



Linneuniversitetet

Institutionen för socialt arbete

Examensarbete

ADHD-problematik på behandlingshem

*En kvalitativ studie om hur socialarbetare identifierar,
behandlar och bemöter brukare med ADHD-problematik
på behandlingshem*



Författare: Rebecca Andersson
och Isabella H. Bonin

Handledare: Kerstin Arnesson

Examinator: Kristina Gustafsson

Termin: HT 2015

Kurskod: 2SA47E

Abstract

Author: Rebecca Andersson and Isabella H. Bonin

Title: ADHD in treatment centers [Translated title]

Supervisor: Kerstin Arnesson

Assessor: Kristina Gustafsson

The aim with this study was to get an understanding of how social workers on treatment centers where substance abuse occur identify ADHD among the patients and how the social workers in their daily work treat and meet patients with ADHD. The study was based on eight interviews with social workers on three different treatment centers in Sweden. The result has been analyzed with a content analysis. The theories used in this study are Howard Becker's labeling theory and equifinality and multifinality, which derive from the systems theory.

The result of the study was that the social workers do not identify ADHD among their patients, but they adjust the treatment after what needs the individual patient have. These needs are for instance need of security and predictability. These needs are being considered in the treatment in the daily work since the social workers use a treatment that consists of structure, routines and schedules. This treatment is used on every patient and is not adjusted whether a diagnosis exists or not. How the social workers meet the patients can however be different for patients with ADHD since the social workers find clearness, alliance and trust as important in the meeting with these patients. This can however differ depending on what the social workers focus on in the treatment. The social workers on one of the treatment centers focus on the substance abuse, the social workers on another treatment center focus on the disability and in one treatment center both of these are in focus.

Keywords: ADHD, substance abuse, social worker, treatment center.

Nyckelord: ADHD, substansmissbruk, socialarbetare, behandlingshem.

Förord

Detta är en kandidatuppsats skriven på Linnéuniversitetet i Växjö med hjälp av mycket vägledning och stöd från handledare och lärare. Det har varit en rolig och intressant upplevelse som har lärt oss både om uppsatsskrivande men även om samarbete och tålamod. Uppsatsen har skrivits tillsammans förutom vid transkribering av data då vi har delat upp detta mellan oss.

Vi vill främst rikta ett stort tack till vår handledare Kerstin Arnesson som ställt upp för oss i alla lägen. Hon har med sina peppande ord och sitt förtroende för oss varit ett stort stöd i uppsatsen. Hon har även med sin ärliga, konstruktiva kritik gett oss en god handledning i vilken vi har lärt oss mycket om hur en uppsats ska skrivas.

Vidare vill vi rikta ett tack till alla personer som ställt upp på intervjuer till denna uppsats. Utan dessa hade uppsatsen inte kunnat genomföras, och vi är tacksamma över deras medverkan.

Till sist vill vi rikta ett tack till personal på avdelning missbruksvård i Växjö kommun som kommit med förslag på behandlingshem att kontakta.

Växjö, januari 2016.

Rebecca Andersson

Isabella H. Bonin

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	5
1.1 PROBLEMBAKGRUND	5
1.2 PROBLEMFÖRMULERING	6
1.3 SYFTE	7
1.4 FRÅGESTÄLLNINGAR	7
2. TIDIGARE FORSKNING.....	7
2.1 UTREDNING OCH IDENTIFIERING AV ADHD HOS BRUKARE	8
2.2 BEHANDLING OCH BEMÖTANDE AV BRUKARE MED ADHD-PROBLEMATIK	9
3. TEORI	11
3.1 STÄMPLINGSTEORI	11
3.1.1 Howard Beckers stämplingsteori	11
3.1.2 Stämplingsteorin ur ett socialpsykologiskt perspektiv	13
3.2 EKVIFINALITET OCH MULTIFINALITET	14
4. METODER.....	16
4.1 KVALITATIV METOD	16
4.2 URVAL.....	17
4.3 DATAINSAMLINGSMETOD.....	18
4.4 KVALITATIV DATAANALYS	20
4.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN	21
4.6 METODDISKUSSION	23
5. RESULTAT OCH ANALYS	24
5.1 UTREDNING OCH IDENTIFIERING AV ADHD HOS BRUKARE.....	25
5.1.1 Identifiering av symptom.....	25
5.1.2 Identifiering av missbruket.....	27
5.1.3 Symptom på abstinens, stress och ADHD	28
5.1.4 Uppmärksamma och identifiera ADHD.....	29
5.2 BEHANDLING OCH BEMÖTANDE AV BRUKARE MED ADHD-PROBLEMATIK	32
5.2.1 PERSPEKTIV I BEHANDLING OCH BEMÖTANDE.....	33
5.2.2 Utformning av behandling.....	35
5.2.3 Bemötande.....	38
5.3 SAMMANFATTNING	42
6. SLUTDISKUSSION	44
KÄLLFÖRTECKNING.....	47
BILAGA 1: INFORMATIONSBREV	50
BILAGA 2: INTERVJUGUIDE	51

1. Inledning

I detta inledande avsnitt ämnar vi presentera problembakgrund följt av problemformulering, studiens syfte samt dess frågeställningar.

1.1 Problembakgrund

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) är en vanligt förekommande diagnos bland individer som har eller har haft ett substansmissbruk¹ (Matthys et al., 2014). Bland de individer som är aktuella inom den svenska missbruksvården för substansmissbruk har cirka 20 procent av dessa ADHD vilket i kombination med missbruk kan benämnas som samsjuklighet (Socialstyrelsen, 2015). Det finns en oenighet om huruvida ADHD bör eller inte bör identifieras² bland individer inom missbruksvård då Kadesjö et al. (2007) samt Matthys et al. (2014) å ena sidan menar att en ökad insikt i samt stöd och behandling³ av ADHD-problematiken kan ge dessa individer bättre förutsättningar för att ta sig ur missbruket. Det har å andra sidan visat sig vara komplext gällande identifiering av ADHD i samband med missbruksproblematik då symptomen för ADHD kan liknas med symptomen för abstinens och stress (Punzi, 2015; Michaëlsson, 2013).

I Socialstyrelsens (2014) kunskapsstöd som berör individer med ADHD betonas vikten av att skapa en gemensam kunskapsbas gällande denna funktionsnedsättning samt metoder för att kunna anpassa insatserna till dessa personer. ADHD innebär främst att individen kan ha svårigheter med uppmärksamhet, koncentration, överaktivitet och impulsivitet. Symptomen kan dock skilja sig åt mellan olika individer samt beroende på vilket skede i livet individen befinner sig i (Beckman & Fernell, 2007; Kadesjö et al., 2007). I samband med missbruksvård har brukarna sällan en fastställd ADHD-diagnos sedan tidigare. Problematiken upptäcks därför under vården av missbruket vilket gör att det är av relevans att det finns en gemensam kunskapsbas om funktionsnedsättningen (Socialstyrelsen, 2014). Begreppet ADHD-problematik kommer därför användas i denna studie då många brukare med missbruksproblematik saknar en fastställd diagnos. Detta begrepp omfattar såväl brukare med en fastställd diagnos som utan.

¹ Med begreppet missbruk avser vi i denna studie substansmissbruk som innebär missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel eller andra beroendeframkallande substanser (jmf Johansson & Wirbing, 2005)

² I denna uppsats innebär begreppet identifiering i likhet med Matthys et al. (2014) en form av uppmärksammande och bedömning.

³ Med begreppet behandling avses i denna studie åtgärder i form av stöd och struktur i vardagen och inte medicinsk behandling (jmf Kadesjö et al., 2007).

1.2 Problemformulering

Tidigare forskning visar att det har skett en ökning av neuropsykiatriska utredningar⁴ i Sverige vilket resulterat i att allt fler diagnostiseras med ADHD (Michaëlsson, 2013; Nylander, Holmqvist & Zettervall 2002). Hejlskov Elvén (2009) menar att personer med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kan ha mer eller mindre svårigheter att fungera i sin vardag, vilket kan innebära svårigheter med kommunikation, socialt samspel, förändring, konsekvenstänkande samt förståelse av sammanhang. En svårighet gällande det sociala spelet kan bli tydligt i mötet med till exempel en socialarbetare⁵ då individer med ADHD-problematik kan ge sken av att de förstår vad som beslutas, men senare få svårighet att genomföra detta (Kadesjö et al., 2007). Dessa individer kan därför vara i behov av ett särskilt bemötande som exempelvis ett låg-affektivt bemötande. Övergripande innebär detta att socialarbetaren i mötet med brukaren måste kontrollera sina känslor genom att vara avslappnad både mentalt och fysiskt. Struktur är också en central del i arbetet med dessa individer och används för att skapa en tydlighet, förutsägbarhet och förståelse för sammanhang då detta kan hjälpa brukaren att slappna av och uppleva en känsla av trygghet (Hejlskov Elvén, 2009).

Då individer med diagnosen ADHD är en växande målgrupp och det finns en oenighet om huruvida dessa ska identifieras eller ej samt om dessa är i behov av en annorlunda behandling i form av vardagsstruktur och ett specifikt bemötande anser vi att det är av relevans att fördjupa förståelsen för denna problematik. Vi kan se en kunskapslucka i vetenskaplig forskning över hur socialarbetare på behandlingshem arbetar med dessa individer och ämnar därför bidra med ny kunskap genom att genomföra kvalitativa intervjuer med yrkesverksamma socialarbetare på behandlingshem. Vi vill få en djupare förståelse för detta genom att använda oss av Beckers (2006) stämplingsteori samt begreppen *ekvifinalitet* och *multifinalitet* (Payne, 2008). Som framtida socionomer ser vi att det är av stor vikt att ha en medvetenhet och förståelse kring detta då vi troligtvis kommer möta individer med ADHD-problematik i det framtida arbetet.

⁴ Neuropsykiatrisk utredning innebär att utreda huruvida en person har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, vilka kan vara ADHD, autismspektrumstörning, Tourettes syndrom samt OCD (Nylander, Holmqvist, & Zettervall, 2002).

⁵ Med begreppet socialarbetare syftar vi i denna uppsats till alla yrkesverksamma på behandlingshem där missbruk förekommer oavsett titel eller utbildning för att underlätta läsningen. Vi avser att i vår resultatdel benämna alla våra intervjupersoner socialarbetare (jmf Aurell, 2001).

1.3 Syfte

Vårt syfte med denna studie är att få en förståelse för hur socialarbetare på behandlingshem där missbruk förekommer anser sig identifiera ADHD-problematik hos brukare. Syftet är även att få en fördjupad förståelse för hur socialarbetare upplever att behandlingen i form av vardagsstruktur ser ut för brukare med ADHD-problematik samt hur socialarbetare upplever att de bemöter dessa brukare i det dagliga arbetet.

1.4 Frågeställningar

- Hur anser socialarbetare sig identifiera ADHD-problematik hos brukare på behandlingshem där missbruk förekommer?
- Hur upplever socialarbetare att behandling i form av vardagsstruktur ser ut för brukare som har ADHD-problematik?
- Hur upplever socialarbetare att de bemöter brukare som har ADHD-problematik i det dagliga arbetet?

2. Tidigare forskning

I detta kapitel presenterar vi tidigare forskning utifrån två teman, nämligen *utredning och identifiering av ADHD hos brukare* samt *behandling och bemötande av ADHD hos brukare*. Dessa teman är genomgående i hela studien för att fördjupa förståelsen för vårt resultat och vår analys samt för att skapa en helhet och följsamhet. Vi har valt dessa teman utifrån våra frågeställningar och placerar dem i samma ordningsföljd som frågeställningarna då detta faller sig mest naturligt. Vi har dock valt att sammanbinda den andra och tredje frågeställningen under ett och samma tema då behandling och bemötande utifrån resultatet har visat sig ha en nära koppling till varandra gällande socialarbetarnas dagliga arbete. Vi har använt oss av sex vetenskapliga artiklar varav fem är internationella artiklar skrivna på engelska samt fyra doktorsavhandlingar varav en är internationell. Vi har utöver detta även använt en svensk vetenskaplig rapport. Nackdelen med artiklar och avhandlingar som är utförda i andra länder än Sverige är att dessa kan innehålla information som inte är aktuell i Sverige och kan därför vara missvisande. De flesta avhandlingar är skrivna inom psykiatriska institutioner och berör bemötande och behandling av psykiatriska sjukdomar i kombination med missbruk. Trots att avhandlingarna inte är skrivna inom socialt arbete är de relevanta för vår studie då de berör vårt forskningsämne. Vi ser en avsaknad av vetenskapligt baserad tidigare forskning som berör vårt ämne inom socialt arbete och har därför endast hittat en vetenskaplig artikel som är skriven

inom detta. Samtliga artiklar berör antingen utredning och identifiering av ADHD, behandling och bemötande av brukare med ADHD-problematik eller missbruk.

2.1 Utredning och identifiering av ADHD hos brukare

Tidigare forskning visar att allt fler vuxna vänder sig till psykiatrien då det finns en ökad önskan om att göra en neuropsykiatrisk utredning (Nylander, Holmqvist, & Zettervall, 2002; Punzi, 2015; Michaëlsson, 2013). Nylander, Holmqvist, och Zettervall visar i sin vetenskapliga artikel att majoriteten av de individer som gjort en neuropsykiatrisk utredning och fått en ADHD-diagnos även har eller har haft ett missbruk. Konstenius (2013) refererar till en studie som visar att runt 12 procent av individer som skrivs in för avgiftning har ADHD, men det är endast cirka 1.5 procent av dessa som har en ADHD-diagnos sedan tidigare. Vid identifieringen av ADHD hos missbrukare har det även upptäckts att bland personer med denna kombination är det vanligt att ha även andra symptom på psykisk sjukdom eller ohälsa (Konstenius, 2013).

Neuropsykiatriska utredningar för missbrukare problematiseras av Punzi (2015) då hon menar att symptomen för abstinens liknar kriterierna för ADHD. Hon redogör för vad droger har för påverkan på människans neuropsykiatriska funktion och menar att symptom på droganvändandet, som till exempel effekter av cannabismissbruk, kan kvarstå i flera år och därmed leda till en felaktig diagnostisering. En utvärdering där mer utreds än endast kriterierna för ADHD är således av relevans för att undvika detta, och socialarbetare bör göra en distinktion på utvärdering och diagnostisering då det förstnämnda är mer utförligt jämfört med diagnostisering som endast tar hänsyn till kriterierna för de neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna (Punzi, 2015). Ytterligare kritik mot neuropsykiatriska utredningar är att dessa kan antas vara subjektiva. Utredningar utförs av olika personer som har skilda erfarenheter och förförståelse vilket kan medföra att en individ kan få olika resultat beroende på vem som utför utredningen (Lindstrøm, 2012).

Vidare finns en risk att kön och etnicitet blir diagnostiserade i utredningarna, och många av kriterierna för ADHD kan liknas med stressrelaterade uttryck och därmed stämma in på fler än de personer som faktiskt har denna problematik (Michaëlsson, 2013). Ytterligare svårigheter med diagnostisering är att alla individer kan ha egenskaper som är utmärkande för ADHD och frågan blir därför när dessa egenskaper ses som tillräckligt *avvikande* för att en diagnos ska kunna fastställas. När en individ blir diagnostiserad innebär detta att personens egenskaper och beteende är så pass *avvikande* så den skiljer sig från det normala, och gränsen mellan vad som

är normalt och inte blir därmed tydlig (Lassinantti, 2014). Genom att allt fler tillstånd, egenskaper och beteende benämns och diagnostiseras justeras också gränserna för vad som anses vara normalt. De intervjuade kvinnorna i Lassinanttis studie beskriver diagnostiseringen av ADHD som något positivt trots att det leder till en *stämpling* som *avvikare*. Kvinnorna har sedan tidigare upplevt sig som *avvikare* i relation till andra men inte vetat varför, och genom diagnostiseringen har de därmed fått en förklaring till deras upplevelser. Samtidigt som kvinnorna inte haft ett självklart svar på varför de känt sig som *avvikare* har de självdiagnostiserat sig med ADHD, vilket precis som självmedicinering är vanligt hos individer med denna problematik (Lassinantti, 2014; Konstenius, 2013).

I Sverige sker enligt Nylander, Holmqvist, och Zettervall (2002) en neuropsykiatrisk utredning och diagnostisering inom psykiatrin av legitimerade läkare och psykologer, och således inte av socialarbetare på behandlingshem. Socialarbetare kan istället utföra en identifiering av ADHD hos brukarna (Matthys et al., 2014). För att kunna utföra denna identifiering krävs det att de yrkesverksamma har kunskap, kompetens samt instrument för detta vilket Matthys et al. (2013) menar saknas. Kunskapen kan vara av relevans då desto tidigare ADHD upptäcks hos brukarna ju bättre förutsättningar får de att komma ur missbruket samt få bättre strategier i hanteringen av problematiken (Matthys et al. 2013). Matthys et al. (2014) påtalar också att det saknas kunskap om ADHD inom övriga professioner som berör missbrukare, och ADHD blir därför många gånger inte identifierat eller behandlat på ett korrekt sätt. Det är därför viktigt att socialarbetare har kunskap om hur de ska identifiera och behandla denna problematik (Matthys et al. 2014).

2.2 Behandling och bemötande av brukare med ADHD-problematik

För att ge brukarna bättre förutsättningar i behandlingen är det av relevans att införa riktlinjer i missbruksbehandlingen då ADHD är vanligt bland vuxna missbrukare (Matthys et al., 2014). Detta kan vara av relevans då missbruket kan se annorlunda ut och vara svårare för brukare med en ADHD-diagnos jämfört med dem som inte har det (De los Cobos et al., 2011; Matthys et al., 2013; Matthys et al., 2014). De los Cobos et al. ger ett exempel på detta genom en undersökning som visar att brukare med ett kokainmissbruk och ADHD-problematik har ett större begär av kokain efter ett dygn utan, och de använder kokain mer och i större mängd än de som inte har ADHD. Matthys et al. (2014) menar att det saknas riktlinjer för denna brukargrupp, och presenterar egna riktlinjer som handlar om att erbjuda brukare inom missbruksvård en utredning för ADHD, behandling som berör både missbruket och ADHD-

problematiken samt evidensbaserad behandling för beroende då detta har visat sig effektivt för brukare med ADHD. Riktlinjerna har därefter testas i praktiken för sin användbarhet där resultatet visar att det finns attitydskillnader hos socialarbetarna beroende på deras tidigare kunskaper om ADHD. Den grupp som har en djupare kunskap om ADHD sedan tidigare anser att dessa riktlinjer är användbara, medan den grupp som saknar tidigare kunskap ifrågasätter riktlinjernas funktion (Matthys et al., 2014).

Faktorer som kan bidra till ett bra bemötande är att bemöta individen med värdighet och respekt (Cruce, 2008). Cruce påtalar vikten av att anpassa bemötandet till varje enskild individs specifika behov då detta bidrar till att individens egenvärde stärks. Bemötandet av dessa specifika behov kan vara att bemöta samsjuklighet vilket kan vara av relevans för att brukaren ska få en framgångsrik behandling i missbruksvården (Olausson, 2008). Olausson har studerat en grupp kvinnor med samsjuklighet som anser att de blir dåligt bemötta när vårdgivaren endast fokuserar på en av delarna i deras problematik och att kvinnorna känner sig avvisade när personalen endast fokuserar på deras missbruk och saknar ett helhetsperspektiv. Många av kvinnorna föredrar behandling som är kvinnspecifik framför behandling som delas med män, och upplever att de får ett sämre bemötande på grund av de fördomar som finns om kvinnliga missbrukare när behandlingen genomgås tillsammans med män. Det saknas dock entydiga resultat som visar att en kvinnspecifik behandling är mer effektiv, men Olausson påtalar att detta är något som kvinnorna verkar föredra vilket kan indikera på att det finns en skillnad mellan kvinnor och män som har samsjuklighet.

Lassinantti (2014) beskriver i likhet med Olausson (2008) att det finns fördomar om kvinnor med ADHD, som till exempel att de förväntas ha vissa egenskaper och beteende som ofta anses vanliga bland män med ADHD. Dessa fördomar kan leda till att kvinnorna får ett dåligt bemötande från allmänheten då det finns ett antagande om att alla med ADHD har liknande egenskaper och beteende och att de därmed blir bemötta på samma sätt. Detta kan upplevas som nedlåtande när kvinnorna bemöts utifrån förväntningar av att ha typiska karaktärsdrag trots att de inte har det. De kvinnor som trots allt har dessa karaktärsdrag, som exempelvis hyperaktivitet, upplever dock att dessa måste döljas på grund av samhällets stereotypa bilder av hur flickor och kvinnor bör bete sig, vilket är en annan typ av fördom. Resultatet av detta kan bli att de försöker dölja sin hyperaktivitet genom att vända den inåt, vilket kan skapa ångest och depression.

3. Teori

I detta avsnitt presenteras Howard Beckers (2006) stämplingsteori samt begreppen *ekvifinalitet* och *multifinalitet* som härstammar från von Bertalanffys generella systemteori som utvecklades under 1940- och 1950-talet (Payne, 2008; Lundsbye, 2010). Howard Becker är en sociolog som fått sitt genombrott under 1960-talet och har därefter setts som en framträdande person inom sociologin (Bryman, 2011). Beckers stämplingsteori kommer användas eftersom vi har en föreställning av att ett problem med att identifiera, behandla och bemöta brukare utifrån deras ADHD-problematik kan vara att brukarna *stämplas*, vilket ämnas problematiseras och analyseras utifrån uppsatsens resultat. För att utveckla och förstå empirin bättre kommer begreppen *ekvifinalitet* och *multifinalitet* att användas (Payne, 2008). Dessa begrepp kan i samband med stämplingsteorin vara av relevans för att förstå och analysera vårt resultat på ett adekvat sätt samt fördjupa förståelsen dels för frågeställningarna och dels för den tidigare forskningen. Stämplingsteorin kommer först presenteras i sin helhet för att därefter utvecklas genom en återkoppling till tidigare forskning och på så sätt fördjupa förståelsen för teorins betydelse i relation till denna studie. Detta kommer även genomföras med begreppen *ekvifinalitet* och *multifinalitet*. En kort beskrivning av systemteorin kommer även göras för att få en förståelse för begreppens ursprungsbetydelse. Systemteorin kommer dock inte tillämpas vidare i uppsatsen då den främsta teoretiska utgångspunkten är stämplingsteorin.

3.1 Stämplingsteori

Nedan presenteras stämplingsteorin utifrån två perspektiv varav det första utgår ifrån Howard Becker vilket kan liknas med ett sociologiskt synsätt följt av ett socialpsykologiskt perspektiv med fokusering på begreppet *internalisering*.

3.1.1 Howard Beckers stämplingsteori

Samhället och olika sociala grupper består av en uppsättning regler som kan vara såväl formella som informella. Dessa regler kan till exempel vara lagar och normer vilka förväntas följas av individerna i samhället, och om en individ bryter mot någon av dessa regler kan det ske en *etikettering* och *stämpling* av individen vilket kan leda till att denne ses som en *avvikare*. Huruvida en person ses som detta beror på i vilket sammanhang och i vilka sociala grupper denne befinner sig i då olika grupper bedömer *avvikelse* på skilda sätt. Begreppet kan definieras olika, men den definition som Becker (2006) har är likt ett sociologiskt synsätt där *avvikelse* ses som en underlåtenhet att följa gruppregler. Dock befinner sig människan hela tiden i flera

sociala grupper där det förekommer olika regler, och ett beteende som ses som *avvikande* i en grupp kan vara accepterat i en annan grupp. En individ behöver dock inte bli sedd som *avvikare* för att denne brutit mot någon av samhällets eller grupperns formella eller informella regler. *Avvikelse* kan också vara något som går att sätta en *etikett* på som till exempel en egenskap, beteende eller funktionsnedsättning. När en *avvikande* handling utförs grundar sig detta i en inre drivkraft som leder till en impuls hos individen. Detta är något de flesta individer någon gång upplevt men långt ifrån alla väljer att följa impulsen. Hur det kommer sig att alla inte följer denna och därmed utför en *avvikande* handling förklarar Becker beror på att en "normal" individ har förmågan att se konsekvenserna av impulsen innan denna genomförs och därför avstår de flesta från att lyssna på denna och undviker därmed en *avvikande* handling (Becker 2006).

Individer som identifieras med diagnosen ADHD kan ses som *avvikare* då de kan *etiketteras* och *stämplas* utifrån deras egenskaper som kan vara karaktäristiska för ADHD (Becker, 2006). Matthys et al. (2013) påtalar vikten av att identifiera ADHD hos brukare på behandlingshem då de menar att brukarna då får bättre chanser att ta sig ur missbruket. Med denna identifiering kan det dock finnas en risk att socialarbetarna sätter en *etikett* på dessa brukare vilket kan leda till att de ses som *avvikare* (Becker, 2006). Repstad (2005) ställer sig kritisk till identifieringen och menar att *etikettering* i form av att sätta en diagnos på brukare tidigt i behandlingen kan bli förödande för brukaren. En brukare som får en diagnos kan då komma att bli behandlad utifrån denna, och ifall diagnosen är inkorrekt kan brukaren därmed bli felbehandlad. Punzi (2015), Andershed och Andershed (2005) samt Michaëlsson (2013) ställer sig i likhet med Repstad kritiska till diagnostisering av ADHD. På grund av likheten mellan kriterierna för ADHD och abstinenssymptom samt stressymptom bör en utvärdering genomföras istället för att diagnostisera (Punzi, 2015; Michaëlsson, 2013). Även om en utvärdering eller identifiering utförs av socialarbetarna kvarstår dock risken att dessa *etiketteras* och *stämplas* då det grundar sig i brukarens egenskaper och beteende vilket kan resultera i att brukaren upplever sig som *utanförstående*. Becker benämner *avvikande* individer som *utanförstående* samtidigt som personen som *avviker* kan se gruppen som *stämplat* denne som *utanförstående*. Detta begrepp definierar med andra ord, enligt vår uppfattning, den individ eller grupp som inte accepterar *avvikelsen* eller instämmer i att en handling ska ses som *avvikande*. Ett exempel på detta kan vara när en missbrukare kommer till ett behandlingshem och inte längre blir ensam i sitt beteende. Individerna i denna grupp blir då inte lika påtagligt *utanförstående* eftersom en känsla av gemenskap kan uppstå när beteendet inte längre ses som *avvikande*. Detta kan även

exemplifieras med socialarbetarnas identifiering av ADHD-problematik hos brukarna då det eventuellt kan skapas en gemenskap mellan dessa brukare som leder till att de inte upplever sig som *utanförstående* (Becker, 2006).

3.1.2 Stämplingsteorin ur ett socialpsykologiskt perspektiv

De formella och informella reglerna kan vara i form av kulturella normer som finns i samhället. Dessa normer är något som människor börjar agera efter redan som barn, och därefter ta in i form av att *internalisera* det och på så sätt skapa sig en identitet. Denna *internalisering* baseras på föreställningar om de normer som finns i samhället vilka kan röra sig om vilket beteende och egenskaper varje individ ska ha (Johansson & Lalander, 2013). Johansson och Lalander ger ett exempel på hur föreställningen om rent och smutsigt kan leda till en uppfattning av att det inte anses vara rent att utföra sexuella aktiviteter utomhus. Detta beteende kan i relation till Beckers (2006) stämplingsteori därmed förstås som *avvikande* i de sociala sammanhang där denna föreställning finns. Huruvida detta ses som *avvikande* beror däremot på vilka föreställningar som finns i olika sociala grupper då dessa kan förstås leda till informella regler som kan skilja sig åt mellan olika grupper (Becker, 2006). En människa som inte har *internaliserat* en föreställning av att det till exempel inte är socialt accepterat att vara naken offentligt, kan enligt Johansson och Lalander gå runt naken utan att tycka det är konstigt. Det är först när individen börjar märka av att föreställningen finns och *internalisera* den som personen slutar med det beteende som enligt föreställningen inte är accepterat. Enligt detta socialpsykologiska tankesätt blir individer därmed *avvikare* först när de *internaliserar* en föreställning av att vissa beteenden och egenskaper inte är accepterade. Omvänt innebär detta att för att en *stämpling* ska kunna ske måste de föreställningar och normer som leder till en uppfattning av att ett beteende eller egenskap inte är accepterat vara *internaliserade* i samhället. Finns dessa föreställningar däremot inte kan en individ inte heller bli *stämplad* som *avvikare* på grund av detta (Becker, 2006; Johansson & Lalander, 2013).

Lassinantti (2014) beskriver i sin studie att speciellt kvinnor redan i barndomen uppfattar sig som *avvikare* på grund av vissa beteenden kopplade till ADHD-problematik, vilket kan innebära att de sedan tidigare *internaliserat* föreställningen av att vara *avvikare*. En föreställning som grundar sig i informella regler kan till exempel vara att flickor förväntas vara lugna snarare än hyperaktiva. Flickor som är hyperaktiva kan därför ha *internaliserat* denna föreställning och *stämplat* sig själva som *avvikare*. När dessa flickor får ADHD-problematiken

identifierad i vuxen ålder menar Lassinantti att dessa upplever en lättnad då de får svar på varför de upplevt sig som *avvikare* (Becker, 2006; Johansson & Lalander, 2013).

3.2 Ekvifinalitet och multifinalitet

Begreppen *ekvifinalitet* och *multifinalitet* har som tidigare nämnt sitt ursprung i systemteorin vilken avser olika system och kan tillämpas på såväl sociala som biologiska system. Det sociala systemet kan bestå av ett samhälle samt grupper i samhället, och är ofta öppet vilket innebär att det genom processer kan ske ett utbyte med omgivningen. Det utbyte som sker mellan system och omgivning handlar om energier, där energin först kommer in i systemet och därefter kommer till användning i det. Hur energin kommer till användning påverkar i sin tur systemets omgivning (Payne, 2008). Behandlingshemmen som berörs i denna studie kan exemplifieras som ett system där socialarbetarna och brukarna är olika delar av systemet. En form av energi kan till exempel vara att införa ett låg-affektivt bemötande som socialarbetarna förväntas tillämpa gentemot brukarna, vilket Hejlskov Elvén (2009) anser vara ett effektivt bemötande för bland annat individer med ADHD. Payne (2008) beskriver ett tillstånd av ömsesidighet inom systemet som innebär att energin kan förändra en del i systemet som därefter påverkar och förändrar systemets övriga delar, vilket i detta fall kan innebära att energin i form av låg-affektivt bemötande först förändrar socialarbetarnas arbetssätt som i sin tur påverkar brukarna. På så sätt samverkar alla systemets delar med varandra, och beroende på hur dessa samverkar kan utfallet benämnas som antingen *ekvifinalitet* eller *multifinalitet* (Payne, 2008). Systemteorin och dess syn på samhället samt grupper i samhället som system kommer inte tillämpas vidare i denna uppsats vilket medför att begreppet *ekvifinalitet* i relation till denna studie innebär att samma resultat uppnås fast utifrån olika omständigheter. Ett exempel på detta kan vara att brukarna på behandlingshemmen har skilda vardagsstrukturer och trots det uppnår samma mål som exempelvis drogfrihet. *Multifinalitet* innebär däremot att olika resultat uppnås trots liknande omständigheter och kan överfört till denna studie innebära att brukare har samma symptom, exempelvis rastlöshet och koncentrationssvårigheter, men där symptomen kan leda till olika utfall som till exempel en ADHD-diagnos eller definieras som abstinenssymptom (Payne, 2008; Punzi, 2015).

Dessa begrepp kan vara till hjälp när det kommer till att förstå diagnostisering av ADHD då det finns kritik mot detta. Dagens diagnossystem tar enligt Andershed och Andershed (2005) inte hänsyn till *ekvifinalitet* då kriterierna är homogena trots att individerna är olika. Kriterierna

beaktar därmed inte varje individs specifika egenskaper, vilka kan se olika ut hos varje individ men ge upphov till samma diagnos (Andershed & Andershed, 2005; Cicchetti & Rogosch, 1996). Som tidigare nämnt innebär *ekvifinalitet* att ett utfall kan nås genom olika tillvägagångssätt, och i detta fall kan individer ha samma diagnos men olika egenskaper som fastställer diagnosen (Cicchetti & Rogosch, 1996). Synen om att kriterierna för ADHD är homogena speglas i samhället där det finns fördomar om att alla som har ADHD är lika och därför i behov av samma insatser och bemötande. Samhällets fördomar urskiljs i Lassinanttis (2014) avhandling där hon beskriver att dessa påverkar individer med ADHD negativt då dessa förväntas ha vissa egenskaper och beteenden som samhället anser typiska för individer med ADHD. Trots att dessa individer har samma diagnos behöver de således inte ha samma behov, vilket kan förstås utifrån begreppet *ekvifinalitet* då de kan nå samma resultat genom olika vägar. Samtidigt kan begreppet *multifinalitet* förklara varför individer med samma diagnos uppnår olika resultat trots att de får samma bemötande (Payne, 2008).

Att införa riktlinjer gällande behandlingen av missbrukare med ADHD-problematik är av relevans för yrkesverksamma socialarbetare på behandlingshem enligt Matthys et al. (2014). Öquist (2008) ställer sig kritisk till användandet av handlingsplaner inom socialtjänsten eftersom *ekvifinalitet* kan vara svårt att uppnå då handlingsplaner syftar till att brukarna ska nå samma mål genom liknande metoder. Istället kan utfallet bli *multifinalitet* då handlingsplanerna är homogena, likt dagens diagnossystem, vilket kan ge olika resultat för brukarna då handlingsplanerna kan utgå från att brukarna har liknande förutsättningar, och beaktar därmed inte varje brukares specifika behov (Payne, 2008; Öquist, 2008; Cicchetti & Rogosch, 1996). De handlingsplaner som diskuteras av Öquist samt Matthys et al.'s (2014) riktlinjer kan till viss del vara jämförbara då de båda är en form av styrningsdokument som bland annat riktar sig till socialarbetare inom missbruksvård. Dokumenten kan i relation till denna studie exempelvis innefatta socialarbetares tillvägagångssätt gällande bemötandet av brukare med missbruks- och ADHD-problematik, och då dokumenten är homogena utgår dessa från att samtliga brukare med samsjuklighet har samma förutsättningar och reagerar lika på de yrkesverksammans bemötande. Detta kan liknas med Öquists kritik mot handlingsplaner där dessa inte beaktar olika individers specifika behov vilket leder till att utfallet kan förstås med begreppet *multifinalitet* vilket i relation till exemplet ovan innebär att brukarna reagerar olika på socialarbetarnas bemötande.

4. Metoder

I detta avsnitt presenteras de metoder som använts i genomförandet av studien. Först beskrivs kvalitativ metod då denna har varit den mest övergripande metoden. Därefter presenteras kvalitativa semistrukturerade intervjuer vilket varit studiens datainsamlingsmetod följt av urval där målinriktat samt strategiskt urval redogörs för. Efter urval beskrivs innehållsanalys vilket varit den metod som använts i dataanalysen. Därefter framförs de etiska överväganden som beaktats i denna studie och som avslutning på detta avsnitt kommer en diskussion föras kring de metoder som använts i en metoddiskussion.

4.1 Kvalitativ metod

Genom att ha kvalitativ metod som utgångspunkt har vi fått möjlighet att studera och få förståelse för utvalda individers normer och värderingar vilket Ahrne och Svensson (2015) menar ofta eftersträvas inom kvalitativ forskning. De normer och värderingar som studerats i denna studie har grundat sig i att få en fördjupad förståelse för yrkesverksamma socialarbetares normer och värderingar gällande missbrukare med ADHD-problematik. Den kvalitativa metoden har använts då vi önskat komma den studera målgruppen nära, vilket har gjorts genom kvalitativa intervjuer. Flexibilitet i forskningsprocessen och analysen av data har även önskats i denna uppsats vilket Ahrne och Svensson (2015), Bryman (2011) samt Patel och Davidson (2011) påtalar som centralt för den som använder sig av kvalitativ metod. Detta har dock medfört två ofrånkomliga risker vilka vi förhållit oss till. Den första risken är subjektivitet och har ett samband med den nära relationen som skapats med intervjupersonerna. Denna subjektivitet menar Bryman (2011) och Gobo (2011) kan påverka både forskaren samt intervjupersonerna och kan således urskiljas i studiens resultat, analys samt tolkning av data. Med hänsyn till detta har en reflexiv objektivitet anammats, vilket beskrivs av Kvale och Brinkmann (2009) och har för oss inneburit att vi haft en medvetenhet gällande subjektiviteten och försökt förhålla oss objektiva i relation till denna. Den reflexiva objektiviteten har även omfattat våra subjektiva antaganden som till exempel att brukare med ADHD-problematik är i behov av ett annorlunda bemötande som skulle kunna vara Hejlskov Elvéns (2009) låg-affektiva bemötande.

Den andra risken som beaktats hör samman med forskningsprocessens flexibilitet som innebär att den kvalitativa metoden kan ses som relativt ostrukturerad enligt Bryman (2011). I denna studie har det främst berört flexibiliteten i metodanvändningen vilket vi förhållit oss till med

hjälp av begreppet reliabilitet. Justesen och Mik-Meyer (2011) menar att begreppet innebär tillförlitlighet vilket betyder att de metoder som används i en studie ska vara så utförligt beskrivna att andra forskare ska kunna genomföra studien i efterhand och få samma resultat. Detta har beaktats genom att vi så utförligt som möjligt försökt beskriva våra tillvägagångssätt gällande datainsamling, urval samt dataanalys.

4.2 Urval

Frågeställningarna och syftet i denna studie handlar om att få en fördjupad förståelse för hur yrkesverksamma socialarbetare på behandlingshem arbetar med brukare som har både missbruks- och ADHD-problematik. Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) ska studiens forskningsfråga vara helt avgörande för valet av urval vilket uteslutande har avgjort vårt urval till socialarbetare på behandlingshem. Begreppet socialarbetare används då vi valt intervjupersoner med olika utbildningar och yrkestitlar. Dessa yrkestitlar är terapeut, enhetschef, timvikarie samt behandlingsassistent. Anledningen till detta urval har varit att vidga vårt urval och på sätt öka möjligheten till att få det önskade antalet intervjupersoner.

Urvalet har i denna studie genomförts med hjälp av två olika urvalsmetoder. Den första metoden är ett målinriktat urval vilken Bryman (2011) beskriver som en form av icke-sannolikhetsurval där urvalet kan ske på olika nivåer och har en koppling till forskningsfrågan. Detta har inneburit att vi genomfört urvalet på två nivåer där det första har varit val av behandlingshem och det andra val av socialarbetare på de valda behandlingshemmen. Den andra metoden är ett strategiskt urval som Jacobsen (2012) beskriver kan genomföras på flera olika sätt och benämner dessa som olika kriterium. Vi har använt oss av ett av dessa kriterium vilket är informationskriteriet. Detta har inneburit att vi sökt intervjupersoner utifrån deras kunskaper och information gällande det valda forskningsämnet med förhoppningen av att deras information är så pass god och värdefull att de kan besvara studiens frågeställningar. I likhet med Jacobsen har svårigheten med detta varit stor på grund av att vi inte helt säkert kan veta att den information intervjupersonen besitter är god och värdefull. För att ta reda på huruvida socialarbetarna har den information som efterfrågats har vi genom kontakter från närliggande professioner inom missbruksvård diskuterat detta och därefter fått rekommendationer över behandlingshem och dess yrkesverksamma, vilka kan vara aktuella och erhålla den information vi söker efter till studien.

Valet av antalet intervjupersoner har styrts av studiens tidsram samt forskningsfråga vilket enligt Silverman (2013) är av relevans i en studie. Till en början har tio till femton socialarbetare avsetts bli intervjuade på fem olika behandlingshem vilka har kontaktats över telefon via verksamhets- och enhetschefer. I telefonsamtalet med cheferna har vi presenterat oss och kortfattat redogjort för vad studien handlar om och vad dess syfte är. Därefter har cheferna blivit ombudda att välja ut två till tre intervjupersoner på respektive behandlingshem vilka besitter den information som efterfrågas. Då cheferna delvis styr valet av intervjupersoner finns risken att detta kan ha påverkat studiens resultat genom att de kan ha frångått vårt informationskriterium och valt medarbetare utefter egna kriterier, vilket i sin tur kan ha påverkat studiens resultat (Jacobsen, 2012). Cirka en vecka efter det första telefonsamtalet med cheferna har tre av dem via ett andra telefonsamtal återkommit med ett godkännande om delaktighet i studien. De har även valt ut två till tre intervjupersoner vilka de har ansett relevanta för studiens syfte. Efter godkännanden har ett informationsbrev sänts till dessa där studiens syfte och innehåll kortfattat beskrivits vilket Silverman (2013) menar ska framgå i ett informationsbrev (se bilaga 1). De övriga två cheferna som kontaktats har återkommit efter cirka två veckor och meddelat att de inte anser att de yrkesverksamma på dessa behandlingshem har den information som efterfrågas. Bryman (2011) för ett resonemang om varför bortfall kan förekomma och menar i likhet med denna studies bortfall att detta kan bero på att intervjupersonen väljer att inte delta av olika anledningar vilket i detta fall är då information och kunskap enligt cheferna saknas. Efter bortfallen har därför åtta intervjupersoner återstått vilka är uppdelade på tre behandlingshem. Ett antal intervjupersoner på sex till åtta personer är tillräckligt för att studien ska nå ett värdefullt resultat enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) såvida en jämförelse mellan dessa inte avses genomföras. Inledningsvis har ingen jämförelse avsetts genomföras mellan intervjupersonernas utsagor, men på grund av vissa olikheter mellan dessa, vilka presenteras närmare i resultatet, har en jämförelse trots allt genomförts då det har varit av relevans för studiens resultat.

4.3 Datainsamlingsmetod

Utifrån studiens syfte har vi studerat hur socialarbetare på behandlingshem där missbruksproblematik förekommer identifierar ADHD-problematik hos brukarna, hur brukarna bemöts samt hur behandlingen i form av vardagsstruktur ser ut. Det finns flera datainsamlingsmetoder att använda sig av för att besvara dessa frågeställningar, vilka kan innebära datainsamling i form av enkäter, intervjuer, observationer eller källstudier (Jacobsen, 2012; Bryman, 2011). Vi har valt att samla in data genom åtta kvalitativa intervjuer då det

enligt Jacobsen är av relevans för att ta reda på hur en viss målgrupp tolkar och förstår ett visst fenomen, vilket är centralt i denna uppsats. Då vi efterfrågar socialarbetares upplevelser ser vi datainsamling i form av intervjuer som den mest relevanta metoden eftersom vi ser svårigheter att få reda på dessa upplevelser genom till exempel observationer.

Intervjuer kan vara utformade på skilda sätt och variera i olika grader av strukturering. Vi har valt att använda oss av en semistrukturerad intervjuform vilken har en lägre grad av strukturering som Henricson och Billhult (2012) samt Bryman (2011) menar bland annat kännetecknas av att den som intervjuar använder sig av en intervjuguide med öppna frågor. Detta har inneburit att vi använt oss av en intervjuguide där frågorna har varit mer allmänt formulerade samt att frågorna har varierat i ordningsföljd för att få ett mer naturligt och avslappnat samtal (se bilaga 2; Jacobsen, 2012). I intervjuguiden har frågorna varit uppdelade i två övergripande teman vilka är *uppmärksamma och identifiera* samt *behandling och bemötande* vilka kan liknas med de teman som presenteras i tidigare forskning. Att ha teman i intervjuguiden kan enligt Bryman skapa en bättre följsamhet i samtalet.

Användningen av kvalitativa semistrukturerade intervjuer som datainsamlingsmetod har medfört både positiva och negativa konsekvenser för uppsatsen. Nackdelen med dessa har varit, i likhet med Brymans (2011) beskrivning, att vi vid vissa tillfällen frångått intervjuguiden i allt för hög grad där vissa frågor inte upplevts som relevanta och därför glömts bort. Fördelen med denna metod har däremot varit att vi har haft en viss struktur och samtidigt handlingsutrymme till eventuella följdfrågor under intervjun vilket resulterat i att vi upplevt att dessa blivit naturliga och avslappnade. Då vi har varit två studenter som författat denna studie har de åtta kvalitativa intervjuerna genomförts tillsammans. Trost (2010) påtalar att när intervjuer sker med två intervjuare medförs en risk att intervjupersonen kan uppleva sig hamna i underläge och att det därmed kan ske ett maktövertagande. Vidare menar Trost att maktövertagandet kan undvikas när intervjun endast berör intervjupersoners yrkesroll och andra uppgifter som inte anses känsliga. Trots att vårt forskningsämne och de kvalitativa intervjuerna inte riskerar maktövertagande utifrån Trost beskrivning har vi ändå haft i åtanke att intervjupersonerna kan ha upplevt sig hamna i underläge. Detta har kompensrats genom att de kvalitativa intervjuerna genomförts på respektive socialarbetares arbetsplats, det vill säga på behandlingshemmen, då vi haft en förhoppning i likhet med Jacobsen (2012) att detta är en naturlig och bekväm miljö för dessa där de inte upplever sig hamna i underläge. Detta har dock medfört en annan nackdel där intervjupersonerna kanske inte har kunnat uttrycka sig på det sätt som de hade gjort utanför sin

arbetsplats. På grund av detta har även intervjuerna vid två tillfällen blivit avbrutna av kollegor, vilket enligt Jacobsen kan ske när dessa genomförs i en naturlig miljö för intervjupersonen.

Våra kvalitativa intervjuer har tagit mellan 25-60 minuter att genomföra, vilket enligt Jacobsen (2012) är inom ramen för att tillräcklig informationsmängd ska kunna inhämtas. För att inte missa relevant information har de kvalitativa intervjuerna spelats in för att ytterligare få samtalen så naturliga som möjligt där vi även har kunnat fokusera på vad som har sagts snarare än på att anteckna. Komplikationer kan dock uppstå vid användningen av inspelningsapparater och kan enligt Jacobsen vara att inspelningsapparaten slutar att fungera och att intervjupersonen reagerar negativt över att samtalet spelas in och väljer att inte delge viktig och relevant information. Den första komplikationen har beaktats genom att vi använt oss av två inspelningsapparater. Risker angående att intervjupersonen väljer att inte delge relevant information har vi indirekt tagit hänsyn till genom att vi försökt skapa en så naturlig intervju som möjligt genom till exempel de öppna frågorna samt att intervjuerna skett i en naturlig miljö för intervjupersonerna där de känner sig bekväma.

Efter att de kvalitativa intervjuerna har genomförts har dessa transkriberats direkt eller dagen efter intervju. Transkribering är enligt Jacobsen (2012) av stor vikt i en kvalitativ studie om citat ämnas användas, vilket vi har gjort i resultat- och analysavsnittet. Silverman (2013) påtalar att transkribering av intervjuer kan ta lång tid vilket vi beaktat genom att dela upp de kvalitativa intervjuerna mellan oss och transkriberat hälften var. Vi har gjort detta genom att skriva av intervjuerna samtidigt som vi lyssnat på dem. Vi har noterat vad som sagts, när någon har skrattat eller gjort andra betydande ljud samt när det skett avbrott i intervjuerna. Vi har efter transkribering gått igenom och analyserat dessa tillsammans.

4.4 Kvalitativ dataanalys

I denna studie har data samlas in i form av kvalitativa semistrukturerade intervjuer för att efter transkribering analyseras med hjälp av innehållsanalys vilket är en vanlig metod inom kvalitativ forskning enligt Henricson och Billhult (2012). Det gemensamma och mest centrala i innehållsanalys är att data först analyseras i sin helhet och därefter delas upp och analyseras på nytt i delar som i sin tur skapar en ny helhet (Jacobsen, 2012; Henricson & Billhult, 2012). I relation till denna studie har detta inneburit att vi först analyserat de transkriberade intervjuerna separat i sin helhet flertalet gånger samtidigt som väsentliga delar i dessa markerats. Därefter

har materialet delats upp med hjälp av de markerade delarna samt studiens övergripande teman *uppmärksamma och identifiera* samt *behandling och bemötande* som en inledande uppdelning av varje transkriberad intervju. Uppdelningen har därefter fortsatt med att tematisera materialet ytterligare genom att först bilda enskilda teman för varje intervju för sedan söka efter samband mellan de olika intervjuernas teman. Detta kan liknas med Jacobsens beskrivning av hur helheten delas upp i delar då han menar att detta genomförs just för att hitta samband då ett tema i en intervju kan tänkas ha samband med ett tema i en annan, vilka då kan samlas i en sammanhängande kategori. Ett exempel på en sammanhängande kategori kan vara temat *identifiering av symptom* vilket berörs i samtliga intervjuer och på så sätt blivit en sammanhängande kategori. De sammanhängande kategorierna har därefter analyserats på nytt som en ny helhet för att få en klarhet i huruvida samband mellan intervjupersonernas utsagor förekommer eller ej.

Genom tillämpningen av denna metod har nya teman skapats där perspektiv i behandling och bemötande är ett av dessa. Jacobsen (2012) påtalar att nya teman kan förekomma för den som använder sig av innehållsanalys och att denne kan välja att endast använda sig av dessa nya teman och kategorierna eller använda dem vid sidan av de ursprungliga teman. Vi har valt att behålla de ursprungliga teman *uppmärksamma och identifiera* samt *behandling och bemötande* då dessa är mer övergripande och samtidigt använt oss av ett nytt tema som synliggjorts under analysen av de transkriberade kvalitativa intervjuerna. Innehållsanalys har varit till stor hjälp i analysen av data då vi fått en struktur gällande tillvägagångssättet av analysen. Vi har genom denna metod funnit nya teman samt tydligt kunnat urskilja när samband existerat men även när oenigheter förekommit.

4.5 Etiska överväganden

Etiska överväganden är av vikt att ha med i all forskning då risken finns att de personer som ska medverka i studien tar illa vid sig eller blir kränkta om de inte fått rätt information eller kunnat samtycka till medverkan (Jacobsen, 2012; Silverman, 2013). Vi anser att vår studie inte är aktuell för etikprövning enligt lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor eftersom studiens forskningspersoner har varit yrkesverksamma socialarbetare samt då vi inte ämnat hantera några personuppgifter. Vetenskapsrådets (2002) fyra etiska riktlinjer, informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav, har däremot noga beaktats inför och under uppsatsprocessen.

Informationskravet innebär att forskaren ska informera de personer som ska medverka i studien om syftet med denna vilket vi tagit hänsyn till genom att delge studiens deltagare ett informationsbrev, som i enighet med Silverman (2013) skrivits på ett lättbegripligt språk, där bland annat syftet med studien redogjorts för samt information angående inspelning av intervjuerna har framkommit (Vetenskapsrådet, 2002). I informationsbrevet har det därför efterfrågats dels ett samtycke om deltagande i studien och dels samtycke gällande inspelning av samtalen med hänsyn till samtyckeskravet, vilket intervjupersonerna intygat via mail eller telefonsamtal. Då Vetenskapsrådet lägger stor vikt vid samtycke till deltagande i studier har detta ytterligare efterfrågats en gång innan intervjuens start genom att upprepa intervjupersonernas rättigheter, vilka är att de har haft rätt att avbryta när de vill, rätt att inte behöva svara på alla frågor samt att allt anonymiseras (se bilaga 2; Vetenskapsrådet, 2002). Genom denna upprepning av intervjupersonernas rättigheter har konfidentialitetskravet beaktats, vilket Vetenskapsrådet menar innebär att forskaren tar hänsyn till tystnadsplikt, avidentifiering samt förvaring av uppgifter. Den fjärde och sista etiska riktlinjen är nyttjandekravet, vilket innebär att de uppgifter som framkommer i intervjuerna endast får användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Detta krav har vi tagit hänsyn till på så sätt att vi inte har använt uppgifterna i något annat ändamål utöver denna uppsats. Uppgifterna kasseras efter avslutad kurs för att garantera intervjupersonerna både nyttjandekravet och konfidentialitetskravet.

Utöver Vetenskapsrådets (2002) uppmaningar om hänsynstagande i forskningsprocessen har vi i relation till det valda forskningsämnet beaktat andra etiska överväganden gällande risker med studien. Tre tydliga risker har urskilts och beaktats där den första berör det subjektiva antagandet om att brukare som har ADHD-problematik är i behov av ett särskilt bemötande. Genom att genomföra denna studie kan vi ha riskerat att återskapa och även vidmakthålla detta antagande (jmf Mattsson, 2015). Antagandet har i sin tur skapat ytterligare en risk då detta indikerar på att vi har generaliserat individer med ADHD-problematik vilket till viss del varit nödvändigt för studiens genomförbarhet. Generaliseringen kan ha bidragit till ett återskapande och vidmakthållande av stereotypa bilder av dessa individer vilket framförallt blivit märkbart genom att vi i de kvalitativa intervjuerna ställt frågor om vad symptom på ADHD innebär för socialarbetarna (se bilaga 2). Åtgärder har därför vidtagits i form av att vi under vissa avsnitt påtalat att dessa individer är olika och har olika behov. Den sista risken är förenat med den teoretiska utgångspunkten stämplingsteorin, vilket kan ha tolkats som att vi konstruerat dessa

individer som *avvikare*. Detta har dock inte varit avsiktligt då vi snarare ämnat använda stämplingsteorin för att synliggöra riskerna med att dels identifiera ADHD-problematik hos brukare på behandlingshem och dels riskerna med att behandla och bemöta dessa annorlunda.

Den nytta vi däremot sett med studien är att ADHD i samband med missbruksvård på behandlingshem ännu har varit ett utforskat ämne, vilket kan bero på att det är ett nytt fenomen, men möjligtvis också för att risken är stor att gruppen blir utsatta och konstruerade som *avvikare* vid genomförande av studier gällande denna grupp (jmf Lassinantti, 2014). Vår förhoppning har varit att få möjlighet att bidra med ny kunskap till ämnet och genom detta kunnat väcka ett intresse för denna målgrupp inom forskning samt starta en diskussion kring huruvida ADHD-problematik ska uppmärksammas hos brukare eller ej då vi i tidigare forskning funnit en distinkt oenighet gällande detta. Av denna anledning har förhoppningen med studien varit att ge ett nytt perspektiv på frågan genom socialarbetares tankar och värderingar om detta. Vi har därför ansett att trots de risker som finns med studien väger nyttan tyngre (Hermerén, 2011).

4.6 Metoddiskussion

Då vi använt oss av kvalitativ metod som den övergripande metoden kan vi i efterhand se att metodens fördelar inte helt nyttjats till den grad som avsetts. Valet av denna metod har dels grundat sig i en önskan om flexibilitet i uppsatsprocessen vilket vi i vissa fall inte använt oss av. Detta blir som mest tydligt i hur data har analyserats där flera teman tillämpats utifrån vad tidigare forskning visar snarare än vad som framgått i intervjuerna. Därav har få nya teman formulerats. Flexibiliteten har däremot nyttjats gällande urvalsmetoden då två olika metoder kombinerats för att få det önskade urvalet. I datainsamlingsmetod har kvalitativa semistrukturerade intervjuer presenterats vilka genomförts med en intervjuguide. Denna har varit uppdelad i två övergripande teman med öppna frågor och vi har i analysen av data upptäckt att öppna frågor sällan formulerats när vi frångått intervjuguiden. Istället har frågorna ställts i ja och nej form vilket vi avsett undvika. Dock har intervjupersonerna oftast svarat utförligt på dessa frågor genom att motivera sina svar. Hade vi istället använt oss av intervjuer med en högre grad av strukturering vilka Bryman (2011) beskriver kännetecknas av ett mer strikt intervjuschema med fasta frågor skulle detta eventuellt kunnat undvikas och risken om att gå miste om relevant information minimeras.

Vi har i efterhand ifrågasatt vårt val av intervjupersoner och funderat över om resultatet skulle blivit detsamma om vi istället valt deltagare med gemensam utbildning eller yrkestitel. Detta anser vi kan vara av relevans att undersöka i framtida studier för att hitta samband eller där en eventuell jämförelse skulle kunna genomföras mellan till exempel terapeuter och behandlingsassistenter för att se huruvida dessa skiljer sig åt. Vår förväntan har varit att de yrkesverksamma på respektive behandlingshem har ett liknande arbetssätt. På grund av detta samt då antalet intervjupersoner varit begränsat till åtta socialarbetare har ingen jämförelse avsett att genomföras mellan intervjupersonernas utsagor. Trots detta har en jämförelse gjorts då utsagorna dels visat på betydande skillnader för resultatet och dels samband mellan dessa vilket har upptäckts med hjälp av innehållsanalys. Detta upplever vi i sin tur har hjälpt oss få en fördjupad förståelse för resultatet.

Risken för att vi i denna studie konstruerat gruppen individer med ADHD-problematik som *avvikare* har varit relativt stor trots goda intentioner. Genom att vi använt oss av begreppet ADHD-problematik kan detta tolkas som att vi indikerar på att ADHD är något problematiskt. Detta har dock inte varit vår avsikt, och vi ämnar ha detta i åtanke inför framtiden då vi fått förståelse för hur ett begrepp kan ha betydelse för hur ett fenomen tolkas.

Då en central del i intervjuguidens första tema har varit symptom på ADHD kan vi även ha bidragit till stereotypa föreställningar om individer med ADHD-problematik. Detta har vi dock försökt åtgärda genom att beskriva att dessa individer är olika där både symptom och behov kan skilja sig åt, vilket Lassinantti (2014) påtalar i sin avhandling. Dock utgör detta endast en liten del av uppsatsen då fokuseringen ligger på hur brukarna med denna problematik identifieras, behandlas och bemöts vilket gör att vi generaliserar dessa och på så sätt upprätthåller den stereotypa bilden. Detta tror vi hade varit svårt att undvika, men genom att formulera frågorna i intervjuguiden på ett sätt som inte utgår från en viss diagnos utan snarare utifrån ett symptom som till exempel rastlöshet eller bristande koncentrationsförmåga hade risken eventuellt kunnat minskas.

5. Resultat och analys

I detta avsnitt presenterar vi vår empiri och analyserar denna med hjälp av Beckers stämplingsteori, begreppen *ekvifinalitet* samt *multifinalitet*, tidigare forskning och övrig litteratur av Beckman och Fernell (2007), Hejlskov Elvén (2009) samt Socialstyrelsen (2015).

Detta är för att ge läsaren en fördjupad förståelse för hur socialarbetare identifierar, behandlar och bemöter brukare med ADHD-problematik på behandlingshem där missbruksproblematik existerar. Resultatet presenteras tillsammans med analys för att tydliggöra samband mellan dessa samt för att undvika upprepningar. Då intervjupersonerna har olika utbildningar och yrkestitlar kommer ingen vidare individuell presentation av dessa ske då risken för att anonymiteten röjs är stor om detta genomförs. Dessa kommer därför att benämnas som socialarbetare, intervjuperson eller yrkesverksam vilka vi har tilldelat slumpmässiga siffror, det vill säga IP⁶ 1-IP 8. De tre behandlingshemmen som intervjuerna har genomförts på benämns som A, B och C utan inbördes ordning. Resultatet och analysen presenteras utifrån de övergripande teman som framkommit i tidigare forskning för att behålla uppsatsens röda tråd samt för att göra resultatet tydligare. I dessa teman kommer dock resultatet presenteras efter såväl gamla som nya teman.

5.1 Utredning och identifiering av ADHD hos brukare

I detta avsnitt är resultatet uppdelat i fyra underrubriker, vilka är *Identifiering av symptom*, *identifiering av missbruket*, *symptom på abstinens*, *stress och ADHD* samt *uppmärksamma och identifiera ADHD*.

5.1.1 Identifiering av symptom

Matthys et al., (2013), Matthys et al. (2014) samt Olausson (2008) visar att det är av relevans att socialarbetare identifierar ADHD hos brukare för att kunna ge dem adekvat behandling och bemötande i missbruksbehandling samt att det är av relevans att socialarbetare har kunskap om ADHD för att kunna göra denna identifiering. Sju av åtta intervjupersoner i denna uppsats anser att kunskapen om ADHD är bristfällig hos de yrkesverksamma på behandlingshemmen. Samtliga intervjupersoner uppger dock att de inte identifierar ADHD hos brukarna och en av dem menar vidare att de därför inte är i behov av djupare kunskap om ämnet. Däremot ger flera av dem svar som indikerar på att de gör en bedömning av att en brukare kan tänkas ha ADHD-problematik. Ett exempel på detta är ett citat från en socialarbetare som beskriver ett bemötande som hen anser vara lämpligt för brukare med ADHD:

Som ett exempel bara i dag så skulle jag be en klient att skriva på ett papper och komma och lämna det till mig igen, så sa jag att ”du kan lämna det när du skrivit på det, så kan du komma ner och lämna det till mig”. Sen kom

⁶ IP står i denna studie för intervjuperson

jag ju på mig själv att du kan lämna det till X⁷, Y eller Z också för att hade han kommit ner och jag inte hade varit där så hade han inte lämnat det då, då hade han ju gått tillbaka och väntat, så så övertydlig måste man vara ibland.

(IP 7)

Utifrån detta citat kan det tolkas som att socialarbetaren i sitt arbete har gjort en bedömning av att brukaren kan tänkas ha ADHD och anpassat bemötandet därefter. Intervjupersonen anser att detta är ett exempel på ett vanligt bemötande för dessa brukare. Socialarbetaren anser sig dock inte identifiera ADHD hos brukarna, men citatet ger en indikation på att en bedömning sker då hen har beaktat ADHD-problematiken i mötet med brukaren. Ett ytterligare exempel på detta är en annan socialarbetare som inte anser sig göra en identifiering, men som berättar hur hen kan se att en brukare kan tänkas ha ADHD.

Hur kan jag se att någon kanske har ADHD? Alltså det är ju just när jag märker att det är svårt att hålla kontakten med dem, ”hallå, kan du fokusera?”, och som är oerhört splittrade och stressade och som alltid, om man ska åka på utflykt, aldrig är i tid och så va. (IP 3)

Socialarbetaren urskiljer egenskaper hos brukaren i form av svårigheter att fokusera och att passa tider och kopplar dessa egenskaper till symptom på ADHD. Övriga beteenden som relateras till ADHD av flertalet socialarbetare är bristande koncentrationsförmåga, svårigheter med impulsivitet samt rastlöshet. Impulsivitet är för en av socialarbetarna en central aspekt när det kommer till att bedöma om en brukare med missbruksproblematik har ADHD då hen menar att impulsivitet kan vara problematiskt för personer med samsjuklighet genom följande exempel:

”Nej, idag ska jag inte dricka.”, “Nej, är du säker på att du inte vill ha en öl?”, “Jo det vill jag.”, “Oj, varför sa jag så?”. Nej men, där finns ju impulserna också. (IP 1)

Citatet kan tolkas utifrån Beckers (2006) stämplingsteori då Becker menar att individer som har svårigheter med impulsstyrning lättare tenderar att bli *stämplad* som *avvikare* eftersom impulsen kan leda till en *avvikande* handling, vilket i citatet är ett återfall för en brukare med

⁷ X, Y, Z = namn på kollegor till IP 7

missbruksproblematik på behandlingshem. Individer med ADHD-problematik kan därför utifrån citatet tolkas ha lättare att följa impulsen då de kan ha svårt att se konsekvenserna av denna, vilket Hejlskov Elvén (2009) även påtalar (Becker, 2006). Individer som har ADHD-problematik kan således oftare bli *stämplade* som *avvikare* på grund av att de kan ha svårigheter med impulsstyrning om denna leder till en *avvikande* handling.

5.1.2 Identifiering av missbruket

Ännu ett sätt att identifiera ADHD hos brukarna utöver uppmärksammande av symptom kan vara att socialarbetarna beaktar hur missbruket ser ut för brukarna då detta enligt De los Cobos et al. (2011) kan vara svårare genom att abstinensen kan sitta i längre samt att brukarna kan ha använt droger i en större mängd. Två av socialarbetarna påtalar att de kan misstänka att en brukare kan ha ADHD ifall ett amfetaminmissbruk förekommer hos brukaren då de menar att detta kan tyda på självmedicinering. En intervjuperson ger följande exempel:

Många har ju ändå någon form utav amfetaminmissbruk om man har ADHD för det är ju den bästa självmedicinen som finns. (IP 6)

I citatet framgår att socialarbetaren tar hänsyn till vilken drog brukaren har använt eftersom hen menar att amfetamin är vanligt förekommande hos brukare med ADHD. Utöver en identifiering av vilken drog brukaren använder kan socialarbetarna enligt Matthys et al. (2014) beakta i vilken ålder brukaren har börjat missbruka då de menar att individer som har ADHD kan ha börjat med droger i tidigare ålder jämfört med dem som saknar denna problematik (Matthys et al., 2014). En av intervjupersonerna ger följande exempel på detta:

Får du, nu säger jag stämpel, får du stämpel på dig när du är 14 år gammal att du har ADHD. Ja menar de här ungarna, ja då blir det ju, de blir lite särbehandlade. De får elevassistenter, de blir annorlunda, de känner sig utanför. [...] Och vad gör de då? Ah de röker på. De börjar oftast den vägen. Och då får de den sköna känslan, den lugna känslan. De tror, de får den här falska tillhörigheten till en grupp människor. (IP 2)

Detta citat kan tolkas med hjälp av Beckers (2006) stämplingsteori då personerna som känner sig utanför kan förstås som *utanförstående*. Enligt socialarbetaren söker sig därför ungdomen till grupper där denne kan uppleva en känsla av gemenskap för att på så sätt inte behöva känna sig som *utanförstående*. Socialarbetaren påtalar vidare att ungdomar med ADHD-problematik

lätt kan bli *stämplade* som *avvikare*, och eftersom grupper enligt Becker inte *stämplar* samma beteenden som *avvikande* kan ungdomen därför söka sig till en grupp där ADHD-problematik är accepterat och således inte *stämplas*. Genom att ta hänsyn till när brukaren har börjat använda droger kan socialarbetare därmed lättare göra en bedömning av om brukaren har ADHD eller ej samt om det kan finnas en *internaliserad* föreställning hos brukaren av att de kan *stämplas* som *avvikare* (Becker, 2006). Det är nämligen enligt Johansson och Lalander (2013) först när brukaren har *internaliserat* en föreställning av att denna är *avvikare* som brukaren kan bli *stämplad* som detta.

5.1.3 Symptom på abstinens, stress och ADHD

De symptom som intervjupersonerna nämner kan enligt alla intervjupersoner utom en liknas med symptom för abstinens och stress, vilket även Michaëlsson (2013) och Punzi (2015) redogör för. Intervjupersonen som inte anser att symptomen är lika förklarar detta i nedanstående citat:

Det yttrar sig lite annorlunda. När man jobbar så här så lär man känna en person väldigt mycket. Man blir väldigt väldigt lyhörd för kroppsspråk, beteende, allt som blir, som man ser inte är den här vardagliga, den dagliga människan i den. (IP 2)

Citatet visar att intervjupersonen anser sig kunna skilja symptomen åt då hen lär känna brukarna och då symptomen inte yttrar sig likadant. En annan socialarbetare påtalar däremot att symptomen för abstinens och ADHD kan vara svåra att åtskilja.

Ibland är det också så att vi har varit ganska säkra på att hade det gjorts en utredning här så hade det funnits en diagnos, och där det sen har visats att njaa det är nog tveksamt därför att efter några veckor eller så här så är det ett helt annat beteende, en helt annan... Alltså det är mer drogrelaterat och abstinensrelaterat. (IP 4)

Citatet visar att den yrkesverksamma kan misstänka att en brukare kan uppnå kriterierna för en diagnos, men att detta kan vara felaktigt då det kan bero på såväl droger som abstinens. Fyra av intervjupersonerna menar i likhet med detta citat att symptomen som brukarna uppvisar kan bero på ett långvarigt missbruk som orsakat hjärnskador snarare än abstinens, vilket även Punzi

(2015) ger exempel på med brukare som haft ett långvarigt cannabismissbruk. Svårigheten med likheter mellan symptom för abstinens, stress och ADHD kan förstås med hjälp av begreppet *multifinalitet* då liknande symptom kan leda till olika resultat. *Multifinalitet* innebär som tidigare nämnt att trots liknande omständigheterna kan olika utfall förekomma (Payne, 2008). Relaterat till symptomen som brukarna kan uppvisa kan detta förstås som att omständigheterna i detta fall är symptomen. Dessa är lika, men kan antingen leda till slutsatsen att brukaren har abstinens, är stressad eller att brukaren har ADHD-problematik. Genom att förstå likheterna mellan symptom för olika tillstånd med hjälp av *multifinalitet* tydliggörs komplexiteten med att identifiera ADHD hos brukarna då detta inte nödvändigtvis leder till ett fastställande av en ADHD-diagnos, utan kan även resultera i att brukaren får beskedet att denne endast uppvisat symptom på det. Denna komplexitet leder vidare till frågan huruvida ADHD ska identifieras hos brukarna eller ej.

5.1.4 Uppmärksamma och identifiera ADHD

Det finns som tidigare nämnt en osäkerhet kring vad symptomen på ADHD kan bero på samt huruvida detta ska identifieras och diagnostiseras hos brukarna eller ej. En intervjuperson diskuterar diagnosens trovärdighet hos brukare med missbruksproblematik som nyligen fått ADHD utrett. Hen anser att utredningen kan ha gjorts på felaktiga grunder om brukaren inte varit helt drogfri under en längre period, och en annan intervjuperson menar att denna period måste vara minst sex månader då detta ofta krävs av en seriös utredare. En tredje socialarbetare påtalar att skadorna i hjärnan som kan uppstå från ett långvarigt missbruk kan kvarstå i upp till ett år efter att en individ blivit drogfri, vilket uttrycks nedan:

Man pratar om postakuta abstinenssymptom, alltså längre kvarliggande rehabiliteringstid för hjärnan. Det kan ju variera, det kan vara ibland uppåt halvåret, året som en del upplever så stora bekymmer av det. Och det är ju en anledning till också varför man vill ha en person drogfri en längre tid om man ska göra en utredning för att det är för mycket som kan luras helt enkelt. (IP 4)

Denna utsaga tyder på en osäkerhet kring om neuropsykiatriska utredningar är genomförbara för individer som haft ett långvarigt missbruk och varit drogfria i mindre än ett år. Detta kan liknas med Punzis (2015) resonemang som visar att eftersom symptom på ADHD kan liknas med abstinens kan det vara av relevans att genomföra utvärderingar som inte resulterar i en

diagnostisering. Intervjuperson fyra menar vidare att behovet av att göra en utredning kan minska om brukarna på behandlingshemmet får en större medvetenhet och förståelse kring sin problematik, och intervjuperson fem säger att brukaren kan lära sig hantera ADHD-problematiken utan att en utredning har gjorts. Utredningens användbarhet utifrån intervjupersonernas utsagor kan därför ifrågasättas. Intervjuperson fem beskriver vidare en ytterligare aspekt till varför utredningar kan ifrågasättas.

Så om vi skulle försöka börja sätta diverse diagnoser utöver det här med kemiskt beroende på våra patienter då kan vi ju hitta allting, det vi söker det hittar vi helt enkelt. Om vi söker efter bipolär problematik då hittar vi det för att ta ett exempel. Vi kan hitta i stort sett allting. För att det ser så märkligt ut när du har att göra med en aktiv missbrukare. (IP 5)

Citatet visar att om de yrkesverksamma letar efter en diagnos är möjligheten stor att de kommer hitta den samt att detta är särskilt problematiskt när det gäller missbrukare. Intervjupersonen ser därför att diagnostisering kan vara till nackdel i de yrkesverksammas arbete på behandlingshemmen och menar att fokuseringen flyttas från missbruksproblematik till diagnostisering. Samtidigt uppger en annan intervjuperson en nackdel med att identifiera ADHD hos individer med kombinationen ADHD-problematik och missbruk med ett exempel.

De stämplas. Det är svårare att komma in till och få läkartider, det är svårare att få en läkare att tro på att de kanske har något annat symptom än abstinens. Så visst är det svårare. Har de en stämpel att de har ADHD/missbruk bakom sig så är det mycket, mycket svårare för dem. (IP 2)

I citatet framgår att brukare kan få svårare att få läkartider då läkarna inte alltid tror att dessa har andra symptom än abstinens trots att brukarna kan ha en fastställd ADHD-diagnos. Läkarna kan utifrån intervjupersonens utsaga likt Beckers (2006) stämplingsteori förstås *stämpla* brukare med samsjuklighet genom att inte ge dem läkartider på grund av att läkarna har en förutfattad mening över vad problematiken grundar sig i. Detta kan leda vidare till att individen blir *stämplad* som *avvikare* på grund av dennes problematik och bli *etiketterad* (Becker, 2006). Ytterligare ett exempel på en svårighet med att brukare kan bli *etiketterade* framgår i ett citat från ännu en av intervjupersonerna.

Jag tycker inte om det här med att klistra etiketter i pannan på folk och säga ”du är sån och sån” för det, alltså den här sjukdomen, kemiskt beroende, den kan ju se ut som alla möjliga konstiga psykiatriska symptom. [...] Den här sjukdomen är ju världens skickligaste härmare, den härmar i stort sätt alla andra sjukdomar så det gäller att liksom koncentrera sig på att vi är här för att hjälpa patienten med hans kemiska beroende. (IP 5)

Citatet visar på en *etikettering* som enligt intervjupersonen kan grunda sig i ett kemiskt beroende, vilket kan vilseleda personen som *etiketterar* brukaren eftersom det kemiska beroendet kan likna flera sjukdomar. Sett utifrån ett socialpsykologiskt perspektiv kan dock inte brukarna bli *stämplade* som *avvikare* om de inte har *internaliserat* en föreställning av att deras beteende uppfattas som *avvikande* (Johansson & Lalander, 2013). Om brukarna inte *internaliserat* denna föreställning kan det dock tänkas att de riskerar att göra detta genom att de *etiketteras* med ADHD av de professionella. Då socialarbetarna redogör för att de inte identifierar ADHD hos brukarna kan detta tolkas som att det inte finns någon risk att brukarna *stämplas* eller *etiketteras* som *avvikare* av socialarbetarna. En av intervjupersonerna redogör dock för att en *etikettering* inte behöver uppfattas som negativ om det resulterar i en form av bekräftelse på att brukaren har ADHD. Detta beskrivs närmare i följande citat:

Fördelen [med att uppmärksamma ADHD] skulle kunna vara att patienten kanske bli tillfälligt lugnad av att veta eller ha en aning om vad det kan vara som har stört honom eller henne då i det fallet. (IP 5)

Citatet visar att brukaren kan bli tillfälligt lugnad av att veta vad problematiken grundar sig i genom en *etikettering* i form av identifiering av ADHD. Detta bekräftas även av andra intervjupersoner samt Lassinanti (2014) som redogör för diagnosens positiva verkan för brukare med ADHD-problematik då de menar att detta kan ge brukarna en förklaring till deras upplevelser av att känna sig *avvikande*. Dock ger en intervjuperson ett exempel på hur diagnostisering kan få negativa följder och beskriver detta i följande citat om en brukare som fått ADHD diagnostiserat.

Då börja hen⁸ ju vakna, hen började få kontakt med sina känslor, bli ledsen och bli gråtmild, och hen började se vad som hänt och hen hamnade i en depression då [...] Ska man väcka en människa, så det blir för mycket för hen, hen hade det kanske bättre när hen inte visste om det. (IP 8)

I citatet framgår en svårighet med diagnostisering då den enligt socialarbetaren har lett till en depression hos brukaren. I intervjuerna finns en oenighet gällande om ADHD ska identifieras eller ej, men de flesta socialarbetare anser att riskerna med att identifiera är större än fördelarna med det. Samtidigt framkommer det i Matthys et al.:s (2014) riktlinjer att brukarna ska ha rätt till att få ADHD utrett och diagnostiserat om det föreligger misstankar om detta, vilket även framgår i Socialstyrelsens (2015) riktlinjer vilken ska vara vägledande för personal som arbetar med individer med missbruk eller beroende. Alla intervjupersoner utom en är emellertid inte medvetna om att dessa riktlinjer finns, och av dessa anser två att ADHD inte ska identifieras hos brukarna medan fyra intervjupersoner ställer sig likgiltiga till om en identifiering ska ske eller ej. Det är dock en intervjuperson som är medveten om socialstyrelsens riktlinjer och som uttrycker följande:

Och hur man ska hantera samsjuklighetsklinter med neuropsykiatriskt handikapp det kan man slå upp i nationella riktlinjer, det är bara att slå efter ”så här ska man göra”. Gör man så? Nej, det gör man inte. Men det vore bra om man gjorde så, och det vore bra om man inte gjorde så här att man säger ”jaha, kalle har...”. Jag kallar alltid klinter för Kalle. ”Kalle har ADHD och här har du Ritalin. Jaha, nej det funkade inte med Ritalin då får du Elvanse”. Så, då var det färdigt. Men man behöver ju terapi också. (IP 3)

Citatet visar att intervjupersonen upplever att riktlinjerna främst fokuserar på medicinering vilket enligt hen inte är tillräckligt för en adekvat behandling. Det framgår även att socialarbetaren har en upplevelse av att de riktlinjer som finns inte efterföljs. Eftersom det i Socialstyrelsens nationella riktlinjer framgår att ADHD ska identifieras hos brukarna men då sju av intervjupersonerna inte är medvetna om dessa riktlinjer kan det besvara hur det kommer sig att socialarbetarna inte anser sig identifiera ADHD hos brukarna på behandlingshemmen.

5.2 Behandling och bemötande av brukare med ADHD-problematik

I detta avsnitt kommer resultatet likt föregående avsnitt delas in i tre underrubriker, vilka är *perspektiv i behandling och bemötande, utformning av behandling samt bemötande*.

⁸ IP säger inte hen, utan könet på personen. Vi har valt att skriva hen istället då det rör en specifik individ som inte ska kunna avidentifieras.

5.2.1 Perspektiv i behandling och bemötande

På de tre behandlingshem som denna uppsats är genomförd på har socialarbetarna i sina utsagor visat en skillnad i vilket perspektiv de har i behandlingen och bemötandet. Dessa perspektiv är att socialarbetarna har ett helhetsperspektiv på både missbruk och psykiatrisk funktionsnedsättning, endast fokuserar på missbruket samt endast fokuserar på grundproblematiken såsom eventuella funktionsnedsättningar som till exempel ADHD. På behandlingshem A anser socialarbetarna att de främst arbetar med missbruket, men att de även beaktar eventuella psykiska funktionsnedsättningar i behandlingen. Detta uttrycker en intervjuperson på behandlingshem A på följande sätt:

Innan jag börjar behandla dig [för missbruket], så måste jag först göra någon slags utredning, kartläggning, screening på vad har du för problem. Sen när vi har konstaterat vad du har för problem då vet vi ju vad vi ska jobba med. Sen måste vi ju börja komma underfund med hur vi ska jobba med det och det är ju genomförandeplanen [...] Och det ser olika ut för alla. (IP 3)

I citatet framgår att intervjupersonen utreder vilka problem brukaren kan ha för att sedan arbeta utifrån det. Detta sker individuellt då socialarbetaren menar att problematiken inte ser likadan ut för alla vilket bekräftas av samtliga socialarbetare på behandlingshem A. Citatet visar att socialarbetarna främst arbetar med missbruket, men tar hänsyn till och arbetar med eventuella psykiska funktionsnedsättningar som brukaren kan ha. Denna behandlingsform kan liknas med vad Matthys et al. (2014) och Olausson (2008) anser vara den mest effektiva behandlingen för individer med samsjuklighet vilket innebär att den yrkesverksamma uppmärksammar både missbruket och ADHD-problematiken. Detta helhetsperspektiv finns däremot endast bland socialarbetarna på behandlingshem A och saknas därför på behandlingshem B och C då de har andra perspektiv i behandlingen. På behandlingshem B fokuserar socialarbetarna på brukarnas missbruksproblematik snarare än på deras eventuella psykiska funktionsnedsättningar. En socialarbetare på detta behandlingshem menar på följande:

Alltså vi sysslar ju egentligen inte med det [identifiera ADHD], utan vi sysslar med att ta hand om det kemiska beroendet. Och om nu symptomen som vi då kanske skulle kunna misstänka går att etikettera som ADHD är någonting som har funnits innan missbruket och något som vederbörande har använt droger för att lindra eller komma ifrån, eller om det är konsekvens av missbruk, det vet vi inte. (IP 5)

Intervjupersonen menar att de inte arbetar med att identifiera ADHD, utan att de istället behandlar det kemiska beroendet vilket i detta fall är substansmissbruk. Att ta hänsyn till ADHD i behandlingen anser intervjupersonen därmed inte vara av relevans. En annan intervjuperson på samma behandlingshem uttalar sig på följande sätt:

Och naturligtvis så, det är ju ganska omgående så pratar vi också om vad är det för observationer vi ser. Och det är inte då i termer utav diagnos eller inte diagnos för att då går vi utanför våra ramar. Utan det handlar ju mer om att vilka problem tycker vi oss se hos den här personen och vad kan vi göra för att stötta den individen i det här. (IP 4)

I citatet framgår att genom att observera brukares problematik i termer av diagnoser går socialarbetaren utanför sina ramar i arbetet. Dessa ramar är således missbruksvård snarare än uppmärksammande av diagnoser som exempelvis ADHD. Däremot framgår det också i citatet att socialarbetarna stöttar brukarna i den problematik de har, men att de inte arbetar utefter det. Fokusering ligger därmed endast på missbruket i behandlingen. Intervjupersonerna på behandlingshem C har ett annat perspektiv i behandlingen då de primärt arbetar med de psykiska tillstånden och anser att missbruksproblematiken indirekt behandlas vid detta arbetssätt, och på så vis försvinner brukarens behov av att missbruka. Detta illustreras i följande citat:

Det jobbar vi inte med här [renodlade missbrukare], utan vi jobbar med grundproblematiken. Vi kan ju se många gånger har du ett psykiskt funktionshinder som du har medicinerat med alkohol och får hjälp med detta funktionshindret då eller ADHD eller vad det nu är, då får de hjälp och så behöver de ingen alkohol eller droger.

Det är precis som att vi ser att de har inte utvecklat ett missbruk. (IP 8)

I citatet framgår att intervjupersonen menar att de inte arbetar med missbruket alls samt att de brukare som bor där inte har ett, enligt intervjupersonen, "renodlat missbruk". Intervjupersonens förklaring om varför brukarna inte ses som just "renodlade missbrukare" är att de har använt alkohol eller droger som självmedicinering men inte utvecklat ett beroende. Enligt intervjupersonen arbetar de inte med brukare som har haft ett tungt missbruk, utan mer med personer som behöver hjälp för exempelvis sin ADHD-problematik. Socialarbetarna arbetar således snarare med grundproblematiken, vilken enligt ovanstående intervjuperson är psykiska funktionsnedsättningar som till exempel ADHD. Ytterligare en socialarbetare visar detta på följande sätt:

Oftast är det ju liksom, det kan ju vara någon som har ett missbruksproblem och alltså ett ganska stort men ändå så kanske inte vårt vårduppdrag just att, utan det är egentligen kanske att få dem att få struktur i sitt liv och komma in i en form av vardag liksom och då kan ju det andra [missbruket] försvinna så småningom. (IP 7)

Citatet visar att intervjupersonen upplever att en behandling bestående av struktur kan resultera i att missbruket förvinner efterhand och behövs därmed inte behandlas primärt. Dessa två citat från socialarbetarna på behandlingshem C visar följaktligen att de i behandlingen fokuserar på grundproblematiken snarare än på missbruket. Detta behandlingshem vänder sig dock inte endast till missbrukare, utan främst till personer som har en psykisk funktionsnedsättning. Socialarbetarnas arbetssätt är således adekvat i relation till målgruppen.

5.2.2 Utformning av behandling

Trots att socialarbetarna på de tre behandlingshemmen redogör för olika perspektiv i vad som behandlas nämner de liknande begrepp i vad som är centralt i behandlingen. Struktur är enligt alla intervjupersoner väsentligt gällande behandlingen av brukare både med och utan ADHD-problematik, vilket enligt Hejlskov Elvén (2009) är viktigt för individer med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Begreppet "fyrkantighet" nämner fyra av åtta intervjupersoner som centralt i behandlingen, vilket innebär att brukarna har en strukturerad vardag med ett schema som består av fasta tider och rutiner. Ännu en gemensam aspekt är scheman som förekommer på samtliga behandlingshem, och kan enligt några av intervjupersonerna vara extra viktigt för brukare med ADHD-problematik. På behandlingshem A arbetar socialarbetarna utifrån ett individanpassat arbetssätt. De har scheman som utformas efter varje brukares specifika behov och tar hänsyn till såväl missbruket som eventuella psykiska funktionsnedsättningar då de har ett helhetsperspektiv. En intervjuperson berättar:

Våra klienter mår så dåligt, många av de så att "Yay jag har duschat idag" och om man säger så här "Jippie han har duschat idag" [...] ja då är ribban där. Sen när folk mår bättre så kan man höja ribban och det är ju målsättningen med alla klienter, och ADHD-klienter i synnerhet, det är ju struktur, struktur, struktur, struktur, struktur. För är det struktur och ordning och reda, fyrkantighet så mycket som möjligt [...] Kan man utarbeta ett individuellt schema så är det bra, det är målsättningen. (IP 3)

I citatet framgår att socialarbetaren anpassar behandlingen i form av vardagsstruktur efter brukarens förutsättningar och möjligheter, samt att det centrala i behandlingen är just struktur. Detta är aktuellt för alla brukare och inte endast brukare med ADHD-problematik då socialarbetarna "lägger ribban" där brukaren befinner sig och efter deras förutsättningar, vilket

till exempel kan vara att en brukares förutsättningar kan grunda sig i om denna har ADHD-problematik. Detta bekräftas även av en annan socialarbetare på samma behandlingshem som tillägger vikten av att individanpassa behandlingen för samtliga brukare genom att dessa har individuella scheman med fasta tider och rutiner. Intervjupersonen tre redogör nedan för vikten av att individanpassa behandlingen.

Jag ser däremot en gigantisk risk med att man gör samma med alla. Tänk dig att alla som kommer in på vårdcentralen fick höger arm gipsad. Det hade varit jättebra för dem som har högerarmen bruten, men för dem som har vänsterarmen bruten eller som har en hjärtinfarkt är det inget vidare. (IP 3)

Intervjupersonen menar att risken med att arbeta på annat sätt än individanpassat är att den behandling som ges kanske inte fungerar för alla brukare då de har olika behov. Resultatet kan därför tolkas som att brukarna inte får den hjälp de behöver för att nå målet med behandlingen. På behandlingshem B har socialarbetarna dock ett kollektivt arbetssätt då bland annat terapisaftal sker i grupp samt att scheman gällande vardagsstrukturen ser likadana ut för alla. En intervjuperson beskriver det på följande sätt:

Vi jobbar ju i grupp, med gruppterapi och då sitter man ju tillsammans i en grupp [...] Alltså vi har den stora gruppen, det är hela patientkollektivet. [...] Så då gäller det att skapa största möjliga trygghet i gruppen, bygga upp ett gruppssamvete, bygga upp en grupp kärlek. (IP 5)

I citatet framgår att intervjupersonen arbetar med brukarna i grupp. Detta leder enligt intervjupersonen till trygghet, gruppssamvete och grupp kärlek vilket skapas genom att de arbetar kollektivt. En ytterligare anledning till detta arbetssätt förklarar en annan intervjuperson på samma behandlingshem i följande citat:

Vi jobbar som sagt väldigt mycket i grupp utifrån att vi är sociala varelser och alltså det här, vårt behov utav socialt samspel, vårt behov utav att vara i sammanhang. Som ju är, som jag ser, vi ser som väldigt väldigt grundläggande det här att som människor har vi ett behov att vara i ett sammanhang, och meningsfullt sammanhang. (IP 4)

I citatet framgår att socialarbetaren upplever att människor är sociala varelser och har ett behov av att befinna sig i ett sammanhang. Utformningen av behandlingen blir därmed att denna ofta sker i grupp. Intervjupersonerna på behandlingshem B påtalar dock att brukarna har en individuell behandlingsplan som justeras efter deras specifika behov, där ADHD dock inte berörs. Genom att ha en gemensam vardagsstruktur för brukarna i behandlingen kan detta

förstås med hjälp av Beckers (2006) stämplingsteori då de yrkesverksamma kan undvika att *etikettera* brukare med ADHD-problematik som *avvikare* då socialarbetarna inte särskiljer dessa brukare från dem andra. En socialarbetare på behandlingshem B förklarar hur denna ser på *etikettering* av brukare:

Jag tycker inte om det här att klistra etiketter i pannan på folk och säga ”du är sån och sån”. (IP 5)

I citatet framgår att socialarbetaren är negativ till att *etikettera* brukare till exempel med ADHD. Att *etikettera* individer med en diagnos såsom ADHD på behandlingshem ställer sig även Repstad (2005) kritisk till och menar att det kan vara negativt för brukaren då det finns en osäkerhet om beteendet grundar sig i abstinens, stress eller ADHD (Michaëlsson, 2013; Punzi, 2015). Blir brukaren *etiketterad* med diagnosen ADHD av de yrkesverksamma på behandlingshemmen genom en identifiering utifrån de karaktäristiska symptomen för ADHD kan diagnosen dock som tidigare nämnt vara felaktig då beteendet kan ha olika orsaker och leda till att brukaren får en behandling som inte är adekvat för denne (Repstad, 2005). Genom att inte erbjuda någon behandling som är specifik för individer med ADHD, vilket ingen av socialarbetarna påstår sig göra, kan denna risk tänkas minska. Socialarbetarna kan därför utifrån Beckers stämplingsteori förstås handla rätt genom att inte särskilja och *etikettera* brukare med ADHD-problematik genom en särskild behandling.

På behandlingshem C upplever socialarbetarna att de, liksom socialarbetarna på behandlingshem A, arbetar individanpassat. En intervjuperson förklarar detta på följande sätt:

Det är jätteindividuellt är det. En del har ju jättemer uppstrukturerat alltså om de jobbar till exempel, om det ingår i vårduppdraget att de ska ha sysselsättning så då har vi ju en verkstad som de går och jobbar i. De har ju ett schema, alla klienter som bor här har ju ett schema som de följer och en del har ingen egentligen. Kanske tränar lite någon gång på dagen och det är ju jätteolika verkligheten. (IP 7)

Intervjupersonen menar att beroende på hur vårduppdraget ser ut skiljer sig även schemat åt. Det vårduppdrag som intervjupersonen menar att de får innebär att den huvudman som ansvarar för att brukarna kommer till behandlingshemmet skickar med ett vårduppdrag till personalen där brukarnas förutsättningar till exempel kan vara beskrivet. Vårduppdraget ligger därför till grund för hur behandlingen ska utformas på behandlingshemmet, det vill säga hur socialarbetarna ska behandla brukarna. Socialarbetarna beskriver att behandling ofta består av en vardagsstruktur som enligt dem är fyrkantig, regelbunden och individanpassad. Brukarna har

ett veckoschema som de följer vilka är individuella och omfattar alla vardagar. Ytterligare en intervjuperson talar om hur vardagsstrukturen kan se ut för brukarna:

Vi har ju ganska fasta rutiner liksom det är ju ändå det viktigaste för folk som har psykiska funktionsnedsättningar.

Alltså rutiner är väldigt viktigt. Framförallt i ADHD och då har vi ju som sagt vårt fasta schema och våra fasta tider. Aktiviteter är en ganska stor del av det hela. Men som sagt var mycket rutiner och struktur det är ju liksom det viktigaste i vår verksamhet. (IP 6)

Intervjupersonen menar här att rutiner och struktur är det mest centrala i behandlingen av brukare på behandlingshem C. De har som tidigare nämnt ett perspektiv främst på psykiska funktionsnedsättningar snarare än på missbruk, vilket även framkommer i detta citat. Intervjupersonen anser att rutiner i form av fasta tider är viktigt framförallt för individer med ADHD-problematik. Intervjupersonen pratar även främst om hur brukare med psykiska funktionsnedsättningarna ska behandlas snarare än brukare med missbruksproblematik.

Då behandlingen på samtliga behandlingshem skiljer sig åt kan detta förstås med begreppet *ekvifinalitet* då brukarna på de tre olika behandlingshemmen når samma resultat genom olika tillvägagångssätt (jmf Payne, 2008). Resultatet blir exempelvis att brukarna når drogfrihet samt lär sig hantera ADHD-problematiken trots att behandlingen skiljer sig åt. Detta visar att brukare med samsjuklighet kan uppnå samma resultat genom olika, i detta fall tre, behandlingar snarare än att de är i behov av en och samma behandling. Motsatsen till detta kan vara om behandlingen skulle se likadan ut på alla behandlingshem, men leda till att brukarna inte når samma mål vilket *multifinalitet* som tidigare nämnt innebär. Skulle brukarna däremot få samma behandling och nå samma mål uppfyller detta varken *ekvifinalitet* eller *multifinalitet*, vilket det kan tolkas som att socialarbetarna på behandlingshem B strävar mot (Payne, 2008).

5.2.3 Bemötande

Socialarbetarna nämner vissa gemensamma delar som de anser vara centrala i bemötandet för samtliga brukare på behandlingshemmen. Dessa är tydlighet, ärlighet och respekt vilket kan liknas med Cruces (2008) beskrivning av ett bra bemötande där ytterligare en central del är att bemöta individen utefter dennes specifika behov för att stärka brukarens egenvärde. Utifrån socialarbetarnas utsagor kan det tolkas som att detta endast sker på behandlingshem A och C då de arbetar individanpassat. Samtliga intervjupersoner menar att de bemöter brukarna på ett sätt som de anser vara lämpligt för just den individen och efter vad socialarbetarna bedömer att

brukaren är i behov av för bemötande. Utöver dessa gemensamma avseenden i vad som anses vara ett bra bemötande skiljer sig socialarbetarnas utsagor åt om vad ett bra bemötande är för brukare med ADHD-problematik. En gemensam aspekt som en socialarbetare på varje behandlingshem redogör för är dock vikten av att hålla löften. De menar att när det kommer till brukare med ADHD-problematik är det viktigt att inte lova något som inte kan hållas.

Socialarbetarna på behandlingshem B skiljer sig åt från behandlingshem A och C då de inte tar hänsyn till brukare med ADHD-problematik genom att de i deras utsagor menar att dessa brukare inte är i behov av ett annorlunda bemötande. Däremot ger de svar som visar att de trots allt gör en bedömning av vad brukarna kan tänkas vara i behov av för bemötande vilket framgår i följande citat:

Det kan skilja sig i bemötandet, och det kan skilja, men det har inte heller bara med ADHD eller inte ADHD och göra, utan man kan ju. Sånt får vi alltid vara vaksamma på. [...] Så överlag kan jag väl säga att det är inte så att vi särskiljer så himla mycket någon person för att det finns en ADHD-diagnos. Utan det ligger ganska grundläggande i bemötandet. Man kanske får tänka extra mycket på vissa saker. Men det är personer. (IP 4)

Intervjupersonen menar här att bemötandet kan skilja sig åt mellan brukarna, men detta är oberoende om de har en ADHD-diagnos eller ej. Socialarbetarna på behandlingshem B tar således endast hänsyn till missbruksproblematiken och menar att det grundläggande bemötandet är adekvat även för brukare med ADHD-problematik. Förutsättningar för ett bra bemötande är enligt socialarbetarna på behandlingshem B ärlighet, tillit och respekt, vilket en av dessa menar finns i det grundläggande bemötandet. Intervjuperson fem beskriver deras bemötande som allmänt och gemensamt mot alla, och svarar följande på frågan hur bemötandet kan se ut:

Acceptans, och inget dömande överhuvudtaget. Hur skitig, trasig, eländig och kanske till och med illaluktande vederbörande än är, så ska han ha en chans och få hjälp. (IP 5)

Intervjupersonen menar att bemötandet sker utifrån principen acceptans och att ingen ska särskiljas på grund av hur individen i fråga ser ut eller beter sig. Detta kan förstås utifrån Beckers (2006) stämplingsteori då socialarbetarna upplever att de inte särskiljer och *stämplar* brukarna utifrån deras beteende och förutsättningar. Behandlingshemmet kan förstås vara en social grupp, där de formella och informella regler som finns avgör huruvida en person ska ses som *avvikare* eller ej. Går socialarbetarna efter regler om acceptans och icke dömande blir dessa regler som brukarna och övrig personal förväntas efterfölja, och brukarna har därför en

mindre risk att ses som *avvikare* då de inte bryter mot några formella eller informella regler som kan finnas i den sociala grupp de befinner sig i.

Intervjupersonerna på behandlingshem A beskriver till skillnad från intervjupersonerna på behandlingshem B hur bemötandet kan anpassas för brukare med ADHD-problematik. De ger inga gemensamma svar på vad som är centralt i bemötandet förutom att det ska individanpassas utefter vad brukarna har för behov. Detta visar en intervjuperson på frågan om bemötandet kan skilja sig åt mellan brukarna.

Om man tittar på någon som har schizofreni till exempel, så kan du ju inte gå in på samma sätt på den personen som du gör med en som har ADHD. Så visst skiljer bemötandet. Och det är det jag liksom menar med att man måste titta på individens förutsättningar. Så visst skiljer det, det gör det absolut. (IP 2)

I citatet framgår att socialarbetarens bemötande skiljer sig åt gentemot brukarna beroende på vad de har för problematik eller diagnos. På behandlingshem A har socialarbetarna som tidigare nämnt ett helhetsperspektiv i behandlingen, och i detta citat framgår att de tar hänsyn till såväl brukarnas psykiska funktionsnedsättning som till deras övriga förutsättningar. Det bästa sättet att göra detta på är enligt en av intervjupersonerna genom att skapa en allians med brukarna. Detta förklaras på följande sätt:

Så därför går jag ofta ner och sätter mig i soffan och så sitter jag bredvid en klient i soffan och tittar på tv och sen så börjar han prata med mig och sen så börjar jag prata med honom och då får vi en allians och då kan jag börja fråga honom om ”du, har du lust att snacka med mig?”, och då ökar chansen dramatiskt att han vill prata med mig.
[...] Det är bemötandet. Skapa allians. För har du ingen allians så har du ingenting att jobba med. (IP 3)

Intervjupersonen förklarar att skapandet av en allians med brukarna är centralt i bemötandet för att brukarna ska vilja prata med socialarbetarna och på så sätt få förtroende för dem. Detta visar att socialarbetarna tar hänsyn till brukarnas förutsättningar och egen vilja. Samma intervjuperson menar vidare att ett bra bemötande för brukare med ADHD-problematik är att vara konkret.

Det är viktigt att man är väldigt konkret. ”Frukost klockan 9”. ”JA vi åker på kioskrunda klockan 2”. ”NEJ, du får inte klädbidrag för 3000”, inte ”det skulle vara bra om du steg upp klockan 8”, ”vi ska se hur vi kan göra med klädbidraget”. [...] Sen tror jag att den typen av tydlighet är bra för alla klienter men när det gäller just ADHD och ännu mer med asperger, där gäller det att vara jättejättetydlig. (IP 3)

Detta citat är ett exempel på hur intervjupersonen menar att ett bemötande ska se ut för brukare med ADHD-problematik. Det kan enligt intervjupersonen vara användbart för alla brukare, men främst för brukare som har ADHD-problematik eller Aspergers syndrom. En annan intervjuperson på behandlingshem A menar att bemötandet individanpassas utifrån ett helhetsperspektiv, och ger ett exempel på ett bemötande anpassat för individer med ADHD också skulle kunna vara aktuellt för samtliga brukare.

Så kanske det ska vara till alla människor egentligen, man ska lära sig att prata lite med dem, kort och koncist. Och särskilt de där människorna med en ökad stress inom sig. Vilket ju alla våra klienter har. [...] Vare sig du är nere eller uppåt så orkar du inte med för långa samtal eller för långa saker och tänka på, fundera och ta in för mycket information, utan du behöver ha det enkelt. Just i det läget. Sen kan man ju öka det när allting börjar falla på plats.

Så ja, man kan ha samma bemötande. (IP 1)

Intervjupersonen ger här ett exempel på ett bra bemötande gentemot brukare med ADHD-problematik vilket hen menar kan vara av relevans för samtliga brukare. Detta talar även socialarbetarna på behandlingshem C om och lägger även stor vikt vid tydlighet och förtroende som centrala aspekter i ett bra bemötande. En intervjuperson menar att följande är centralt i bemötandet.

Något som är tydligt, rak och tydlig och ärlig. Inte lögner alls, utan. Och be de upprepa. Vad sa du? Har du ADHD så orkar du inte lyssna på hela, på allt. Då ska de återupprepa vad sa du. (IP 8)

Intervjupersonen understryker vikten av återupprepning i bemötandet då hen menar att en individ som har ADHD-problematik inte orkar lyssna på allt som sägs i samtalet. Det är enligt intervjupersonen därför väsentligt att vara extra tydlig. Detta bekräftas även av en annan intervjuperson på samma behandlingshem, som ger exempel på hur socialarbetarna ibland måste vara övertydliga gentemot brukare med denna problematik. Därmed individanpassas bemötandet precis som på behandlingshem A, vilket framgår i följande citat:

Men alltså man får ju ha ett jämt bemötande sett överlag, men det är väldigt individuellt. Det kan ju som sagt ta väldigt lång tid för oss också och hitta en bra dialog som funkar med klienten. (IP 6)

Intervjupersonen anser att bemötandet är individuellt, och att socialarbetarna i bemötandet skapar en dialog med brukarna. En annan socialarbetare på samma behandlingshem redogör på liknande sätt för hur de anpassar bemötandet efter brukarnas behov och efter deras förutsättningar genom att bemöta brukarna på deras nivå. Denna nivå kan enligt intervjuperson

sex skilja sig åt även mellan brukare som har ADHD-problematik. Detta uttrycks på följande sätt:

Alltså, folk som har ADHD kan ju, det kan ju skilja ganska mycket det också. (IP 6)

Intervjupersonen menar att brukare som har ADHD kan vara i behov av olika bemötande och behandling eftersom diagnosen kan se olika ut för dessa individer. Förståelsen för detta kan fördjupas med Lassinanttis (2014) redogörelse för att det finns fördomar i samhället om hur en individ med ADHD-problematik ska vara. Intervjupersonen menar att då dessa individers behov kan skilja sig åt är det av vikt att ha ett individanpassat bemötande. Detta kan förstås utifrån Beckers (2006) stämplingsteori då socialarbetarna som tidigare nämnt kan undvika att *stämpla* brukare som *avvikare* genom att ha ett individanpassat bemötande och behandling snarare än att specifikt särskilja brukare med ADHD-problematik och bemöta dem utifrån denna. Vid ett bemötande specifikt anpassat för individer med ADHD kan dessa bli bemötta på ett sätt som förutsätter att individen har de symptom och svårigheter som är karaktäristiska för diagnosen, vilket Lassinantti beskriver som nedvärderande och fördomsfullt. Genom att ha ett individanpassat bemötande gentemot alla brukare med eller utan ADHD-problematik kan socialarbetarna därför förstås undvika risken att *etikettera* dessa utifrån sina förutfattade meningar om denna problematik (Becker, 2006). Ett individanpassat bemötande kan även förstås med begreppet *multifinalitet* då ett och samma bemötande inte nödvändigtvis leder till samma mål. Får brukarna däremot olika bemötande anpassade efter deras specifika behov, vilket socialarbetarna upplever att de strävar efter kan brukarna nå samma mål. Målet kan i detta fall exempelvis vara att nå drogfrihet efter avslutad behandling. Detta kan förstås med begreppet *ekvifinalitet* då olika tillvägagångssätt leder till samma mål, det vill säga att olika bemötande leder till drogfrihet för brukarna (Payne, 2008).

5.3 Sammanfattning

Vi kan se att kunskapen hos intervjupersonerna på behandlingshemmen gällande ADHD enligt dem själva är bristfällig. Det kan tolkas som ett problem eftersom tidigare forskning visar att kunskap är centralt när det kommer till att identifiera ADHD (Matthys et al., 2013). Enligt socialarbetarna sker det dock inte någon identifiering på behandlingshemmen, vilket kan vara en anledning till att kunskapen är bristfällig. Resultatet visar dock att socialarbetarna gör en bedömning av att brukare kan tänkas ha ADHD, vilken grundar sig i att de tar hänsyn till hur missbruket ser ut för brukarna samt urskiljer symptom på ADHD hos dessa. Symptom kan till

exempel vara impulsivitet, rastlöshet och koncentrationssvårigheter, vilka kan liknas med symptom för abstinens och stress (Michaëlsson, 2013; Punzi, 2015). Det kan därför vara en svårighet i att göra en utredning då symptomen inte nödvändigtvis beror på ADHD.

Huruvida yrkesverksamma ska behandla och bemöta brukare med ADHD-problematik på ett annorlunda sätt har utifrån socialarbetarnas berättelser visat sig komplext. Ingen av dem anser att dessa brukare ska behandlas eller bemötas på ett särskilt sätt på grund av diagnosen. Trots detta ger flera av socialarbetarna exempel på vad som är viktigt att beakta i behandlingen av brukare med ADHD-problematik med undantag från socialarbetarna på behandlingshem B. Samtliga intervjupersoner påtalar att den behandling som ges på respektive behandlingshem resulterar i att brukarna blir drogfria samt lär sig hantera ADHD-problematiken, vilket kan förstås med begreppet *ekvifinalitet* då brukarna får olika behandlingar och trots det når samma resultat (Payne, 2008).

Ärlighet, respekt och tydlighet är centrala begrepp i bemötandet av samtliga brukare enligt intervjupersonernas utsagor. I likhet med tidigare forskning finns dock en oenighet i utsagorna gällande perspektiv i behandling och bemötande. Socialarbetarna på behandlingshem A bemöter å ena sidan brukarna utifrån ett helhetsperspektiv över deras problematik såsom missbruk och psykisk funktionsnedsättning vilket kan liknas med det som Olausson (2008) menar är viktigt i ett bemötande för dessa individer. Å andra sidan bemöter socialarbetarna på behandlingshem B inte brukarna utifrån deras diagnos, vilket kan minimera risken för att brukaren blir utsatt för fördomar och kan uppleva sig nedvärderad vilket Lassinantti (2014) redogör för kan hända vid ett annorlunda bemötande av brukare med ADHD-problematik. Socialarbetarna på behandlingshem C bemöter däremot brukarna utifrån en fokusering på deras psykiska funktionsnedsättning snarare än på missbruket. I bemötandet av brukare med ADHD-problematik är socialarbetarna oeniga om vilket arbetssätt och bemötande som är mest effektivt för att nå drogfrihet. Svaret på hur bemötandet ser ut blir därför att det skiljer sig åt och beror på vilken inriktning som finns på behandlingshemmen.

6. Slutdiskussion

Syftet med denna uppsats är att förstå hur socialarbetare på behandlingshem där missbruk förekommer identifierar ADHD-problematik hos brukarna och hur de i det dagliga arbetet behandlar och bemöter dessa brukare. Detta har vi analyserat med hjälp av Howard Beckers stämplingsteori, *multifinalitet* och *ekvifinalitet* som är begrepp inom systemteorin samt tidigare forskning. Vi har ställt oss frågan hur socialarbetare identifierar ADHD hos brukare för att få svar på om detta sker. Resultatet visar att socialarbetarna inte gör det, men att det sker en omedveten bedömning som främst grundar sig i att socialarbetarna identifierar symptom på ADHD hos brukarna i det individuella bemötandet. Behandlingen och bemötandet anpassas därför inte efter om brukarna har ADHD eller ej, utan sker individuellt utifrån deras specifika behov oavsett diagnos på två behandlingshem samt kollektivt utifrån deras gemensamma behov oavsett diagnos på behandlingshem B. Vi har ställt oss frågan hur denna behandling och bemötande ser ut, och resultatet visar att det centrala i behandlingen är struktur och "fyrkantighet" medan det centrala i bemötandet är tydlighet, ärlighet och respekt.

Begreppet identifiering har varit centralt i denna uppsats och visat sig vara mångtydigt. Vår uppfattning är att socialarbetarna i intervjuerna haft olika tolkningar över vad identifiering innebär då en intervjuperson till exempel har likställt detta med diagnostisering medan en annan har tolkat det som en form av bedömning. Bemötande har också, likt identifiering, visat sig vara ett mångtydigt och omfattande begrepp som intervjupersonerna tolkat olika. Detta har lett till att vi har fått ny kunskap om användandet av specifika begrepp i en uppsats då dessa kan ha flera betydelser och vara svårtolkade för såväl intervjupersoner som för läsaren, men även för oss som genomför studien. Den slutsats vi drar av detta är att det därför är av relevans att använda begrepp som är lätta att förstå och har en snävare betydelse. Detta hade till exempel kunnat vara att istället för att använda begreppet identifiera använda begreppet uppmärksamma då detta har varit ett återkommande ord i socialarbetarnas utsagor och som inte har varit lika mångtydigt som identifiera.

Till en början hade vi en föreställning och ett antagande om att brukare med ADHD-problematik är i behov av ett annat bemötande och behandling än brukare utan denna problematik samt att en identifiering av ADHD faktiskt sker. Denna föreställning har under tiden som uppsatsen fortskridit förändrats och vi ställer oss numera frågande till huruvida ADHD ska identifieras eller ej eftersom detta har visat sig vara problematiskt då det finns en oenighet såväl bland forskare som hos intervjupersonerna. Oenigheten handlar om de

svårigheter och den komplexitet som finns med att identifiera ADHD hos brukarna, bland annat då detta kan leda till att de *stämplas* som *avvikare*. I relation till Johanssons och Lalanders (2013) begrepp *internalisering* är risken att bli *stämplad* som *avvikare* dock inte lika stor då brukaren endast kan bli detta först när brukaren själv *internaliserar* en föreställning av att vara *avvikare*. En ytterligare aspekt av komplexiteten med uppmärksammande av ADHD är att vi har ställt frågan hur socialarbetare identifierar detta hos brukarna då vi har haft en föreställning av att den behandling och det bemötande som socialarbetarna erbjuder beror på om ett uppmärksammande sker. Resultatet visar dock att trots att socialarbetarna inte anser sig identifiera ADHD har vissa av dem ändå delvis anpassat behandlingen och bemötandet för dessa brukare efter vilka insatser de är i behov av, utan att ta hänsyn till en eventuell diagnos. Den slutsats vi drar är att det därför inte finns ett definitivt svar på huruvida ADHD ska identifieras hos brukare eller ej.

Ytterligare en slutsats som vi drar utifrån resultatet är att ett gemensamt bemötande hade kunnat vara aktuellt för samtliga brukare oavsett om de har ADHD eller ej. Hejlskov Elvén (2009) ger exempel på ett låg-affektivt bemötande vilket kan liknas med det som intervjupersonerna anser vara viktigt för samtliga brukare då detta innebär att tydlighet och trygghet är centralt. Ett bemötande specifikt anpassat för brukare med ADHD kan vara aktuellt för samtliga brukare, vilket leder till att ADHD hos brukarna därmed inte behövs uppmärksammas eller identifieras ifall ett och samma bemötande används. Det skulle dock kunna leda till *multifinalitet* och resultera i att utfallet blir olika för brukarna (jmf Payne, 2008). Detta kan vara av intresse att göra framtida studier som fortsättning på denna uppsats och på så sätt utveckla denna slutsats.

Ett samband vi ser i intervjuerna är att alla intervjupersoner utom en benämner personer med ADHD med manligt pronomen. Detta väcker en tanke hos oss om att det kan finnas en föreställning både i samhället och hos våra intervjupersoner av att det främst är män som har ADHD i kombination med missbruk. Lassinanti (2014) och Olausson (2008) bekräftar att det finns en sådan föreställning vilken kan grunda sig i fördomar om kvinnliga missbrukare med ADHD. Vi ställer oss därför undrande till om intervjupersonernas utsagor beror på att det finns en skillnad mellan kvinnor och män, eller om det endast är fördomar om dessa som ligger till grund för utsagorna. I framtida studier anser vi att det kan vara av relevans att vidare studera målgruppen missbrukare med ADHD-problematik utifrån ett genusperspektiv. Detta hade på ett

Rebecca Andersson
Isabella H. Bonin

2SA47E

adekvat sätt vidare kunnat utveckla frågan om hur socialarbetares arbete med brukare som har ADHD-problematik på behandlingshem ser ut.

Källförteckning

- Ahrne, G & Svensson, P (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Ahrne, G & Svensson, P (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2., uppl. Stockholm: Liber.
- Andershed, H. & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen: vad säger forskningen?*. 1. uppl. Stockholm: Gothia.
- Aurell, M. (2001). Arbete och identitet: om hur städare blir städare. (1. uppl.) Diss. Linköping : Univ., 2001. Linköping.
- Becker, H, S. (2006). *Utanför: avvikandets sociologi*. Lund: Arkiv.
- Beckman, V. & Fernell, E. (2007). Utredning och diagnostik. I: Beckman, V. (red.). *ADHD/DAMP: en uppdatering*. 2., uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev.] uppl. Malmö: Liber.
- Cruce, G. (2008). *Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svår psykisk sjukdom: förekomst och återhämtning*. Diss. Lund : Lunds universitet, 2008.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 8:4. ss. 597-600.
- De los Cobos, J P., Siñol, N., Puerta, C., Cantillano, V., López Zurita, C. & Trujols J. (2011). Features and prevalence of patients with probable adult attention deficit hyperactivity disorder who request treatment for cocaine use disorders. *Psychiatry Research*. 185 (1-2): s. 205-210.
- Eriksson-Zetterquist, U., & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I: Ahrne, G & Svensson, P (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2., uppl. Stockholm: Liber.
- Gobo, G. (2011). Ethnography. I: Silverman, D. (red.) *Qualitative Research: issues of theory, method and practice*. 3. ed. London, SAGE.
- Hermerén, G. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Hejlskov, Elvén, B. (2009). *Problemskapande beteende vid utvecklingsmässiga funktionshinder*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I: Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.

- Jacobsen, D-I. (2012). *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. 2., uppdaterade och utök. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, K. & Wirbing, P. (2005). *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Johansson, T. & Lalander, P. (2013). *Vardagslivets socialpsykologi*. 2., [utök. och uppdaterade] uppl. Stockholm: Liber.
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. 1. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Kadesjö B., Bejerot S., Carlshamre U., Nylander L., Råstam M., Saletti E., Scharin M., Söderholm A. & Beckman, V. (2007). *Så här kan man göra ... Vägledningsdokument - ADHD och autismspektrumtillstånd hos vuxna*. Stockholm: Nationell psykiatrisamordning.
- Konstenius, M. (2013). *ADHD in substance use disorders [Elektronisk resurs] : prevalence and pharmacotherapy*. Diss. (sammanfattning) Stockholm : Karolinska institutet, 2013. Tillgänglig på Internet: <http://hdl.handle.net/10616/41537>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Lassinantti, K. (2014). *Diagnosens dilemman: identitet, anpassning och motstånd hos kvinnor med ADHD*. Diss. Uppsala : Uppsala universitet, 2014
- Lindstrøm, J. (2012). Why Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder is not a true medical syndrome. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 14:1. s. 61-73(13).
- Lundsbye, M. (2010). *Familjeterapins grunder: ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori*. 4. rev. utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Matthys, F., Soyeze, V., van den Brink, W., Joostens, P., Tremmery, S., och Sabbe, B. (2013). The International ADHD in Substance Use Disorders Prevalence (IASP) study: background, methods and study population. *International Journal of Methods in Psychiatric Research Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 22:3, s. 232–244.
- Matthys, F., Soyeze, V., van den Brink, W., Joostens, P., Tremmery, S. & Sabbe, B. (2014). Barriers to Implementation of Treatment Guidelines for ADHD in Adults With Substance Use Disorder. *Journal of Dual Diagnosis*. 10:3, s. 130-138.
- Mattsson, T. (2015). *Intersektionalitet i socialt arbete: teori, reflektion och praxis*. 2. uppl. Malmö: Gleerup.

- Michaëlsson, M. (2013). Kritiska rön om ADHD-diagnostisering. Rapport från ESSHC-konferensen i Glasgow 2012. *Socialmedicinsk Tidskrift*. 90(3): 336-338.
- Nylander, L., Holmqvist, M. & Zettervall, K. (2002). Workup for child neuropsychiatric disorders in adults often desirable - Functional disabilities can give rise to social maladjustment. *Läkartidningen*. 99:15, s. 1692-1699.
- Olausson, S. (2008). *Kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa*. Diss. Göteborg : Göteborgs universitet.
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Payne, M. (2008). *Modern teoribildning i socialt arbete*. 2., svenska utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Punzi, E. H. (2015). Neuropsychological Assessment in Substance Abuse Treatment— Focusing on the Effects of Substances and on Neuropsychological Assessment as a Collaborative Process. *Smith College Studies in Social Work*. 85:2, s. 128-145.
- Repstad, P. (2005). *Sociologiska perspektiv i vård, omsorg och socialt arbete*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.
- SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4., uppl. Lund: Studentlitteratur
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Tillgänglig på Internet: http://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research*. 4. ed. London: SAGE Publications Ltd.
- Socialstyrelsen. (2014). *Stöd till barn, ungdomar och vuxna med adhd – ett kunskapsstöd [Elektronisk resurs]*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19582/2014-10-42.pdf> (Hämtad 24/9-2015).
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende [Elektronisk resurs]*. Tillgänglig på internet: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf> (Hämtad 2015-10-12).
- Öquist, O. (2008). *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat*. 3., omarb. uppl. Stockholm: Gothia.

Bilaga 1: Informationsbrev

Till Dig som är yrkesverksam på behandlingshem inom missbruksvård *– informationsblad om medverkan i en kvalitativ studie*

Vi heter Rebecca Andersson och Isabella Bonin och går sista året på socionomutbildningen. Vi skriver nu en kandidatuppsats där vårt syfte är att förstå hur yrkesverksamma på behandlingshem inom missbruksvård identifierar och bemöter brukare med ADHD-problematik. Vi anser att det är av intresse att genomföra denna studie då vi önskar att få yrkesverksammas synvinkel på om och hur brukare med ADHD-problematik ska identifieras och bemötas.

För att nå vårt syfte med denna uppsats vänder vi oss till dig då vi önskar att få intervjua dig om ditt arbete med brukare som du upplever ha ADHD-problematik. Vi planerar att intervjua sammanlagt 12 yrkesverksamma på behandlingshem i södra Sverige.

Vi beräknar att intervjun tar ungefär en timme, och för att inte missa någon information kommer vi att spela in intervjun. Ditt deltagande är helt frivilligt och om du inte vill svara på någon fråga eller avbryta intervjun, är du i din fulla rätt att göra så utan att motivera varför. Några namn eller andra data som kan identifiera dig som yrkesverksam, brukare eller behandlingshem ska inte registreras, och resultatet kommer att presenteras så att ingen kan bli igenkänd.

Om du har några frågor eller funderingar rörande uppsatsen eller intervjun är du välkommen att höra av dig till oss genom kontaktuppgifterna nedan.

Växjö 2015-11-16

Rebecca Andersson
Student
Tel.:
Mail.:

Isabella H. Bonin
Student
Tel.:
Mail.:

Kerstin Arnesson
Handledare
Tel.:
Mail.:

Bilaga 2: Intervjuguide

Informera om:

- Är det ok att spela in intervjun?
- Anonymitet, (inget skall kopplas till intervjupersonen - arbetsplats, orter osv.).
- Sammanställning av intervjun till intervjupersonen?
- Intervjupersonen får hoppa över frågor eller avsluta intervjun när denne önskar.

Frågor:

Utredning och identifiering

- När vi säger symptom av ADHD, vad innebär detta för dig?
- Hur upptäcker du detta hos brukarna?
 - Symptom av annat som kan liknas med ADHD?
 - Ev: Kommer brukarna direkt från bruk? Abstinens?
 - Hur ser kunskapen om detta ut på behandlingshemmet?
 - Finns det riktlinjer och metoder som ni har att följa vid identifieringen?
 - Ser du någon ökning av detta?

Behandling och bemötande

- Kan du berätta hur vardagsstrukturen ser ut för alla brukare på behandlingshemmet?
(ev. förklara vardagsstruktur)
 - Finns det några skillnader?
 - Tror du att brukare som visar symptom av ADHD kan vara i behov av en annan struktur?
- Vad använder du dig av för bemötande (av brukarna) på behandlingshemmet?
 - Hur ser ett bra bemötande ut för dig?
 - Finns det några skillnader?
 - Tror du att brukare som visar symptom på ADHD kan vara i behov av ett annat bemötande?
- Vilka risker ser du med att bemöta brukare som visar symptom på ADHD på ett särskilt sätt?
 - Stämpling?
- Vilka fördelar ser du med att bemöta brukare som visar symptom på ADHD på ett särskilt sätt?