

Bemötande inom beroendevård

*En kvalitativ undersökning om upplevelser hos personal
och patienter.*

Fredrik Spak

Universitetssjukhusöverläkare,
docent, psykiater
Beroendekliniken, SU
fredrik.spak@vgregion.se

Annika Jakobsson

Med.dr, sjuksköterska
EPSO, GU

Frida Silfversparre

Folkhälsovetare

Niclas Hagen

Fil.dr, GU samt Chalmers

Björn Hansson

Sjuksköterska
Beroendekliniken, SU

Lars Lundell

Psykolog
Beroendekliniken, SU

Yvonne Natt och Dag

Leg. läk., EPSO, GU.

GUPEA-URI: <http://hdl.handle.net/2077/54460>

Verksamhet Beroende

www.cera.gu.se



Sammanfattning

Ett gott bemötande av den enskilda människan som söker vård kan antas vara av grundläggande betydelse för vårdupplevelsen och även för vårdutfallet. Att ge ett gott bemötande bör vara särskilt viktigt inom beroendevården. Vilken betydelse bemötande inom beroendevården har är dock till stora delar outforskad. Det svenska begreppet ”bemötande” är inte heller tydligt definierat i litteraturen. I denna kvalitativa studie har vi intervjuat patienter, personal och chefer vid Beroendekliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, och även grupper av människor med tidigare erfarenhet av beroendevård (verksamma i brukarorganisationer). Syftet har dels varit att få en inblick i vad olika individer lägger i begreppet gott respektive dåligt bemötande, dels att få en bild av vilka faktorer som kan bidra till att ett bemötande upplevs som gott respektive dåligt.

Metod: Med hjälp av innehållsanalys kategoriserades olika aspekter av vad som beskrivits som gott respektive dåligt bemötande.

Resultat: Materialet gav inblickar i orsakerna till att bemötandet upplevts som bra eller dåligt och vilka strukturella förutsättningar som kan ha påverkat bemötandet. Studiens öppna och explorativa karaktär begränsar i viss mån möjligheten till tolkning av materialet men ger å andra sidan uppslag till nya frågeställningar.

Bemötandet upplevdes överlag som gott. Följande kategorier identifierades, uppdelade på gott respektive dåligt bemötande. Gott bemötande: att skapa tillit och trygghet, att visa personlig omsorg, att agera utifrån kunskap och erfarenhet, att respektera patienternas autonomi och integritet, att inta ett professionellt och medmänskligt förhållningssätt samt att behandla med både fast och mjuk hand. Under dåligt bemötande har vi identifierat fyra kategorier: att inte se patientens behov, kommunikationsbrister, olämpligt förhållningssätt samt kränkande förhållningssätt.

Inledning

För att ett vårdmöte, dvs. ett möte mellan patient och vårdgivare, skall bli bra krävs att ett antal faktorer är uppfyllda. Det krävs kunskap, resurser, effektiva behandlingsmetoder att parterna kan förstå varandras språk, men också respekt, tillit, aktivt lyssnande och andra faktorer som utgör tecken på ett gott bemötande. I vissa delar av vården blir det goda bemötande särskilt viktigt. Det gäller inte minst när mycket av behandlingen är samtalsbaserad, samt när risken för fördömande är extra stor. Detta gäller bl.a. för missbruksvården.

Vid en genomgång av avvikelserapporterna för beroendekliniken i Göteborg 2013-2016 avsåg 10 % av rapporterna bemötande. I avvikelserapporter anmäls avvikelse från förväntade rutiner. I denna studie studerar vi bemötandets betydelse inom missbruksvården i Göteborg.

Bemötande i missbruksvård

Ett gott bemötande i en vårdssituation är av avgörande betydelse när den som önskar och behöver hjälp skall uppsöka vården i allmänhet, och missbruksvården i synnerhet. Det är extra viktigt eftersom bara en av fem med missbruk söker vård för missbruksproblem (1) Bemötandet spelar också roll för att förbättra vårdutfallet. Det är vanligt att personer med missbruk har bristande självtillit (2) och är därmed ofta känsliga för att inte lyckas med att ändra sitt missbruksbeteende. Detta problem kan förstärkas av ”stigmatisering”, dvs. att de både känner sig, och faktiskt ibland också sägs vara, mindre kapabla att ändra sina vanor. (3). Detta leder också till att folk, även i vården, säger att ”missbrukare” har orsakat sina problem själva, och därför själva får stå sitt kast.

I rapporten Vårdens Svåra Val slås det fast att levnadsvanor, liksom ålder, inte utgör en grund för särbehandling.(4) Det innebär bl.a. att människor med missbruk inte skall behandlas annorlunda än andra patienter. Däremot kan pågående missbruk/beroende spela en roll för vilken vård som ges för tillfället; detta är en medicinsk bedömning som måste göras i varje enskilt fall, precis som i all övrig vård. Skälet till att vi i denna rapport använder begreppet ”människor med missbruk” istället för ”missbrukare” är för att understryka att missbrukare inte utgör någon särskild sorts människor. En människa som har ett visst problem, t.ex. nageltrång, hypertoni eller alkoholberoende ska erhålla den vård som hen behöver. Det betyder dels att alla skall behandlas lika oavsett bakgrund, dels behandlas individuellt efter sina resurser och förutsättningar. Missbruk och beroende (MB) har ofta omfattande följder på psykologiska, medicinska och sociala plan. Dessutom skiljer sig MB från många andra medicinska problem genom att konsekvenserna för omgivningen är större. Att sjukdom påverkar den sociala

omgivningen är vanligen fallet, men vad gäller alkohol och drogproblem följer ibland våld, kriminalitet och olyckor som drabbar omgivning. Dessutom nedsätts den kognitiva funktionen både av tillfällig och långvarig alkohol- och droganvändning. Vårdgivaren måste därför anpassa behandling och kommunikation med patienten efter sådana förutsättningar. Därför krävs det att de vårdgivare som jobbar med MB har god förmåga och kunskap för att kunna ge fullgod vård, dels till individen själv, men även för att kunna stödja anhöriga och andra berörda.

Allmänna krav på gott bemötande

I föreliggande arbete har vi tagit oss an bemötandefrågor specifikt inom den landstingsdrivna specialiserade beroendevården, men egentligen utgör de människor med MB som kommer till specialiserad beroendevård bara en begränsad del av alla personer med MB som kommer till vård. Personer med MB kommer till all kroppssjukvård, till all psykiatrisk vård, till all primärvård, och dessutom till all vård och omsorg som bedrivs av socialtjänst och även kriminalvård.

Självva begreppet bemötande är svårfångat då definitionen varierar mellan olika artiklar och skrifter. På engelska hittar man relevanta delar av begreppet bemötande under flera rubriker såsom meeting, encounter, approach, compassionate care, approach, regards, positive/negative attitude och treatment. Gott bemötande bygger på en humanistisk grundsyn där alla individer har samma rättigheter, samt på respekt för en den enskildes autonomi. Detta är tydligt beskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen (5) och Patientlagen (6). Ett gott bemötande har avgörande betydelse för vårdens och omsorgens kvalitet. Personer ska ha inflytande över sin vardag och kunna leva med integritet och bibehållet oberoende. Alla kontakter med personer som söker vård ska bygga på respekt för människors lika värde. Ett gott bemötande handlar bl.a. om att ha kunskaper och förmågor som gör att personer som har fysiska och psykiska funktionshinder kan bemötas väl. Det handlar även om att kommunicera med personer med annat modersmål och att hitta sätt att göra anhöriga och patienter delaktiga i vården. Bemötande handlar om ett samspel mellan människor och den inställning som personer har till varandra och hur det kommer till uttryck i tal, handlingar, gester, ansiktsuttryck och tonfall.

Särskilda krav på gott bemötande på området missbruk/beroende

Vid vård av människor med missbruksproblem gäller förstås alla de krav på bemötande som gäller för alla patienter, men några omständigheter tillkommer därutöver.

A. Väldigt många personer med MB har samsjuklighet, dvs. psykisk eller kroppslig ohälsa, förutom ”missbruket”. Många har dessutom kognitiv nedsättning, tillfällig

eller permanent. Nedsättningen kan både bero på missbruket (t.ex. drogpåverkan eller hjärnatrofi vid alkoholberoende) alternativt gör att tillståndet man har gör det svårare att koncentrera sig (t.ex. ADHD) eller ger en långsamhet (t.ex. depression). Detta förhållanden måste vårdgivaren ta hänsyn till. I vårdhandboken finns detta beskrivet under bemötande av funktionshindrade (7). Beskrivningen är relevant även om patienten inte fullt ut uppfyller kraven för att få stöd enligt LSS.

”Funktionshinder” utgör numera en egen termpost i Socialstyrelsens termbank och definieras som den "begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen". I kommentarfältet anges: "Exempel på begränsningar är svårigheter att klara sig själv i det dagliga livet och bristande delaktighet i arbetslivet, i sociala relationer, i fritids- och kulturaktiviteter, i utbildning och i demokratiska processer. Det handlar framför allt om bristande tillgänglighet i omgivningen". Denna beskrivning stämmer inte helt på gruppen med MB, där det ofta rör sig om brister hos individen själv. De faktorer som fr.a. stämmer in på MB-gruppen listas nedan. Vi vill också påpeka att denna skrivning rör sig om gruppen med riktigt svåra problem. I vårdhandboken (7) görs uppdelningen av funktionsnedsättningen på följande sätt:

Psykisk: svårigheten görs synlig i det sociala samspelet, till denna grupp hör neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som ADHD och autism.

Intellektuell: nedsättning i att ta emot, bearbeta och förmedla information. Det innebär att individen vanligen behöver anpassning i hur information förmedlas, samt längre tid för att bearbeta än för personer inom normalvariationen. Andra begrepp som används är: personer med kognitiv funktionsnedsättning eller personer med utvecklingsstörning.”

B. Stigmatisering av sjukdom förekommer sannolikt för en lång rad sjukdomar men är extra svår för psykisk sjukdom, och MB i synnerhet. Stigmatisering sägs ofta vara svårare för kvinnor med MB (8). Även om det senare stämmer så stigmatisering ett stort problem för båda könen. Den gör att människor inte söker vård så tidigt som vore önskvärt, eller inte söker alls. Den leder till nedsättande kommentarer och påverkar den redan dåliga självtilliten i negativ riktning.

I utredningen ”Bättre insatser vid missbruk och beroende”, ofta kallad missbruksutredningen, tas bemötandefrågor upp (9). Man framhåller att bemötandet tycks vara sämre inom just missbruksområdet, och delar in förslag till åtgärder på tre nivåer; **system-, verksamhets- och individnivån**, där systemnivån t.ex. gäller lagstiftning. En något annan indelning görs i ett översiktsarbete av insatser för att minska stigmatisering som talar om ”self-stigma, social stigma och structural stigma”. Den studien visar också att det går att minska stigmatiseringsnivån (10).

Tvångsvård

I den specialiserade missbruksvården ingår tvångsvård. I Sverige sker detta när patienten vårdas med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) samt Lagen om vård av missbrukare i särskilda fall (LVM). LPT förutsätter att personen för tillfället pga. av allvarlig psykiatrisk sjukdom kan behöva vårdas mot sin vilja och LVM att personen pga. mycket allvarligt missbruk med risk för psykisk, fysisk eller social skada anses behöva vårdas mot sin vilja. Personer med MB som vårdas med stöd av dessa lagar kommer att undersökas i en kommande studie.

Syfte

Syftet med föreliggande undersökning var att ta reda på hur patienter, vårdpersonal, chefer, och människor aktiva inom brukarorganisationer, beskriver gott bemötande och brister i bemötande utifrån sina erfarenheter från olika delar av beroendevården. Arbetet utförs inom den specialiserade missbruks- och beroendevården i Göteborg.

Metod

Föreliggande undersökning genomfördes i form av en kvalitativ studie, där öppna intervjuer gjordes med personer som har erfarenhet av att vara patienter inom beroendevården och personer som representerar olika personalgrupper. Dessutom har tre fokusgruppsintervjuer genomförts med deltagare som representerar olika brukarorganisationer.

Personal och patienter från den specialiserade beroendevården intervjuades under 2015 och 2016. Intervjuerna genomfördes både på sjukhus och inom den öppna beroendevården. Rekrytering av personal skedde genom att en person ur personalgruppen tillfrågades om intervju och därefter spreds informationen vidare och representanter från olika personalgrupper tillfrågades om deltagande. Syftet var att erhålla så varierad data som möjligt. Patienterna rekryterades på liknande sätt, dvs. att de tillfrågades direkt av intervjuaren efter att klartecken från personalen inhämtats. Tre fokusgrupper med deltagare från olika brukarorganisationer intervjuades under 2016-2017. Dessa rekryterades genom att respektive organisation kontaktades och därefter lämnades besked till intervjuare om tid och plats för intervju. För mer detaljerad information om deltagare se tabell 1 och 2.

Intervjufrågorna utgick från följande områden: Hälso- och sjukvårdens betydelse, en vanlig dag på avdelningen, syftet med vården (patienter), avdelningens kultur, våld och makt, bra och dåligt bemötande, beslutskompetens, delaktighet och integritet. Personalintervjuerna varade mellan 1 - 1,5 timmar, medan patientintervjuerna varade mellan 20 min och 1 timmar och 5 min.

Tabell 1. Antal studiedeltagare från respektive personalgrupp samt fördelning utifrån kön:

Personal	Antal
Läkare	4
Sjuksköterskor	4
Skötare i ps vård	6
Psykolog	2
Vårdenhetschef	2
Totalt	19
Varav – kvinnor	13
– män	6

Tabell 2. Antal studiedeltagare med erfarenhet som patient samt fördelning mellan öppen- och heldygnsvård:

Patienter/brukare	Antal
Öppen vård	5
Heldygnsvård	7
Fokusgrupp	9
Totalt	21
Varav kvinnor	10
män	11

Analysmetod

En form av innehållsanalys tillämpades för analysen (Graneheim och Lundman, 2004). Intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes igenom av alla i forskargruppen. Därefter diskuterades innehållet och centrala begrepp som identifierats i texten klargjordes. Begreppen grupperades, organiserades i kategorier

och etiketterades. Kategorierna diskuterades i forskargruppen och benämningarna reviderades tills alla var överens om att de överensstämde med datas innebörd.

Etiska överväganden

Det övergripande syftet med att studera bemötande inom missbruks- och beroendevård var att värna patienternas integritet. Vi anser därför att varken patienter eller personal har kommit till skada genom intervjuerna. Alla deltagare informerades om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt och att det gick att avbryta när som helst utan att motivera varför.

Resultat

Gott bemötande respektive brister i bemötandet presenteras i denna undersökning på det sätt respondenterna har beskrivit begreppen i samband med intervjun. Det innebär att det förekommer en variation av uppfattningar angående vad begreppen innebär. Analysen av både patient och personalintervjuer presenteras under respektive kategori och där olikheter mellan grupperna förekom beskrivs dessa variationer. För en sammanfattning av identifierade kategorier och subkategorier se tabell 3.

Gott bemötande

Beskrivningarna av gott bemötande inom beroendevården visade några variationer men huvudsakligen beskrevs gott bemötande av de intervjuade på ett likartat sätt. En skillnad som kunde urskiljas mellan personal och patienter var att patienterna kunde exemplifiera och beskriva hur de upplevt olika bemötanden, medan personalen framför allt beskrev sin ambition att försöka förhålla sig professionell. Personalen klargjorde dock att det ibland kan vara svårt att uppnå det goda bemötande man har som ideal. Dessutom kunde personalens intention med bemötandet vara god, men i situationen upplevdes det som negativt av patienten.

Sex kategorier som beskriver olika aspekter av gott bemötande identifierades:

- att skapa tillit och trygghet
- att visa personlig omsorg
- att agera utifrån kunskap och erfarenhet
- att respektera patienternas autonomi och integritet
- att inta ett professionellt och medmänskligt förhållningssätt
- att behandla med både fast och mjuk hand

Att skapa tillit och trygghet

Att behandlas med respekt, värdighet och ödmjukhet ansågs skapa tillit och en förtroendefull relation mellan personal och patienter vilket i sin tur genererade trygghet.

Både patienter och personal framhöll att respekt är en central del i gott bemötande, vilket också patienter beskrev att de upplevt i sina kontakter med vården. En man med erfarenhet av beroendevård för narkotikaproblem uttryckte sig på följande vis:

”Jo, dom... det måste jag säga faktiskt att dom... i mina ögon så respekterade dom mig och dom ville mitt bästa och det måste jag säga (Fokusgrupp 3).”

Ett mål som personal sade sig ha var att möta varje patient utifrån dennes individuella situation. För att kunna göra det krävs en förmåga att kunna läsa av patienten. Enligt personal kan trygghet och tillit byggas genom att man ”anpassar sig” till patientens behov och försöker möta patienten där hen är. Även att ta sig tid, och visa att man har patienten i fokus när man samtalar, speciellt om det är stressigt och mycket att göra, är exempel på andra sätt att visa respekt och skapa trygghet. En behandlare formulerade sin syn på gott bemötande såhär:

”... alltså att man är trevlig och man anpassar sig liksom till vad man tror att den personen behöver, men också, ja alltså man kommer ju ofta hit när man är som sämst, mår som sämst och då är det ju någonstans att man ska kunna känna att man kan berätta, att öppna upp sig och faktiskt berätta saker man skäms över eller man kanske inte vill, ja man bygger någon tillit på något sätt, för dom måste ju kunna känna att dom kan lita på oss som jobbar här... (Skötare i psykiatrisk vård)”

Att visa personlig omsorg

De intervjuade personerna med erfarenhet som patienter betonade betydelsen av hjälpsamhet, omtänksamhet och stöd från personalens sida. Hjälpsamhet kunde visa sig både genom att personal engagerade sig och samtalande med patienten och hjälpte till att lösa praktiska problem. Begrepp som snäll, förstående och lyhörd användes för att beskriva egenskaper hos personal som visade ett gott bemötande. Även tålmod var en egenskap som ansågs viktig hos personalen. Patienter använde ord som kärlek och gemenskap för att beskriva både vad de önskade och vad de upplevt i form av omsorg från personal. En man som besökt den specialiserade öppenvården beskrev sina erfarenheter:

”Ett gott bemötande det är ju när jag kommer till Lisa¹ givetvis, första gången och blir inskriven, att redan där får jag så mycket kärlek, så redan där börjar min rehabilitering. Hade det suttit en grinig person där som tycker – va fan gör

¹ Namnet är fingerat

du här nu igen – och haft den attityden, då vet jag... då hade jag nog inte åkt hit mera... (Patient öppenvård)”

Basen i gott bemötande är vänlighet enligt vårdpersonal, ett trevligt bemötande och att ärligt vilja hjälpa personen du har framför dig. Personalen betonade även att gott bemötande innebär att man möter människor på ett individuellt sätt, samt visar förståelse och lyhördhet men också tydlighet i kommunikationen. Som en av de intervjuade behandlarna sade:

”Folk ska ju känna sig både sedda och välkomna...//...ja, man ska vara snäll och man ska vara tydlig...//...det här och det här och det här behöver du göra och då ... jag kan inte lova att du blir friskare på det sättet eller lyckligare eller vackrare eller något, men det går i alla fall inte lika fort utför (Läkare).”

En chef som inte själv arbetade patientnära numera påtalade att hen hörde diskussioner om patienter och förstod hur personal tänkte kring patienter. Chefen uttryckte oro angående personalens pressade arbetssituation, framför allt när det gällde bemanningen bland sjuksköterskor, men framhöll att överlag så var bemötandet av patienter gott. Hen förklarade:

”Visst, vi har vissa eh... riktlinjer vi utgår ifrån som är generella men sen är det ... riktigt gott bemötande är det om man kan möta upp varje person individuellt, där dom befinner sig här och nu... kan jag ju säga (Vårdenhetschef).”

En viktig förutsättning för gott bemötande kan dock vara att man som personal trivs med sitt arbete. Det illustrerar sjuksköterskan som citeras nedan.

”Och så att man utvecklas som människa, varje dag, tycker jag. Så även om jag är förkyld och trött och hängig idag och många är det, så går vi varje dag till jobbet med gott hjärta. Sedan ibland är vi överbelastade eftersom vi har dåligt med personal och det är såhär, men vi... ändå finns vi... vi är lojala och det är inte bara för, alltså... personalens skull, att vi ställer upp för varandra och jobbar extrapass och så, utan det är för våra patienter för att dom skall slippa så mycket nya ansikten. Så att det finns ett... dels ett jättestort, personligt engagemang som har lockat mig jättemycket hit och det är det engagemanget jag är här för, känner jag... (Sjuksköterska)”

Att agera utifrån kunskap och erfarenhet

Patienterna påtalade att det bör finnas tydliga ramar för bemötandet hos vårdgivande personal. Personalens kunskap om vad beroendeproblematik innebär och vad det kan leda till, liksom förmågan att dela med sig av sina kunskaper på ett adekvat sätt var centrala för patienternas upplevelse av att bli väl bemötta. Att ha svar och kunna förklara för patienten varför hen mår på ett visst sätt var också en del av det goda bemötandet. Personalen förväntades veta vad de håller på med och utöva vad någon kallade ”professionell empati”. Med detta begrepp avsågs

kunskap, förståelse, tålmod, en ganska fast hand och förtroendeingivande information.

I en fokusgrupp diskuterades följande:

”Det kommuniceras ju både via personalen personligen och via information i dom miljöerna sådär, och det tillsammans gör väl att man får en... i alla fall jag då... har fått en upplevelse av att här vet dom vad håller på med, och det är skönt när man kommer in, för ofta är man ju då lite ”tiltad” sådär i psyket så... när man kommer in på dom där ställena (Fokusgrupp 2).”

Personalen betonade vikten av att kunna sätta gränser och att inte acceptera exempelvis ett hotfullt beteende. Dock medgav personal att det ibland är svårt att hitta rätt balans mellan att sätta gränser och att visa omsorg. Olika personer hade olika strategier för att hantera svåra situationer.

”Rent spontant så tänker jag att man har ett professionellt bemötande och jag tänker just på psykiatrin att det är mycket, man kanske får höra, mycket negativt ifrån patienterna eller, eller sådär och då är ju ett gott bemötande att se att man blir kritiserad i sin roll som sjuksköterska och inte som sig själv (Sjuksköterska).”

Cheferna beskrev ett gott bemötande som professionellt och i relation till de ideal, arbetsmodeller eller idéer som de omfattade. Det kunde vara att arbeta personcentrerat eller med fokus på brukarinflytande och delaktighet.

”Nu talar jag om det ideala tillståndet som inte finns men det är ju det att dom ska inte känna av min... patienterna ska inte behöva ta hänsyn till min stress eller min arbetssituation...//...det här är ju jättesvårt och det är ju ... det ligger ju en professionalitet i detta tycker jag (Vårdenhetschef).”

Att respektera patienternas autonomi och integritet

Patienterna ansåg att det var viktigt att få vara ifred, men samtidigt fanns en önskan att personalen ska finnas tillgänglig vid behov. Att vara delaktig vid beslut var inte alltid så viktigt. Patienter som mådde dåligt kunde uppleva att det var skönt att slippa diskutera olika behandlingsalternativ och slippa ta beslut.

”När jag gick på min öppenvård så tyckte jag nog att jag fick vara väldigt delaktig... kanske lite för delaktig, att det var lite grand ... vad tycker du vi ska göra nu, så fick jag komma med några förslag (Fokusgrupp 2).”

I andra sammanhang kunde patienter känna att de saknade inflytande över beslut som påverkade deras vardag på ett problematiskt sätt. En patient var inte nöjd med beslutet en läkare fattat då det gjorde hans tillvaro mycket komplicerad. Trots det ställde han inte frågan om en annan lösning var möjlig:

”... så att... nu har jag inte frågat om det så därför kan jag inte säga, utan just när beslutet fattades, när läkare sa det, då köpte jag det liksom... då... ja då... jag förstod ju att han tog det beslutet... så att det var ju ingenting vi kom överens om, som det så fint heter, utan han sade... nu blir det här... och då accepterade jag det bara (Patient öppenvård).”

En speciell utmaning vad gäller patienternas autonomi uppstår enligt personalen när patienter är inskrivna enligt LVM eller LPT. Patienterna blir då beroende av personalen och måste be om sådant de är vana att sköta själva, vilket kan upplevas som inskränkningar i den personliga integriteten och som en chef sade: *även de som är tvångsintagna har rättigheter*. Personalen beskrev andra situationer som kan uppstå när patienter är tvångsintagna, där patienter vill återfå lite av kontrollen. En vårdare gav exempel:

”... när patienten säger nej så är det egentligen för att den vill återfå kontroll på något vis... för att det är liksom det den kan bestämma över, till exempel...//... vägra äta eller det kan vara många saker och då har vi ju liksom, men då har man ju liksom kollat på hur, hur kan man göra istället (Sjuksköterska)?”

Ledningen på en enhet uttryckte att målet var att patienterna skulle ha inflytande över sin vård, framför allt vad gällde de beslut som togs angående vård och behandling, vilket framgår av nedanstående uttalande:

”... och det har ju att göra med den arbetsmodellen som jag jobbat med och som handlar jättemycket om brukarinflytande och delaktighet... så jag är helt påverkad, alltså det är... för mig... det har med respekt att göra liksom... (Vårdenhetschef).”

Att inta ett professionellt och medmänskligt förhållningssätt

Ett icke dömande förhållningssätt framhölls av personalen som en mycket viktig del i gott bemötande inom missbruks och beroendevården. Att personalen verkligen brydde sig om och tog patienten på allvar sågs som viktigt, liksom äkta engagemang. Personalen förklarade vidare att det finns generella förhållningsregler som all personal ska följa, men utöver det beskrevs ytterligare aspekter som bör beaktas. Exempel på dessa är att personalen inte ska lova mer än de kan hålla, inte medvetet skuldbelägga patienter, men vara så tydliga att missförstånd undviks. En av personalen beskrev sina tankar kring förhållningssättet på följande sätt:

”... det här det är ju en patientgrupp med så enormt mycket skuld själva, släpar ju sig in här liksom med en sådan skuldpåse på ryggen och det är ingenting som dom möts av här, och det är... det är ett gott bemötande liksom – sedan kan ju vi känna sinsemellan, men herregud, han var ju här för jössenamn för en månad sedan va, men patienten känner ju inte det utan då får man problematisera kring det på ett professionellt sätt (Sjuksköterska).”

Personalen ansåg att gott bemötande inkluderade att patienten skulle känna sig lyssnad på, sedd och betraktad som en medmänniska. Förslag som förstärker denna känsla var att alltid tilltala patienten med namn, behålla relationen människa till människa och se patienten i ett sammanhang. Patienterna kunde även uppleva sig väl behandlade när personal visade äkta glädje i samband med att patienter lyckades med något t ex att vara drogfria under en längre tid.

Personer med erfarenhet av både öppen och heldygnsvård uttryckte även att bakom personalens arbete kunde ett strategiskt förhållningssätt skönjas som är professionellt och av bemötandet att döma kunde man förstå att de har ju en gedigen grund att stå på om hur människor i svåra situationer ska bemötas.

Att behandla med både fast och mjuk hand

Deltagare med erfarenhet av att vara patienter inom beroendevården sammanfattade gott bemötande som ”tuff kärlek” eller att ”behandlas med både fast och mjuk hand”. Med dessa uttryck avsågs att patienten önskade uppleva sig sedd och vänligt bemött samtidigt som personalen visade kompetens, fasthet och ställde krav.

”... att ha fast hand liksom... så här fungerar det här...//... i kombination med att bemöta mig väldigt, väldigt mjukt där jag är just då... det skapar en situation av liksom trygghet... sedan är man ju väldigt förvirrad och har ganska dåligt tålamod och det kan vara vad som helst men att ett väldigt fast förhållningssätt och tydliga ramar är också ganska skönt när man är i en sådan utsatt situation... för då känner man att... som jag sa tidigare... här vet dom vad dom håller på med (Fokusgrupp2).”

Personalen betonade också vikten av att sätta ramar och konsekvent hålla sig till dem, ett sådant exempel var att när man kommit överens om tider, så var det viktigt att hålla sig till dem. Även en form av rättvisetänkande förekom hos personalen som innebar en strävan att tala med alla patienter ungefär lika mycket.

Brister i bemötande

Patienterna framhöll inte i första hand brister i personalens bemötande, men när brister i bemötande beskrevs, var det ofta som motsatsen till gott bemötande, eller som avsaknad av gott bemötande. Några patienter hade dock erfarit dåligt bemötande och beskrev detta som en mycket negativ upplevelse. Personalens bemötande beskrevs då som mindre empatiskt, men ofta förklarade patienten att personalen gjorde helt rätt och hade patientens bästa för ögonen. I dessa situationer låg erfarenheten kanske långt tillbaks i tiden och en omvärdering av bemötandet hade gjorts.

Personal framhöll att man aldrig ska visa förakt gentemot patienten då det kan spä på patientens självförakt. Enligt läkare med lång erfarenhet lider patienter med

beroendeproblem ofta av självförakt och ”är tacksamma för att vi inte spottar på dem” vilket innebär att dåligt bemötande riskerar att bli underrapporterat. Speciellt äldre kvinnor lider svårt av självförakt och skäms mycket. Personalens utsaga kan exemplifieras med hur en patient uttryckte sig som svar på frågan om hen upplevt brister i bemötandet. Patienten svarade då att: ”här får jag mer hjälp än jag förtjänar... brukar jag nästan säga.” Andra patienter menade dock att dåligt bemötande från personal kan få som konsekvens att de inte går tillbaks till vårdenheten igen.

Personalen var medveten om att brister i bemötandet förekom och framförde olika förklaringar till dessa. Några exempel som nämndes var brist på vårdplatser, brist på resurser och brist på personal. Hur dessa brister borde åtgärdas ansågs dock vara en politisk fråga. Ytterligare exempel på när bristfälligt bemötande kunde förklaras var när personal inte vill jobba inom psykiatri/beroende. Då kan även detta bli en grund för att dåligt eller bristfälligt bemötande.

Fyra kategorier som beskriver brister i personalens bemötande identifierades:

- att inte se patientens behov
- kommunikationsbrister
- olämpligt förhållningssätt
- kränkande förhållningssätt

Att inte se patienters behov

Bemötandet sågs som bristfälligt och ignorant när patientens behov inte blev tillfredsställda. Ett behov som av patienten kunde upplevas som akut, men som personalen inte alltid kunde tillgodose var exempelvis önskemål om inläggning för heldygnsvård.

”... många som vill bli inlagda blir ju inte det, vilket kan ses som ett hinder och det kan ses om dåligt bemötande att man inte blir sedd och man vill ha hjälp medan någon läkare kanske hänvisar till en annan form av hjälp medan man i stunden då... kanske också blir någon form av abstinens till och med liksom såhär, ta in mig liksom... jag håller på att dö (Fokusgrupp 2).”

En vårdare beskrev också att nonchalant beteende förekom bland personalen. Exempel på det kunde vara att man ignorerade patienters behov och låtsades inte se patienten när man möttes i korridoren.

Kommunikationsbrister

Bristande kommunikation beskrevs av personal som ett problem som förekom inom beroendevården och som kan upplevas av patienter som brister i bemötandet.

”Det finns ju många läkare och speciellt inom psykiatrin och beroende som har ett lite begränsat språk, att dom inte kan svenska så bra eftersom dom inte har varit här så länge, och det... när det blir sådana här kommunikationssvårigheter då, då kan ju det vara ett dåligt bemötande om det innebär att patienten inte känner att läkaren har förstått... (Läkare)”

Ett dåligt bemötande beskrevs också som att inte visa respekt, att inte lyssna ordentligt på patienten och att inte sätta sig in i patientens beskrivning av sin situation. Även att snäsa av någon och att ge uttryck för fördomar och okunskap liksom att patientens upplevelse av sin situation ingick i det som beskrevs som brister i kommunikationen.

Både för mycket och för lite information kan innebära brister i bemötandet enligt personalen. Konsten är att anpassa informationen till patientens behov, önskemål och förmåga. En läkare beskrev sin syn i frågan:

”... att ge mycket information kan ju vara gott bemötande i en situation med en patient som är redig och klar i huvudet och så, medan en patient som inte är det, där kan det ju vara dåligt bemötande att ge för mycket information, utan det är mer viktigt att ge ett lugn och liksom mer av mjuka värden så att säga (Läkare).”

Misstro och nonchalans

En patient med erfarenhet av vård för drogproblematik hade mött misstroende från personal inom framför allt somatisk vård och menade att de ifrågasatte allt. Hen ansåg att personalen hade en förutfattad mening som gick ut på att patienten ljög hela tiden. Det tog sig uttryck som att patientens beskrivning av en händelse ifrågasattes och därmed kände patienten sig utlämnad till personalens godtycke.

Känslökyla hos personalen betraktades som en brist i bemötandet och gjorde att patienten upplevde sig nonchalerad. För att undvika att ta tag i saker kunde personal ”gömma sig” bakom att man vill skydda patienters integritet och hävda att patienten avbokar tider eller inte är motiverad. I själva verket kanske patienten bokade av tider på grund av rädsla eller funktionshinder. Det kunde exempelvis gälla uppföljning av olika insatser. En chef förklarade:

”Man kanske gömmer sig bakom ett nej från patienten för att då slipper man ta tag i det och då skyller man på integriteten att det är självbestämmande och personen i fråga har rätt att bestämma själv, trots att man någonstans vet att det inte är rätt för patienten (Vårdenhetschef).”

Kränkande förhållningssätt

Även om patienterna oftast lovordade personalen fanns det de som upplevt otrevligt bemötande. En kvinna med långvarig alkoholproblematik betonade att det är

svårare att vara kvinna och ha alkoholproblem än att vara man. Att kvinnor, och speciellt äldre kvinnor hyser svåra skamkänslor på grund av sina problem underströks även av personal som menade att många kvinnor tycker att de är så dåliga människor att de inte ska ha någon hjälp. En kvinna i 60-årsåldern beskrev en tidigare upplevelse:

”För jag vet ju innerst inne att det inte är okej att dricka och vara kvinna är ju ännu värre va, och sedan ska man inte tro att man glider in på en räksmörgås så att säga va, för jag vet ju... det är dåligt bemötande att... har du druckit kan du allt få lida också... det är väldigt dåligt, men... jag kan förstå det... att det... att personer tröttnar... jag förstår det mycket mycket väl va, att... usch den igen och... åh är det så igen nu och... (Patient öppenvård)”

En annan patient upplevde att en behandlare hade ett otrevligt förhållningssätt i samband med att hen sökt hjälp för avgiftning och mådde dåligt. När patienten fick tårar i ögonen under ett samtal antydde behandlaren att patienten satt med krokodiltårar i ögonen, vilket patienten upplevde som hånfullt.

Personal bekräftade att det förekom okunskap och fördomar inom missbruks- och beroendevården och att detta kunde visa sig genom att patienter blev behandlades respektlöst och deras problem förringades. Någon uttryckte det som att det fanns personal som inte tyckte om att arbeta med sin målgrupp helt enkelt.

De beskrev också att otrevligt bemötandet från patienter förekom emellanåt. När patienter uppträdde aggressivt eller otrevligt på annat sätt och ingen psykopatologi uppfattades som kunde förklara beteendet blev personalen frustrerad. Även när personalens mål var professionalitet förekom respektlöst beteende och emellanåt även kränkningar mot patienter.

”Ja, man kan vara respektlös mot patienter. Man kan kränka på många olika sätt, eh... man kan hota också patienter på många olika sätt. Man... man har makt här inne som sjuksköterskorna... inte bara läkare... utan alla som jobbar här har makt (Läkare).”

Andra exempel på förhållningssätt som patienter upplevde som kränkande var när personalen ställde privata, integritetskränkande eller ”näsvisa” frågor samt visade ett arrogant sätt gentemot patienten. Även situationer där patienten fick vänta länge på hjälp uppfattades i vissa situationer av denne som nonchalant och medvetet kränkande från personalens sida.

Tidsaspekten

Upplevelse av bemötande i samband med vård och läkarbesök inom beroendevården kan relateras till var i sjukdomsprocessen patienten befinner sig. I ett akut skede kan ett nej till recept på ett visst läkemedel eller till inläggning uppfattas som bristande empati eller otillräcklig förståelse för patientens situation. I

backspiegeln kan dock bemötandet ses som korrekt och helt adekvat. En man mitt inne i ett problematiskt drogberoende ansåg att han visste hur problemen skulle lösas, men i efterhand såg han på det med andra ögon:

”Jag fixar det...//...bara jag får en lägenhet så löser jag det... nu i efterhand så hade jag fått en lägenhet så hade det inte fungerat (Fokusgrupp 3).”

Diskussion

Intresset för att delta i studien var stort bland såväl patienter, personal som brukare. Alla intervjuade tyckte ämnet var viktigt att studera. Generellt framkom en syn på att bemötandet var gott, både från patienter och vårdgivare. Men i de fall bemötandet upplevts som dåligt hade det ofta starkt negativ effekt på patientens hela vårdupplevelse.

Kommentarer till fynden

Under rubriken *”Att skapa tillit och trygghet”* framkom betydelsen av att personalen med respekt och värdighet främjar tillit och skapar en förtroendefull relation mellan patient och vårdare.

På området *”Att visa personlig omsorg”* nämndes att vara snäll, tålmodig, förstående och lyhörd. Vad gäller missbruksvård är sannolikt tålmodighet en de stora utmaningarna, eftersom det dels ofta går lång tid från det att ett beslut tas om en ändring av den skadliga levnadsvanan till att förändringen är genomförd, dels att återinsjuknanden är mycket vanliga. Vården strävar att avdramatisera dessa förlopp för att motverka den modstulenhets och den överdrivet pessimistiska syn som lätt uppkommer i sådana situationer.

”Att agera utifrån kunskap och erfarenhet” omfattar flera moment. Bland annat skall personalen dela med sig av sina kunskaper på ett adekvat sätt. Missbruksvård kan utgöra en utmaning eftersom patienter i vissa skeden kan ha svårt att ta till sig information. Förmågan blir t.ex. nedsatt när man har en påverkan på de kognitiva funktionerna pga. intoxication, kraftig ångest eller har en långvarig kognitiv försämring som följd av t.ex. alkohol eller cannabissmissbruk. Det gör att informationsgivningen behöver vara kort, och att mer information får ges i ett skede när hjärnan återhämtat sig. Ett sätt att möjliggöra en bättre dialog är att tillämpa tekniker ingående i MI (Motivational Interviewing) även om inte hela interventionen följer MI (12). Det innebär bl.a. att vårdgivaren ständigt undersöker vilken information om patienten vill ha och är kapabel att ta emot.

Vårdgivare skall också anpassa interventionen efter behov, tillgodose individuella behov och utöva ”professionell empati”. Blenberger delar upp empatibegreppet i två delar: empati som uppmärksamhet och lyhördhet, och empati som medkänsla (13). Empatisk uppmärksamhet och lyhördhet signalerar att vårdgivaren är närvarande och ”ser” den andre. Genom medkänslans bemötande ger vi uttryck för vår förståelse av den andre på ett visst sätt. Till ett uppmärksam och lyssnande bemötande anger Blenberger att det nästan alltid hör lugn och stabilitet. Det kräver, särskilt i en ”stökig” miljö såsom en akutavdelning ofta är, att patienten behöver mötas i ett avskilt lugnt rum.

”Att respektera patienternas autonomi” innebär bl.a. att patienter skall vara delaktiga i vården och besluten. En del av patienterna berättade att de kunde känna sig illa behandlade av att inte vara delaktiga. Men delaktighet är också ett komplext fenomen för en del patienterna i vår studie så också att det var viktigt att inte vara delaktiga i alla beslut. Lösningen på detta kan återigen vara att föra samtalen i en MI-anda, t.ex. att efterhöra patientens önskemål avseende deltagande i beslut och lyhört acceptera patientens önskemål om delaktighet.

Det förekom också exempel på kränkande beteende av olika slag. Detta är inte ett bemötande som en vårdsökande person skall behöva stå ut med och dels är det sannolikt extra negativt när det gäller vård av sköra, stigmatiserade personer som ofta har nedsatt självkänsla. Det är också rimligt att anta att ett sådant beteende avskräcker människor från att söka eller sluta delta i vård. Detta område behöver undersökas mer specifikt i kommande studier.

Värderingen av bemötandet kunde förändras över tiden

En svårighet med att behandla missbrukstillstånd är att patienten kan ha en syn på vad som är god vård i ett akutskede, och en annan syn på vad som är god (och rimlig) vård när patienten varit nykter/drogrfri ett längre tag. Detta framkom vid intervjuer av brukare som alltså varit nyktra och drogfria en längre tid vid intervjutillfället. En del så då att behandlingen och bemötandet varit OK, trots att de tidigare (dvs. i akutskedet) tyckte den var för tuff. Detta pekar på att vårdgivaren behöver förhålla sig enligt en kunskapsmall som är hämtad från erfarenheten av att behandla många personer för missbruk. Följer man enbart patientens omedelbara ”beställning” kan man fastna i en onödigt låg ambitionsnivå. Detta påminner om begreppet “tough love” som det används av Chang et al i en artikel om rehabilitering:

“Love or affectionate concern expressed in a stern or unsentimental manner (as through discipline) especially to promote responsible behavior (Merriam–Webster online dictionary).” (14)

Specifikt innebar detta att den f.d. patienten var nöjd med att personalen pläderat för en "tuffare" målsättning för nykterhet än vad patienten själv tyckte var lämplig i det akuta skedet.

Komplexa sjukdomstillstånd

Även vid komplexa sjukdomsbilder skattade patienterna bemötandet övervägande som gott. När man intervjuar människor sker detta under lugna kontrollerade former. Men i den dagliga verksamheten inträffar ofta kritiska situationer då många av personalens goda intentioner kan behöva modifieras eftersom kontexten inte medger det mest ideala bemötandet, åtminstone inte för tillfället. Sannolikt speglas inte sådana besvärliga tillfällen i tillräcklig utsträckning i denna rapport. Variationer mellan vårdgivare avseende bedömningen av vad som är ett "rimligt" bemötande kan bero på "yttre" faktorer såsom arbetsbelastning, kulturen på enheten, svårighetsgraden av patienternas sjukdom men också individuella faktorer hos vårdgivaren.

Samband med vårdmiljö

Det finns en intressant aspekt i bedömningen av ett strikt och bestämt förhållningssätt i vissa vårdfrågor. Detta gäller vid jämförelse mellan patienter som vårdades på en enhet där man genomförde avgiftning och behandling för alkoholsjukdomar utan svår psykiatrisk sjukdom och å andra sidan vården av patienter med blandmissbruk och samtidig psykiatrisk sjukdom. I den senare gruppen har patienterna vanligen fler problem att ta ställning till och vissa av dessa patienter är även initialt tvångsvårdade. Dessa förhållanden påverkar bemötandet.

Vidare, tilltron till den egna förmågan att arbeta med personer med missbruksrelaterade problem har i en undersökning visat sig vara betydligt bättre i specialiserad missbruksvård, jämfört med i psykiatrisk vård, där den i sin tur var mycket bättre än i primärvård (15). Detta innebär sannolikt att vårdinrättningar som inte är specialiserade på vård av personer med MB t.ex. primärvård och allmän psykiatri, har mycket att lära av personalen inom den specialiserade missbruksvården. I första gället gäller detta attityder till att arbeta med personer med MB, men möjligen även vad gäller bemötande generellt.

Nya frågeställningar

I denna studie framkommer en ganska ljus bild av hur patienter med beroendeproblematik bemöts inom beroendevården i Göteborg. Hur fullständig kan vi tro att bilden av bemötande, som den framkommer i denna studie, är? Vissa av oss som gjort studien har både nu och tidigare haft möjligheten att som vårdgivare delta i arbetet på klinikens avdelningar och öppenvårdsenheter, och har då ibland

gjort observationer som kan tyda på en bild som kan komplettera eller skilja sig från den som framkommer i denna forskningsrapport. Vi har då iakttagit vad vi uppfattar som uttryck för en negativ uppfattning om människor med MB och en negativ inställning till att arbeta inom missbruk/beroendevård. Även om den största delen av personalen inte har denna uppfattning kan ett sådant förhållningssätt, när det väl förekommer, orsaka stor skada.

I studien har vi undersökt patienter och personal i den specialiserade vården för missbruk/beroende. Iakttagelserna i detta begränsade material skulle kunna tala för att det finns en viss skillnad i bemötande mellan olika delar av denna vård. Bemötandet framstod mer entydigt som bra på den enhet som enbart handlägger ”renodlade” alkoholtillstånd. Dessutom var möjligen bemötandet ett något större problem i slutenvården än i öppenvården. Det är oklart vad sådana skillnader kan bero på. Möjligen kan skälen vara 1. Vissa enheter har ett bättre värdegrundsarbete, 2. Vissa enheter har ett mer avgränsat uppdrag, vilket i praktiken innebär man arbetar med mindre komplexa problemtillstånd. 3. Vissa strukturella förhållanden spelar stor roll för möjligheterna att ge ett gott bemötande. Är arbetet mycket stressig pga. låg bemanning eller om personalen inte är samspelt, blir det svårare att bemöta patienter väl. Utöver detta har förstås olika vårdgivare såväl som patienter olika syn på vad gott bemötande är, vilket leder till skillnader i beteende. Av alla skillnader är sannolikt strukturella faktorer viktigast och då tänker vi främst på personalbrist och hög personalomsättning. Vi tror att det är stor risk att man inte tillräckligt beaktar strukturella faktorer när budgeten är pressad och främst siktar in sig på kunskaphöjning och att påverka attityder.

En svårighet vid tolkningen av materialet var att det ibland var svårt att veta om patienterna och personalen talade om upplevda vårdmöten, eller om de svarade som om frågan gällde en idealbild av särskilt goda möten. Vi kan inte lösa den frågan med nuvarande material, så den behöver fokuseras i kommande studier.

Vi har några förslag till undersökningar som kan komplettera den bild av bemötande som vår studie ger.

1. En anonym enkätstudie är redan gjord (utanför ramen för det arbete som redovisas här), men resultaten har inte hunnit bearbetas. Fler anonyma studier skulle vara en fördel, inte minst en som baseras på intervjuer.
2. Göra en antropologisk studie med fokus på bemötande. Nackdelen med en sådan är att det är tidskrävande.
3. Annonsera efter personer som önskar ge en kompletterande bild.
4. Följa avvikelserapporter över tid.
5. Studera hur och om patienterna i missbruksvård upplever att de ges verkliga val.

6. Studera bemötande av människor med missbruk och beroende i primärvård och specialiserad psykiatri.
7. Studera vad patienter menar med att vårdgivarna ställer för höga krav på delaktighet.

I några fortsatta studier har vi börjat studera bemötandet av beroendepatienter specifikt i tvångsvård, och studera bemötande av beroendepatienter ur ett genusperspektiv.

Denna studie har genomförts vid beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Ett anslag har erhållits från CERA (Center for Education and Research on Addiction) GU, samt god hjälp från beroendeklinikens ledning och personal.

Referenser

1. Bättre insatser vid missbruk och beroende: slutbetänkande av Missbruksutredningen. SOU 2011:35. Stockholm 2011.
2. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman
3. Schomerus G1, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MCA. Alcohol Alcohol. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. 2011 Mar-Apr;46(2):105-12.
4. Vårdens Svåra Val, SOU1905:5, del 2, kapitel 11
5. Hälso- och sjukvårdslag 1982:763. Svensk författningssamling 1982:763.
6. Patientlag 2014:821. Svensk författningssamling 2014:821
7. Vårdhandboken, SKL 2017, se <http://www.vardhandboken.se/>
8. Khan S1, Okuda M, Hasin DS, Secades-Villa R, Keyes K, Lin KH, Grant B, Blanco C. Gender differences in lifetime alcohol dependence: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Alcohol Clin Exp Res. 2013 Oct;37(10):1696-705.
9. Bättre insatser vid missbruk och beroende, ofta kallad missbruksutredningen, SOU2011:35.
10. Livingston JD, Milne T, Fang ML & Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review
11. Graneheim UH, & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurs Edu Today, 2004 (24) 105-112

12. Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler Motiverande samtal i hälso- och sjukvård - Att hjälpa människor att ändra beteende. Studentlitteratur 2009)
13. Blennberger E. Bemötandets etik. Studentlitteratur 2013)
14. Chang LH Wang J. A tough-love pedagogy in rehabilitation: integration of rehabilitation ideology with local cultures, Int J of Rehab Research 2009:32; 219-227.
15. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services
Drug Alcohol Depend. 2014 Jan 1;134:92-98.