinsatsen, som möjliggör bearbetning av efterfrågade områden.

### *7.1.2 Holistiskt förhållningssätt*

Hur behandlingshemmens totala behandlingsinsats stödjer klientens återhämtning, framkommer vidare i den tematiska analysens andra tema. Utifrån behandlingshemmens gemensamma syn på klienten som människa, nämligen att människan består av kropp, själ och ande. Informanterna anser det därför nödvändigt att klienten arbetar med samtliga tre dimensioner, för att få mer optimala förutsättningar till återhämtning. I den kvalitativa studien av Narciso et al. (2025) framhålls att behandlingspersonal betonar återhämtning som en funktionell- och holistisk process. Uppsatsens resultat visar därmed på en överensstämmelse med den tidigare forskningen. Informanterna anser att fokus på enbart ett eller ett par områden av människans tre dimensioner (kropp, själ och ande), inte är tillräckligt och ställer sig

därmed inte bakom ett sådant arbetssätt. Anledningen är att återhämtningsprocessen är en holistisk process och berör samtliga tre dimensioner, enligt informanterna.

I den kvantitativa studien av Valencia och Peters (2025) ses återhämtning involvera individens fysiska, beteendemässiga, psykologiska och sociala sfärer. Det kan nog likställas med behandlingshemmets tre dimensioner. Det själsliga ges i uttryck i bland annat att utveckla sunda relationer med andra samt att utveckla ett stödnätverk. Det andliga framhålls främst genom att få ett sundare förhållande till sig själv, utifrån att hen behöver förlåta sig själv, att hen är förlåten av andra medmänniskor, men också av något ”högre”. Både det kroppsliga och själsliga ingår i områden att förbättra funktions- och kommunikationsförmågan, hantera eventuella befintliga fysiska eller psykiska hälsoproblem, så som att hantera begär till exempel. Behandlingshemmets holistiska syn svarar på uppsatsens första frågeställning. Det går också i linje med vad som framkom i den klientbaserade kvantitativa studien (Valencia & Peters, 2025).

#### 7.1.2.1 Klientens inre process

Ytterligare ett fynd berör behandlingshemmets totala behandlingsinsats och avser i vilken utsträckning klienten besitter självinsikt kring sitt substansbruk. Därmed framträder även klientens ärlighet gentemot sig själv. Ärligheten berör viljan att lämna missbruket samt beredskapen att överge sin tidigare identitet och anta en ny, vilket framgår av uppsatsens resultat. Narciso et al. (2025), Owens et al. (2018), Tavakoli Ghouchani et al. (2022) samt Von Grieff och Skogens (2014) betonar vikten av klientens inre beredskap till förändring samt mottaglighet för behandling, som en förutsättning för återhämtning från substansbruk. Resultatet visar att klientens upplevelse av att ”vara klar” med sitt substansbruk, bidrar till att klienten inleder behandlingen med en vilja till förändring. Detta skapar mer gynnsamma förutsättningar för behandlingspersonal att stödja en klients återhämtningsprocess. Behandlingsinsatsens fokus kan därmed i större utsträckning inriktas på att bibehålla klientens motivation. På så sätt kan behandlingsinsatsen i högre grad riktas mot att skapa meningsfulla aktiviteter i livet utan substanser (Tavakoli Ghouchani et al., 2022).

Resultatet i föreliggande kvalitativa uppsats visar att behandlingshemmen arbetar med återhämtning utifrån ett holistiskt perspektiv, omfattande tre dimensioner. Genom att integrera dessa dimensioner täcker hemmen flera områden som klienter själva uppfattar som betydelsefulla, för en förbättrad livskvalitet i samband med återhämtning. Det överensstämmer också med Ruefli och Rogers (2004) kvalitativa studie.

### *7.1.3 Den terapeutiska alliansens funktion*

Uppsatsens resultat utifrån det tredje temat framhåller återigen hur den holistiska människosynen uttrycks i ett medlevandeskap (se 6.3), och i en allians gentemot klienten på behandlingshemmen. Förhållningssättet blir grunden för den trygghet och det förtroende som finns emellan klient och behandlingspersonal, enligt informanterna. Informanterna framhåller att denna terapeutiska allians är en grund för klientens återhämtningsprocess. Den terapeutiska alliansen är en förutsättning till att nå klientens inre värld. I tidigare forskning ses den terapeutiska alliansen också som en central mekanism. Von Grieff och Skogens (2014) kvalitativa studie och Meiers et al. (2005) litteraturöversikt, bestående av både kvalitativa och kvantitativa studier, framhåller den terapeutiska alliansens betydelse för återhämtning och återhämtningsprocessen. Meiers et al. (2005) belyser även den terapeutiska alliansens betydelse vid behandlingsstart, för engagemang och fullföljandet av insatsen. Informanterna beskriver vidare hur medlevandeskapet främjar den familjära atmosfären och den terapeutiska alliansen.

Enligt informanterna ses enskilda, par och gemensamma andliga övningar som ett behandlingsmoment som främjar den terapeutiska alliansen. Andliga övningar återfinns i en tidigare kvalitativ studie (Narciso et al., 2025), där behandlingspersonal nämner andlig vägledning som viktigt för återhämtning. I Socialstyrelsens (2019) rekommendationer av behandlingsmetoder vid substansbrukssyndrom är i första hand att erbjuda Motivational Enhancement Therapy (MET) och i andra hand Kognitiv Beteendeterapi (KBT) och Social Behaviour Network Teraphy (SBNT) bland annat. Metoderna ses som effektiva (Magill & Ray, 2009; UKATT, 2005) och uppsatsens behandlingshem använder sig bland annat av KBT i sin totala behandlingsinsats. Som tidigare nämnts, har behandlingshemmen en holistisk syn på människan: kropp, själ och ande. Här ses en diskrepans. Ovan nämnda behandlingsmetoder fokuserar främst på det själsliga, där individen primärt får rehabilitera psykologiska och beteendemässiga förändringsprocesser, genom att arbeta med motivation, kognitiva strategier och sociala stödstrukturer (Socialstyrelsen, 2018a; 2018b). Ingen av de nämnda rekommenderade behandlingsmetoderna innefattar någon andlig aspekt. Föreliggande uppsatsresultat visar på att behandlingshemmen inkluderar andliga övningar i sin holistiska behandlingsinsats. I relation till den föreliggande uppsatsens tidigare kvantitativa forskning, återfinns inte andliga aspekter och dess effekt för återhämtning från substansbruk. Andlig vägledning nämns dock som viktig i den kvalitativa forskningen

(Narciso et al., 2025). Uppsatsens resultat tillför ytterligare perspektiv av att andliga aspekter kan vara av vikt i substansbruksbehandling.

Ytterligare en aspekt på vad som kan stärka den terapeutiska alliansen, är erfarenheten av att genomgått egna utmaningar i livet, framhåller informanter. Detta kan kanske jämföras med en tidigare kvalitativ studie som säger att behandlingspersonal med egenlevd erfarenhet inom missbruk, använder det som ett verktyg i mötet med klienten (Recke & Nygård, 2025). Sammantaget besvarar det uppsatsens första frågeställning, om hur informanter ser att medlevandeskapet främjar den terapeutiska alliansen och som därigenom gynnas av den familjära atmosfären. De andliga övningarna ses här också som ett verktyg för att stärka den terapeutiska alliansen.

Miller och Moyers (2015) litteraturöversikt med primärt kvantitativa studier och Von Grieff och Skogens (2014) kvalitativa studie, framhåller vidare att den terapeutiska alliansen värderas högre än själva behandlingsmetoden. Det baseras på att förtroende och tillit är en förutsättning i behandling. Att befinna sig i en trevlig behandlingsmiljö, är också något som klienter efterfrågar i behandling (Von Grieff & Skogens, 2014). Utifrån uppsatsens första frågeställning, ses behandlingshemmens förhållningssätt av att skapa en trygg, familjär och trevlig atmosfär, som ett svar på första frågeställningen. Dessa mekanismer bidrar till att stödja klientens återhämtningsprocess. Detta kan vara en förklaring till varför behandlingshemmen lägger stort fokus på den terapeutiska alliansen. Det ses som att behandlingshemmen har förstått vikten av alliansens funktion för klientens återhämtningsprocess. Tavakoli Ghouhani et al. (2022) kvalitativa studie framhåller att brister i den terapeutiska alliansen ses som hinder för behandlingsinsatsen, och utgör därmed ett hinder för återhämtningsprocessen. Även om det är oklart om den terapeutiska alliansen har en inverkan på behandlingsresultatet på lång sikt (Meier et al., 2005), vilket denna uppsats inte syftar till eller kan uttala sig om. Mot bakgrund av detta ter sig behandlingshemmens förhållningssätt, till den terapeutiska alliansen, som främjande i den totala behandlingsinsatsen och därmed för återhämtningsskapitalen (Cloud & Granfield, 2008). Behandlingshemmens förhållningssätt överensstämmer med vad klienter själva efterfrågar i behandling, utifrån tidigare kvalitativ forskning (Tavakoli Ghouhani et al., 2022; Von Grieff & Skogens, 2014).

## 7.2 Behandlingspersonals syn på utmaningar och handlingssätt i en klients återhämtningsprocess

Den andra delen av diskussionen utgår från uppsatsens andra frågeställning: Vilka (specifika) utmaningar ser behandlingspersonal i klienters återhämtningsprocess, och hur hanteras de med behandlingsinsatsen? Diskussionen diskuterar uppsatsens resultat gentemot både den tidigare kvalitativa och kvantitativa forskningen.

### 7.2.1 Inledande diskussion

I den kvalitativa studien av Recke och Nygård (2025) lyfts återhämtning fram som en holistisk process mot förbättrad livskvalitet med stärkt identitet. Denna process kännetecknas vidare av ökad delaktighet, meningsfullhet, kontroll och tillhörighet, där stödjande relationer utgör en central del. Pettersen et al. (2023) lyfter fram i sin klientbaserade kvalitativa studie, att substansbruksbehandling bör grunda sig på ett bredare fokus. Fokuset bör inkludera psykosociala aspekter snarare än enbart ett nykterhetsfokus. Nykterheten är dock inkörsporten till “självstärkande cirklar” som främjar återhämtningskapitalen, enligt Pettersen et al. (2023). Den insamlade datan visar på att behandlingshemmen bär på ett nykterhetsfokus, men samtidigt också ett brett behandlingsfokus på de psykosociala aspekterna. Informanterna beskriver hur den totala behandlingsinsatsen främjar återhämtning utifrån bland annat fokus på strukturens funktion, återhämtning utifrån ett holistiskt förhållningssätt, klientens inre processer samt den terapeutiska alliansen funktion (se 7.1.1 och 7.1.2). Ytterligare fynd som besvarar uppsatsens andra frågeställning återfinns i det fjärde och sista temat. Nämligen de utmaningar informanterna ser för en klients återhämtningsprocess: familj och nätverk, riskfyllda relationer, behandlingens längden samt ett avslutande sekundärt fynd – olika behandlingsmål.

### 7.2.2 Familj och nätverk

I Tavakoli Ghouhani et al. (2022) kvalitativa studie och Razali et al. (2023) kvantitativa studie betonas betydelsen av familjens förståelse och engagemang samt att bristande familjestöd ofta leder till sämre återhämtning. Ytterligare en kvalitativ studie belyser familjens inverkan på klientens motivation, återhämtning och återfall (Von Greiff & Skogens, 2012). Informanterna framhåller den komplexitet som klienten står inför många gånger, i och med den bakgrund klienter ofta kommer från. Informanterna beskriver att ett återkommande hinder för klienten kan vara familj och nätverk, som

inte motiverar till att fullfölja behandling. Utan tvärtom, familj och nätverk kan sätta andra krav. Forskning visar också att självtilliten och självförtroende är en viktig länk för motivation och livskvalité (Valencia & Peters, 2025), vari familjen kan vara en påverkande faktor. Forskningen visar också att bristande självtillit och lågt självförtroende utgör hinder för återhämtningen (Tavakoli Ghouhani et al., 2022). Informanterna framför att om klienten har tvivel på sin förmåga att hantera problem, nå sina mål eller genomgå behandling, kan familjen här ha en viktig roll. Familjens viktiga funktion för en klients återhämtning, kan vara anledningen till att behandlingshemmen arbetar så specifikt med detta område. Familjens roll och dess inverkan på motivation, självtillit och självförtroende är återkommande i flertalet studier. Här styrks uppsatsens resultat baserat på både den tidigare kvalitativa (Tavakoli Ghouhani et al., 2022; Valencia & Peters, 2025; Von Greiff & Skogens, 2012) och den kvantitativa forskningen (Razali et al., 2023).

Det framkommer av den tidigare forskningen att familjen har en viktig roll i en klients återhämtningsprocess (Tavakoli Ghouhani et al., 2022; Valencia & Peters, 2025; Von Greiff & Skogens, 2012; Razali et al., 2023). Så visar även uppsatsens resultat. När familjen sätter andra krav, kan det utgöra ett specifikt hinder för klientens återhämtningsprocess, enligt informanterna. Samtidigt visar också uppsatsens data att behandlingshemmen arbetar med klientens familj och nätverk, till exempel genom trepartssamtal. Detta arbete kan förstås som en del av behandlingshemmens holistiska förhållningssätt. Då behandlingsinsatsen syftar till att främja klientens återhämtningskapital (Cloud & Granfield, 2008) genom att hantera specifika utmaningar i klientens familj och nätverk. Detta är ett svar på uppsatsens andra frågeställning nämligen; en utmaning uppstår när familjen sätter krav som inte går i linje med behandlingsinsatsen, enligt informanterna. Fyndet ses inte framkomma i den här uppsatsen tidigare forskning, oberoende forskningsmetod (Tavakoli Ghouhani et al., 2022; Valencia & Peters, 2025; Von Greiff & Skogens, 2012; Razali et al., 2023).

### *7.2.3 Riskfyllda relationer*

Informanter berättar att vid förekomsten av relationer i en klients nätverk som utgör en risk, så kallade "riskpersoner", ges klienten stöd i att utveckla strategier för stärkt autonomi och rationellt beslutsfattande, i linje med återhämtningsprocessen. Resultatet indikerar att funktionella relationer inom klientens nätverk, kan fungera som en resurs i övergången till ett nyktert liv och bidra till en högre upplevd livskvalitet (Ruefli &

Rogers, 2004). I de fall sådana relationer saknas framträder i stället en risk för lägre livskvalitet. Risken för lägre livskvalitet överensstämmer med tidigare forskning, som betonar betydelsen av sociala och ekonomiska förutsättningar, såsom boende och inkomst (Ruefli & Rogers, 2004). När familjerelationerna inte är funktionella kan behovet av en nystart på annan ort bli mer framträdande, något som även framkommer i uppsatsens data. Även om Ruefli och Rogers (2004) i sin kvalitativa studie, framhåller att klienter anser boende och inkomst som förutsättningar för återhämtning, fördjupas denna förståelse ytterligare i relation till uppsatsens resultat. Informanterna beskriver att personer i klientens nätverk som kan innebära hinder, ibland gör att ett byte av ort kan bli nödvändigt. Behandlingshemmens aktiva arbete med att klienten utvecklar funktionella relationer, kan därför förstås utifrån relationernas centrala betydelse, för att möjliggöra återhämtning. Behandlingshemmen välkomnar klienters förslag på hur hinder med hemmaplan kan bemötas, berättar informanter. Dialog om hur hinder ska hanteras kan ses som en möjlighet för klienten att forma behandlingen. Att klienten medverkar och tränas i att ta beslut, kan korreleras med en vidmakthållen återhämtning efter avslutad behandling (Valencia & Peters, 2025, Henssler et al., 2020). Detta är ytterligare ett svar på uppsatsens andra frågeställning.

Hur behandlingshemmen hanterar utmaningen, är genom att låta behandlingsinsatserna omfatta arbete med att utveckla relationer och stödnätverk inom olika sociala sammanhang. Dessa sociala sammanhang kan även sträcka sig nationellt. Genom att ta del av detta sociala kapital (Cloud & Granfield, 2008) ges klienten ökade förutsättningar för återhämtning. Även deltagande i gemenskaper kan bidra till att klienten själv blir en resurs för samhället, enligt informanterna. Behandlingshemmen möjliggör därmed en nystart genom kontakter inom bostads- och arbetsmarknaden samt stöd vid ekonomiska hinder. Informanterna beskriver att deras arbete syftar till att stärka klientens känsla av sammanhang (KASAM). Genom att erbjuda klienten förutsättningar att utveckla ett nytt KASAM, kan även de olika återhämtningsskapitalen stärkas (Cloud och Granfield, 2008). Återhämtningsskapitalen kan därmed förstås som en förutsättning för att klienten ska kunna etablera ett fungerande sammanhang, vilket därigenom främjar återhämtningsprocessen genom den totala behandlingsinsatsen.

#### 7.2.4 Behandlingslängden

Informanterna berättar ytterligare om en utmaning gällande återhämtning, nämligen längden på behandlingsinsatsen. Valencia och Peters (2025) kvalitativa studie beskriver att längden på behandlingsinsatsen bidrar till bättre självkontroll och högre självtillit, vilket resulterar i färre återfall. Detta framhåller informanterna också. En längre behandlingstid, så som sex till tolv månader, ger djupare återhämtningsmöjligheter, berättar informanterna. Behandlingslängden styrs både av begränsningar från myndigheter och utifrån klientens egen vilja att slutföra, beskriver informanter. Resultatet visar på hur informanterna uppfattar denna aspekt som så avgörande, att behandlingshemmen i vissa fall väljer att erbjuda ekonomiskt stöd, för att möjliggöra en längre behandlingstid. Ekonomiskt stöd ges i situationer där hemmen bedömer det som adekvat och när möjlighet finns. Detta stärks av den tidigare forskningen som pekar på betydelsen av tillräcklig behandlingslängd, för att uppnå en mer hållbar återhämtning (Valencia & Peters, 2025). Detta är ytterligare ett centralt fynd som svarar på uppsatsens andra frågeställning.

Som tidigare nämnts anges MET som förstahandsrekommendation och i andra hand KBT samt SBNT i Socialstyrelsens (2019) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. I relation till det sociala arbetets praktiska fält framstår uppsatsens resultat, gällande informanternas beskrivning av utmaningen kopplad till kortare behandlingslängd, som betydelsefull. Resultatet indikerar en potentiell diskrepans mellan Socialstyrelsens (2019) rekommendationer och det praktiska fältet. Diskrepansen rör vad som uppfattas vara en adekvat behandlingslängd utifrån de rekommenderade metoderna (Socialstyrelsen, 2018a; 2018b). Uppsatsens resultat visar att behandlingslängden utgör en central faktor för klientens återhämtning. Även om de rekommenderade behandlingsmetoderna visat effekt i kvantitativa studier (Magill & Ray, 2009; UKATT, 2005), visar både kvalitativ forskning (Valencia & Peters, 2025) och föreliggande uppsats, att behandlingstiden inte alltid är tillräcklig för integrering av återhämtningsskapitalen (Cloud & Granfield, 2008). En viktig aspekt att beakta är att de kvantitativa studierna mäter effekt mellan behandlingsmetoder. Det som dock inte studerats i de kvantitativa studierna, är huruvida behandlingslängden har betydelse för integreringen av återhämtningsskapitalen (Cloud & Granfield, 2008). Denna föreliggande kvalitativa uppsats kan däremot belysa att behandlingslängden framträder som en påverkansfaktor, enligt informanterna.

### 7.2.5 Sekundärt fynd - olika behandlingsmål

Ett sekundärt fynd som ses i föreliggande uppsatsresultat gäller behandlingshemmens nykterhetsfokus. I den tidigare kvalitativa forskningen, med behandlingspersonals perspektiv, framkommer att delvis återhämtning godtas (Narciso et al., 2025). Målet är att klienter ska kunna leva ett mer stabilt liv, utifrån funktionalitet och livskvalitet och inte nödvändigtvis avsaknad av återfall (Narciso et al., 2025). Här ses en diskrepans gentemot de inkluderade behandlingshemmen i föreliggande uppsats. Behandlingshemmens nykterhetsfokus godtar inte en ”delvis” återhämtning som behandlingsmål. Behandlingshemmens nykterhetsfokus medför att klienten själv bör ha ett sådant fokus, för att tillgodogöra sig den totala behandlingsinsatsen. I relation till uppsatsens andra frågeställning, ses olika behandlingsmål som en utmaning. Klienter som inte bär på ett behandlingsmål som går i linje med behandlingshemmens, kommer troligen få en utmaning med att återhämtas med stöd av behandlingshemmens totala behandlingsinsats.

### 7.3 Betydelse för socialt arbete

Föreliggande uppsatsresultat är baserat på behandlingspersonals perspektiv. Ur detta perspektiv är förhoppningen att resultaten bidrar till ytterligare förståelse för den svenska missbruksvårdens behandlingsinsatser, för socialt utsatta individer. Utifrån uppsatsens resultat, tillstyrks den diskrepans som identifierats, att den tidigare forskningen indikerat på. Det vill säga, vad klienter efterfrågar i behandlingsinsatsen för att anse sig återhämtad kontra det som behandlingspersonal framhåller. Utifrån betydelsen för det sociala arbetet, innebär resultatet att den svenska missbruksvården bör bejaka struktur och livsområden som klienten efterfrågar för att anse sig återhämtad. Resultatet visar på ytterligare två faktorer som bör bejaktas, nämligen andliga övningar och behandlingslängden. Resultatet styrker att det praktiska fältet bör bejaka struktur, livsområden, en andlig dimension samt behandlingslängden för att främja en klients återhämtning.

### 7.4 Förslag till vidare forskning

Föreliggande uppsatsresultat har visat att det finns substansbruksbehandling i Sverige som praktiserar behandlingsinsatser, utifrån vad tidigare forskning konstaterar att klienter efterfrågar. Uppsatsen har dock vissa begränsningar i form av data som

tillhandahållits av tredje part, det vill säga, från behandlingspersonal och inte klienterna själva. Detta pekar på behovet av att replikera en likvärdig studie, men utifrån ett klientperspektiv. Vidare forskning skulle därför kunna undersöka hur klienter ser att behandlingsinsatsens utformning bidrar till hens återhämtning. Detta för att verifiera uppsatsens resultat, men också för att bidra med ytterligare kunskap om substansbruksbehandling i Sverige; utifrån om Sveriges substansbruksbehandling fokuserar på vad klienter inkluderar för att anse sig återhämtad.

Samtidigt visar föreliggande uppsatsresultat att andliga aspekter i substansbruksbehandling bör bejakas. Uppsatsens urval är förhållandevis smalt, och det skulle därmed vara av värde att replikera en likvärdig studie på ett större urval, för att öka uppsatsens överförbarhet och trovärdighet. Med tanke på föreliggande uppsatsresultat väcks härmed frågan: om inte den andliga aspekten är något som bör bejakas i en större utsträckning i behandlingsinsatser för substansbruk? Här ses om möjligt föreliggande ett behov av att utforska saken vidare.

## 7.5 Metoddiskussion

Uppsatsen har utgått från en kvalitativ ansats (Bryman et al., 2025). Vilket har bidragit till att kunna studera behandlingspersonals syn på hur en behandlingsinsats främjar en klients återhämtning. Med hjälp av metoden semistrukturerade intervjuer, kan uppsatsen synliggöra likheter och skillnader i vad behandlingspersonal ser gynnar en klients återhämtningsprocess, i relation till den tidigare forskningen. Behandlingspersonal möter klienten i hans vardagliga miljö under klientens behandlingstid. Uppsatsen kan härmed uttala sig om diskrepanser utifrån behandlingspersonals perspektiv, och vad den tidigare forskningen framhåller gällande klienters återhämtningsprocess.

Det finns begränsningar i denna uppsats som bör beaktas. Nämligen att denna uppsats behandlar endast behandlingspersonals syn av behandlingsinsatsen, ur det specifika perspektivet återhämtning. Behandlingspersonal möter klienter främst under behandlingsperioden. Detta blir en begränsning, på grund av att behandlingspersonalen generellt inte kan uttala sig om återhämtning från substansbrukssyndrom på längre sikt, det vill säga att mäta någon slags effekt. I föreliggande uppsatsresultat framkommer det däremot att klienter till viss del stannar i närområden efter avslutad behandling och uppvisar återhämtning över tid. Mot bakgrund av detta ses det ändå inte relevant med

att tillämpa en kvantitativ metod, eftersom effekter inte varit uppsatsens syfte eller frågeställning.

Genom att endast studera behandlingspersonals perspektiv på klienters återhämtning, finns risk för minskad entydighet, eftersom datan inhämtas från tredje person. Resultaten från intervjuerna tolkas därvid också subjektivt, vilket enligt Alvinus et al. (2023) kan resultera i många olika tolkningar. Särskilt viktig blir denna aspekt, då det är behandlingspersonals erfarenheter som tolkas och inte erfarenheter klienterna själva besitter. Uppsatsen ämnar ge förståelse för en klients återhämtningsprocess trots avsaknad av data med förstahandsinformation, det vill säga klienten själv. Härmed kan metoden semistrukturerade intervjuer med behandlingspersonal ses som en svaghet.

Uppsatsen bidrar ändå med att ge ett värdefullt perspektiv på en klients återhämtningsprocess, genom att studera behandlingspersonals perspektiv. Den kvalitativa metoden har därmed varit användbar för att åstadkomma detta, tillskillnad från om en kvantitativ ansats tillämpats. Behandlingspersonals syn på återhämtning kan därför bidra med ytterligare kunskap om återhämtning, utifrån en specifik behandlingskontext.

Uppsatsens teoretiska utgångspunkt, teorin om återhämtningskapital (Cloud & Granfield, 2008) har bidragit till att fördjupa uppsatsens resultat om en klients återhämtning. Att utgå från en teori vars fokus är på olika återhämtningskapital, bidrar till att enklare strukturera de olika faktorer som påverkar en klients återhämtning. På ett enklare sätt kunde kategoriseringen genomföras, då en struktur av kapital redan fanns tillgänglig från start. Vidare bidrar teorin om återhämtningskapital till att förstå vilka mekanismer i en substansbruksbehandling, som bidrar till en klients återhämtning. Även om återhämtningskapital vanligtvis används i klientbaserade studier (se 4.2), möjliggör denna teoretiska utgångspunkt till att utveckla en förståelse för vad behandlingspersonal ser som verksamt, ur ett specifikt behandlingssammanhang. Det är fullt möjligt att en annan teoretisk utgångspunkt, bidragit och påverkat resultatet, då det sannolikt fått ett annat fokus i uppsatsen.

## 8. Slutsatser

Syftet med föreliggande uppsats var att undersöka hur behandlingspersonal ser att behandlingshemmens behandlingsinsats bidrar till klientens återhämtningsprocess, för individer med substansbrukssyndrom. Vidare ämnade uppsatsen att bidra med ytterligare förståelse för missbruksvårdens insatser på det praktiska fältet och dess inverkan på klientens återhämtning. Utifrån analysen av det insamlade datan kan tre centrala slutsatser identifieras, kopplat till vad som stödjer en klients återhämtningsprocess.

Den första slutsatsen berör behandlingsinsatsens struktur. Resultatet framhåller att behandlingspersonal ser att behandlingsstrukturen utgör en grundläggande mekanism i totala behandlingsinsatsen. Strukturen har funktionen att synliggöra vilka områden som en klient bör bearbeta i sin återhämtningsprocess. Mot denna bakgrund kan således behandlingspersonal stödja klienten att bibehålla fokus på att återhämta adekvata återhämtningskapital. Sammantaget överensstämmer strukturens funktion med klientens önskemål, baserat på tidigare kunskap om återhämtning.

Den andra slutsatsen som framträder är att behandlingspersonal ser återhämtning som en holistisk process. Den holistiska återhämtningsprocessen inkluderar de tre dimensionerna: kropp, själ och ande. Genom det holistiska förhållningssättet inkluderar den totala behandlingsinsatsen livsområden som klienten själv anser adekvata, för att anse sig återhämtad. I det holistiska förhållningssättet inryms även behandlingshemmens utövande av ett medlevandeskap. Medlevandeskapet ses som en grund för den familjära atmosfär och trygga miljö, som råder på behandlingshemmen. Medlevandeskapet bidrar och främjar således till att en terapeutisk allians skapas och upprätthålls. Vidare visar resultatet att den terapeutiska alliansen främjas genom behandlingshemmens olika sätt att praktisera andliga övningar. I Socialstyrelsens (2019) rekommenderade behandlingsmetoder (se 2.6) framkommer det inte uttryckligen att andliga dimensioner bejakas. Föreliggande uppsats andra slutsats är således att en holistisk återhämtningsprocess inkluderar ett bejakande av en andlig dimension, för att stödja en klients återhämtningsprocess.

Den tredje slutsatsen avser behandlingsinsatsens längd. Resultatet visar att behandlingshemmen i vissa fall anpassar behandlingstiden, exempelvis genom ekonomiskt stöd, för att möjliggöra en längre behandlingsperiod. Detta visar på vikten av flexibilitet i det praktiska behandlingsarbetet. Socialstyrelsens (2019)

rekommenderade behandlingsmetoder ses inte alltid bejaka behandlingens betydelse, för klientens möjlighet att integrera återhämtningskapital. Sammantaget framträder behandlingens längden som en potentiellt mer central mekanism i återhämtningsprocessen för klienter med substansbrukssyndrom, än vad som vanligtvis appliceras på det praktiska fältet.

## Litteraturförteckning

- Alborn, S-E., Berglund, K., Boson, K., & Gerdner, A. (2023). *Välja väg: Utredning, stöd och behandling vid alkohol- och narkotikaproblem*. Studentlitteratur.
- Alvinus, A., Borglund, A., & Larsson, G. (2023). *Tematisk analys: Din handbok till fascinerande vetenskap*. Studentlitteratur.
- Alves, P., Sales, C., & Ashworth, M. (2017). Does outcome measurement of treatment for substance use disorder reflect the personal concerns of patients? A scoping review of measures recommended in Europe. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 299–308. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.049>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5. uppl.). American Psychiatric Publishing.
- Barnett, R. (2017). Alcohol use disorders. *The Lancet*, 389(10064), 25. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32600-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32600-9)
- Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221-228. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.jsat.2007.06.001>
- Beaugard, C. A., Walley, A. Y., & Amodeo, M. (2025). Substance Use, Treatment, and Mental Health Among People Who Resolved an Addiction: Comparing Abstinent and Non-abstinent Individuals. *Journal of Drug Issues*. <https://doi.org/10.1177/00220426251315110>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage Publications.
- Brophy H., Dyson, M., & Rittenbach, K. (2022). Concept analysis of recovery from substance use. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 117-127. <https://doi.org/10.1111/inm.13066>
- Bryman, A., Foster, L., Clark, T., & Sloan, L. (2025). *Brymans Samhällsvetenskapliga metoder* (4. uppl.). Liber.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing Recovery Capital: Expansion of a Theoretical Construct. *Substance Use & Misuse*, 43(12–13), 1971–1986. <https://doi.org/10.1080/10826080802289762>
- Eddie, D., Bergman, B. G., Hoffman, L. A., & Kelly, J. F. (2022). Abstinence versus moderation recovery pathways following resolution of a substance use problem: Prevalence, predictors, and relationship to psychosocial well-being in a U.S. national sample. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 46(2), 312–325. <https://doi.org/10.1111/acer.14765>

- Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). (2005). *BMJ: British Medical Journal*, 331(7516), 541. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7516.541>
- Garber, J., & MacKillop, J. (2025). The nosology of addiction as a medical condition: a concise history and review of contemporary perspectives. *American College of Neuropsychopharmacology*, 51, 373–382. <https://doi.org/10.1038/s41386-025-02257-2>
- Gilbert, P. A., Soweid, L., Evans, S., Brown, G. D., Skinstad, A. H., & Zemore, S. E. (2024). How recovery definitions vary by service use pathway: Findings from a national survey of adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 38(8), 891–900. <https://doi.org/10.1037/adb0001026>
- Granfield, R., & Cloud, W. (2001). SOCIAL CONTEXT AND “NATURAL RECOVERY”: THE ROLE OF SOCIAL CAPITAL IN THE RESOLUTION OF DRUG-ASSOCIATED PROBLEMS. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1543–1570. <https://doi.org/10.1081/JA-100106963>
- Hennessy, E. A. (2017). Recovery capital: a systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 349–360. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1297990>
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A., & Baethge, C. (2020). Controlled drinking—non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, 116, 1973–1987. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/add.15329>
- Karlsson, L. (2022). *Psykologins grunder* (7. uppl.). Studentlitteratur.
- Kaskutas, L. A., Borkman, T. J., Laudet, A., Ritter, L. A., Witbrodt, J., Subbaraman, M., Stunz, A., & Bond, J. (2014). Elements that define recovery: The experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(6), 999–1010. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.999>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Studentlitteratur.
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516–527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304–316. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction*, 110(3), 401–413. <https://doi.org/10.1111/add.12693>
- Morse, S. J. (2004). Medicine and Morals, Craving and Compulsion. *Substance use and misuse*, 39(3), 437–460. <https://doi.org/10.1081/JA-120029985>

- Narciso, I., Albuquerque, S., & Nunes, S. (2025). Healthcare professionals' understanding of addiction, treatment and recovery. *Social Work in Health Care*, 64(6–8), 242–269. <https://doi.org/10.1080/00981389.2025.2555293>
- Owens, M. D., Chen, J. A., Simpson, T. L., Timko, C., & Williams, E. C. (2018). Barriers to addiction treatment among formerly incarcerated adults with substance use disorders. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13(19). <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0120-6>
- Pettersen, G., Bjerke, T., Hoxmark, E. M., Eikeng Sterri, N. H., & Rosenvinge, J. H. (2023). From existing to living: Exploring the meaning of recovery and a sober life after a long duration of a substance use disorder. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 40(6), 577-589. <https://doi.org/10.1177/14550725231170454>
- Razali, A., Pauzi, N., Maraya, R. A/L., Shamshudeen, R. I., Razali, N. A., & Luqman, M. (2023). Environmental Impact on Relapse and Motivation Recovery Among Drug Addicts. *Journal of Intercultural Communication*, 23(3), 28. <https://doi.org/10.36923/jicc.v23i3.122>
- Recke, L., & Nygård, M. (2025). From Lived Experience to Professional Practice: Challenges and Insights in Norwegian Addiction Treatment. *Contemporary Drug Problems*, 52(4), 467-487. <https://doi.org/10.1177/00914509251334924>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (2025). The incentive-sensitization theory of addiction 30 years on. *Annual Review of Psychology*, 76, 29–58. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-011624-024031>
- Rosenthal, R. J., & Faris, S. B. (2019). The etymology and early history of 'addiction'. *Addiction Research & Theory*, 27(5), 437–449. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1543412>
- Ruefli, T., & Rogers, S. J. (2004). How do drug users define their progress in harm reduction programs? Qualitative research to develop user-generated outcomes. *Harm Reduction Journal*, 1(8). <https://doi.org/10.1186/1477-7517-1-8>
- SFS 1968:64. Narkotikastrafflag. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/narkotikastrafflag-196864\\_sfs-1968-64/](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/narkotikastrafflag-196864_sfs-1968-64/)
- Singh, P. (2022). Blame without punishment for addicts. *Philosophia*, 50, 257–267. <https://doi.org/10.1007/s11406-021-00368-w>
- Socialstyrelsen. (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/3d56acb11f054f53bee8acb2c726428a/2019-1-16.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018a). *KBT (Kognitiv beteendeterapi)*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/kbt-kognitiv-beteendeterapi/>
- Socialstyrelsen. (2018b). *MET (Motivational Enhancement Therapy)*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och->

[regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/met-motivational-enhancement-therapy/](#)

- Tavakoli Gouchani, H., Armat, M. R., Akbari, H., Hojjat, S. K., Lashkardoost, H., Asghari, D., Gholizadeh, N., & Saadati, H. (2022). Perceived barriers to addiction treatment: An inductive qualitative content analysis. *Journal of Substance Use*, 27(5), 550–555.  
<https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1967482>
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4. uppl.). Studentlitteratur.
- Valencia, M. L. C., & Peters, B. (2025). Mediating role of self-efficacy between motivation to change and quality of life in the relapse cycle. *Journal of Substance Use*. 1-9. <https://doi.org/10.1080/14659891.2025.2460786>
- Van der Linden, M. (2015). Commentary on: Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research: Addictions as a psychosocial and cultural construction. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 145–147. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.025>
- Von Greiff, N., & Skogens, L. (2012). Processes of change during and after drug treatment, What factors are described by clients as important to initiate and maintain positive changes? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(2), 195-209. <https://doi.org/10.2478/v10199-012-0013-z>
- Von Greiff, N., & Skogens, L. (2014). The mechanisms of treatment: Client and treatment staff perspectives on change during treatment for alcohol problems. *Nordic Social Work Research*, 4(2), 129–143.  
<https://doi.org/10.1080/2156857X.2013.834840>
- Zschau, T., Collins, C., Lee, H., & Hatch, D. L. (2015). The Hidden Challenge: Limited Recovery Capital of Drug Court Participants' Support Networks. *Journal of Applied Social Science*, 10(1), 22-43.  
<https://doi.org/10.1177/1936724415589633>
- Ågren, G. (2025). Återupprätta den aktiva socialmedicinen: Återinför socialläkarna!. *Socialmedicinsk tidskrift*, 102(2), 233-236.  
<https://doi.org/10.62607/smt.v102i2.54579>

## **Bilaga 1: Intervjuguide**

### **Bakgrund:**

- Anställningstid, position/befattning, utbildning
- Hur länge du har arbetat inom missbruksvård?
- Kan du berätta om din roll på denna arbetsplats?

### **Behandlingshemmets bakgrund**

- Kan du berätta om verksamheten?
- Filosofi/vision
- Behandlingslängd
- Vilka är klienterna?

### **Behandlingens struktur:**

- Vilka behandlingsmetoder arbetar ni utefter?
- Kan du berätta om upplägget?
- Vilka är behandlingsmålen? - Vem sätter dem?

### **Uppfattningar om förändring:**

- Vad är återhämtning för dig?/er på detta behandlingshem?

### **Omständigheter som påverkar behandlingsresultat:**

- Vad anser du kännetecknar en ”lyckad” förändring?
- Vad anser du är de viktigaste förhållanden som bidrar till att en klient lyckas göra en varaktig förändring?
- Vad ser du, utifrån er behandlingsmetod, bidrar till det?
- Finns det något i behandlingsmiljön, strukturen eller metoderna som du upplever särskilt stödande för återhämtningsprocessen?
- Vad upplever du är viktigt i relationen mellan behandlingspersonal och klient för utfallet?

### **Hinder och utmaningar:**

- Av de olika hinder som kan uppkomma, vilka anser du kan försvåra en hållbar förändring för klienterna?
- Av de olika hinder som kan uppkomma, hur hanterar ni som personal dessa utmaningar?
- Finns det delar av återhämtningsprocessen som du upplever är svårare att påverka genom behandlingsmetoden?

### **När du tänker på klienter som går igenom er behandling – vilka förändringar:**

- Har du hört talas om begreppet återhämtningskapital?
- OM ja, kan du beskriva lite vad det betyder för dig?
  
- Socialt kapital:
- Upplever du att behandlingsmetoden kan påverka klienternas sociala relationer?
- På vilket sätt?  
(familj, vänner, övriga kontakter/relationer)?
  
- Fysiskt kapital:
- Upplever du att behandlingsmetoden påverkar individens livsförhållanden (bostad och ekonomi)?
- På vilket sätt?
  
- Humankapital:
- Upplever du att behandlingsmetoden påverkar klienternas självkänsla, självinsikt eller copingförmågor? (Vår minnesanteckning - Kunskaper/Färdigheter, Utbildning, möjliggör ni att klienten kan komma ut i arbetslivet, hälsa, psykiskt välbefinnande)
- På vilket sätt?
  
- Kulturellt kapital:
- Upplever du att behandlingsmetoden påverkar klienternas delaktighet i samhället? (Vår minnesanteckning - exempel arbete, studier eller fritidsaktiviteter, normer, värderingar, återintegrering)
- På vilket sätt?

## **Bilaga 2. Informationsbrev om deltagande i examensarbete**

*Metodernas roll i återhämtning från missbruk – En kvalitativ studie av  
behandlingspersonals erfarenheter*

Du tillfrågas härmed om deltagande i detta examensarbete. Examensarbetet är en kvalitativ intervjustudie med fokus på återhämtning från alkohol- och/ eller drogmissbruk genom linsen av behandlingspersonal på behandlingshem. Studien ämnar undersöka hur behandlingspersonal upplever att behandlingsmetoden bidrar till klienternas återhämtningsprocess. Studien är på en grundnivå, det vill säga en kandidatuppsatts nivå.

### **Vad innebär det för mig att delta?**

- Du medverkar i en intervju vid ett tillfälle.
- Uppskattad intervjutid på 1h – 1,5 h.
- Frågorna handlar om behandlingshemmets struktur, metoder och dess inverkan på klienternas återhämtningsprocess.
- Deltagandet är helt frivilligt och du är fri att avstå från att svara på frågor och du kan när som helst välja att avbryta utan att förklara varför.
- Du samtycker till att intervjun spelas in och sedan transkriberas av studenterna.

### **Hur hanteras mina svar?**

Jönköping University är ansvarig för studien och behandlingen av dina personuppgifter i samband med examensarbetet. Som deltagare i studien har du enligt dataskyddsförordningen (GDPR) rätt att få information om hur dina personuppgifter behandlas. Du har också rätt att ansöka om ett så kallat registerutdrag, samt att få eventuella fel rättade. Vid frågor om behandling av personuppgifter kan du i första hand vända dig till studiens kontaktpersoner. Om du tycker att dina personuppgifter behandlas felaktigt kan du lämna ett klagomål till JU:s dataskyddsombud [dso@ju.se](mailto:dso@ju.se). Du kan också lämna in klagomål direkt till Integritetsskyddsmyndigheten (IMY).

- Dina svar är anonyma genom hela forskningsprocessen, på det sätt att ingen annan än studenterna och handledare vet vad du som informant har svarat. Inga namn eller personliga uppgifter kommer att dokumenteras i uppsatsen.
- Resultaten används enbart för examensarbetets ändamål.
- Det inspelade materialet lagras säkert i ett krypterat USB-minne och raderas när projektet är färdigt (senast juni 2026 efter avslutade studier).
- Vi strävar efter konfidentialitet, det vill säga att ingen annan än studenterna själva kommer att kunna ta del av det inspelade materialet.
- När examensarbetet är godkänt och klart kommer det att arkiveras i högskolans publiceringsdatabas DiVA (Digitala vetenskapliga arkivet). DiVA är en databas där alla uppsatser och examensarbeten arkiveras i elektronisk form. Detta är ett obligatoriskt moment för alla uppsatser som skrivs.
- När examensarbetet är godkänt och klart kommer det att finnas möjlighet till publicering via högskolans publiceringsdatabas DiVA. Varpå arbetet därmed kan bli tillgängligt för allmänheten.

Deltagandet i studien är helt frivilligt, du kan avbryta när som helst utan närmare motivering.

Undersökningen kommer att presenteras i form av en uppsats vid Jönköping University.  
Ytterligare upplysningar lämnas av handledare. Kontaktuppgifter finns nedan.

Med vänliga hälsningar,  
Jönköping 11 november 2025  
Socionomstudenter: Julia Lindén och Rodhe Haslinger

Jönköpings University termin 6.  
E-post: [liju22cb@student.ju.se](mailto:liju22cb@student.ju.se), [haro23oh@student.ju.se](mailto:haro23oh@student.ju.se)

Handledare: Juliana Holeksa  
E-post: [juliana.holeksa@ju.se](mailto:juliana.holeksa@ju.se)

### Bilaga 3. Samtyckesformulär för deltagande

Samtycke till att delta i studien *Metodernas roll i återhämtning från missbruk – En kvalitativ studie av behandlingspersonals erfarenheter*

**Genom att godkänna ovan information bekräftar du att du har fått muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Du har läst och fått information om studien.**

- Du vet att deltagandet är frivilligt och får när som helst avbryta utan motivering.
- Du samtycker till att dina svar används i studien på det sätt som är beskrivet ovan.
- Du samtycker till att intervjun spelas in och transkriberas.
- Du samtycker till och har fått information om hur dina personuppgifter kommer att behandlas utifrån GDPR.

Jag får behålla den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i studien *Metodernas roll i återhämtning från missbruk – En kvalitativ studie av behandlingspersonals erfarenheter*

Plats och datum	Underskrift