

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Livet efter knarket
Om livskvalitet för drogfria, läkemedelsbehandlade personer
med ADHD

Marie von Garaguly

Masteruppsats 30 hp
PC2541
Höstterminen 2018
Handledare: Inga Tidefors

Livet efter knarket – Om livskvalitet för drogfria, läkemedelsbehandlade personer med ADHD

Marie von Garaguly

Sammanfattning: Syftet var att undersöka hur drogfria personer med attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) och substansbrukssyndrom med amfetamin som huvuddrog uppfattar sin livskvalitet under behandling med centralstimulerande läkemedel. Deltagarna i studien var sex män inskrivna vid en öppenvårdsmottagning inom verksamhetsområde Beroende på Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg. Deltagarna intervjuades med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide och resultatet analyserades med tematisk, induktiv metod. Resultaten visar att livskvalitén förändras både till det bättre och sämre under drogfriheten. En svårighet var att ta tillbaka makten över sitt eget liv och kunna hitta fungerande vardagsrutiner. Tiden med drogerna var inte enbart negativ utan deltagarna önskade att få acceptans av omvärlden för att den tiden också var rolig och okomplicerad. Denna studie är i linje med tidigare forskning som visar att drogfria personer med ADHD och substansbrukssyndrom har en komplex problematik.

Inledning

Livskvalitet är ett svårdefinierat begrepp men används flitigt bland annat i hälso- och sjukvården och det kan vara ett uttryck för att det finns behov av att mäta subjektiva upplevelser. Det existerar ett flertal definitioner. En av de mest välkända beskrivs av World Health Organization (WHO, 1998): ”Livskvalitet omfattar individens uppfattning om sin situation i tillvaron utifrån den kultur och det värdesammanhang som hon befinner sig i och i relation till personliga mål, förväntningar, normer och intressen. Det är ett vitt begrepp som påverkas av individens fysiska hälsa och psykologiska tillstånd, grad av oberoende, sociala förhållanden och relationer till betydelsefulla händelser i livsmiljön.”

Det är främst fyra tolkningar av vad livskvalitet är som återkommer i forskningen som kan sammanfattas med begreppen välbefinnande, lycka, meningsfullhet och handlingsfrihet (SOU, 2015). Där välbefinnande innefattar ekonomisk och materiell standard utifrån befintlig livssituation. Ekonomiska resurser kan ju leda till ökad välfärd genom möjligheterna att kunna förbättra sin hälsa, bostad och fritidsaktiviteter (Coyle, 2014). Lycka kan vara känslomässig tillfredsställelse men också välbefinnande på både lång och kort sikt. Oavsett hur lycka mäts så är det små skillnader mellan olika befolkningsgrupper (Fors, 2012; Layard, 2011). Livets meningsfullhet kan innebära att göra gott för andra och att leva i enlighet med sitt sanna jag och natur (Waterman, 2010). Livskvalitet som handlingsfrihet innebär att individen har resurser att styra sitt liv efter egna värderingar och önskemål (Sen, 1999). I statens offentliga utredningar (SOU, 2015) konstateras att handlingsfrihet är det begrepp som ligger närmast att beskriva livskvalitet och föreslår att livskvalitet bör mätas och redovisas med indikatorer utifrån följande livsområden: 1) hälsa 2) kunskap och färdigheter 3) sysselsättning 4) ekonomiska resurser 5) politiska

resurser och medborgerliga rättigheter 6) sociala relationer 7) säkerhet till liv och egendom 8) bostad 9) tidsutrymme samt 10) livsmiljö.

En person kan värdera sin livskvalitet olika under olika perioder av livet. Hur man värderar sin livskvalitet kan bero på tidigare erfarenheter och möjliga framtida förutsättningar för en förbättrad eller försämrade livskvalitet. När en persons livskvalitet är hög betyder det att livet är bra just då för den personen och människan strävar oftast efter att främja sin egen livskvalitet och många strävar också efter att förbättra andras (Brülde, 2003).

Det finns inte något enhetligt sätt att mäta livskvalitet och det existerar närmre 4000 olika självskattningsformulär internationellt. Dessutom är det problematiskt att göra jämförelser i forskningen när olika livskvalitetscreeningar används med varierande validitet och reliabilitet (Fahlke & Lindqvist Bagge, 2018).

Ett vanligt mått i hälso- och sjukvården är EQ-5D som består av fem frågor. Formuläret har hög reliabilitet och validitet och används internationellt. Frågorna rör främst fysiska problem och instrumentet är inte lämpligt att använda till unga människor med psykisk ohälsa (Burström et al, 2014). Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) är ett annat formulär som passar en yngre målgrupp där frågorna tar upp livsområden som personlig säkerhet, kriminalitet och sexualitet men används inte lika flitigt internationellt (Björkman & Svensson, 2005).

Sammanfattningsvis konstateras att det är svårt att mäta livskvalitet eftersom det finns ett stort antal olika formulär som mäter olika saker och vad som upplevs vara god livskvalitet för en individ behöver inte vara samma för en annan. Grundläggande krav för hög livskvalitet är en god psykisk- och fysisk hälsa samt en social kontext.

Substansbrukssyndrom och ADHD

I Sverige hade 2011 cirka 780 000 personer över 18 år ett missbruk/beroende av alkohol och cirka 55 000 personer ett missbruk/beroende av narkotika (SOU, 2011). Den vanligaste illegala drogen i Sverige är cannabis och näst vanligast är centralstimulerande droger som kokain och amfetamin. Amfetamin tillverkas på kemisk väg och påverkar det centrala nervsystemet med framförallt påslag av signalsubstanser som dopamin och noradrenalin. Substansen kan användas i läkemedelsform för narkolepsi, övervikt och ADHD (Franck & Nylander, 2015). Senaste versionen av Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) används begreppet substansbrukssyndrom istället för tidigare välkända begrepp missbruk/beroende. Förändringen motiverades med att vid substansbrukssyndrom läggs lika stor vikt vid psykiska, sociala och fysiska konsekvenser vid användning av droger, alkohol och läkemedel (DSM-5, 2013). I denna studie kommer båda begreppen att användas.

Dödligheten för personer med substansbrukssyndrom är nästan åtta gånger högre än bland normalbefolkningen. Jämfört med befolkningen i övrigt har dubbelt så många personer med substansbrukssyndrom någon gång under livet även haft en psykiatrisk diagnos. De vanligaste psykiska hälsoproblemen är ångest, depression och personlighetsstörningar (Alborn, 2012). Enligt Dirks, Scherbaum, Kis och Mette (2017) har var fjärde person som söker beroendevård ADHD-symtom som överensstämmer med ADHD-diagnos.

ADHD är en neuropsykiatrisk diagnos som kännetecknas av uppmärksamhetsstörning, hyperaktivitet, impulsivitet och koncentrationssvårigheter (Söderpalm, 2012). Prevalensen ligger mellan 3 och 8 procent i befolkningen och är

vanligare hos pojkar (Faraone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003). Symtomen kan bero på en rad olika orsaker, men forskning med bland annat PET-kamera visar att personer med ADHD verkar ha en underfunktion av signalsubstansen dopamin i hjärnan (Volkow et al, 2007). Varannan vuxen person med ADHD riskerar att utveckla missbruk och har ett kortare intervall mellan att övergå från alkohol till starkare droger (Sullivan & Rudnick, 2001). ADHD med debut i barndomen kan också innebära låg psykosocial funktion i vuxen ålder (Rasmussen & Gillberg, 2000). Centralstimulerande droger som till exempel amfetamin leder vanligtvis till symtomlindring för personer med ADHD (Volkow et al, 2007). I Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen, 2015) rekommenderas att personer med substansbrukssyndrom bör erbjudas läkemedelsbehandling, terapeutiska insatser och psykosociala interventioner. I Tabell 1 redovisas läkemedel med centralstimulerande effekt som är godkända i Sverige.

Tabell 1. Läkemedel och verkningsmekanismer för behandling av ADHD i Sverige.

Substans	Produktnamn	Verkningsmekanism
Atomoxetin	Strattera®	Selektiv noradrenalinåterupptagshämmare
Metylfenidat	Concerta® Ritalin® Medikinet® Equasym®	Selektiv noradrenalin- och dopaminåterupptagshämmare
Dextro-levoamfetamin, (dl-amfetamin)	Amfetamin®	Vänder på dopamin- och noradrenalinpumparna och blockerar återupptagshämmarna på samma sätt som metylfenidat.
Dextro-amfetamin (d-amfetamin)	Metamina® Attentin®	Vänder på dopamin- och noradrenalinpumparna och blockerar återupptagshämmarna på samma sätt som metylfenidat. Mer effektiv på dopaminpumparna jämfört med levo-formen
Lisdexamfetamin dimesylat	Elvanse®	Vänder på dopamin- och noradrenalinpumparna och blockerar återupptagshämmarna på samma sätt som metylfenidat men en extra ligand på molekylen gör att det frigörs långsamt
Guanfacin	Intuniv®	Guanfacin är en selektiv alfa _{2A} -adrenerg receptoragonist

(Socialstyrelsen, 2012; Fass.se; Läkemedelsverket, 2016)

Risken att misslyckas med att bli drogfri är högre för dem som har ADHD på grund av bristande uthållighet och många har svårt att inrätta sig i vårdens behandlingsregler (Sullivan & Rudnick, 2001). Tidig ADHD-diagnos och insättning av centralstimulerande läkemedel i kombination med terapeutisk behandling rekommenderas för denna grupp (Crunelle et al, 2018).

Att bli drogfri innebär att personen får hantera fysisk och psykisk abstinens, skapa nya nätverk, avsluta destruktiva, sociala kontakter, skaffa nytt umgänge, klara sin försörjning, hantera en ny identitet, lära sig nya färdigheter och sociala regler. Individens motivation kan öka för att bibehålla drogfriheten om hen upplever positiva händelser i livet, som till exempel bättre hälsovanor eller att personen fungerar bättre i vissa sociala sammanhang jämfört med tidigare (Ekendahl, 2007).

Tidigare forskning

Livskvalitet och funktion för individen ur fysisk, psykisk och social synvinkel är lägre för personer med substansbrukssyndrom än för drogfria personer (Vederhus, Birkeland & Clausen, 2016). Gonzales et al (2009) studerade livskvaliteten för individer som söker behandling för metamfetaminsmissbruk under ett år. Resultatet visade att generell livskvalitet förbättrades under behandlingen för missbruket, men den fysiska hälsan var fortsatt låg. Faktorer som påverkar hälsorelaterad livskvalitet var kön, psykosocial funktion, svårighetsgrad av missbruk och grad av hälsoförlust. Forskarna betonade också att det är viktigt att fortsätta behandla metamfetaminberoende för att få förbättrade livskvalitetsresultat (Gonzales et al, 2009). En annan studie på samma population visade att den enda skyddande faktorn vid missbruk/beroende var att ha ett arbete (Gonzales et al, 2011). Flera studier visar att substansbrukssyndrom med psykiatrisk samsjuklighet är svårbehandlat (Drake et al, 2001; Edward & Robins, 2012; Saitz et al, 2008). En metastudie av Donovan et al (2005) visar att livskvaliteten är lägre hos personer med substansbrukssyndrom som söker behandling jämfört med drogfria personer och även i jämförelse med dem som har kroniska psykiatriska diagnoser.

En kvalitativ studie visade att livskvaliteten förbättrades signifikant för personer med substansbrukssyndrom sex månader efter behandling och drogfrihet. Lägst livskvalitet skattade de som hade högst grad av psykiatrisk samsjuklighet. Kvinnor förbättrade sin livskvalitet i högre grad än män efter behandling. Forskarna konstaterade också att mäta livskvalitet är ett viktigt terapeutiskt instrument inom beroendevården (Pasareanu et al, 2015).

Det finns flera studier publicerade om livskvalitet, samsjuklighet och substansbrukssyndrom med alkohol som huvuddrog (Kelly, 2018; Morgan et al, 2003; Smith & Larson, 2003) eller opiater/opioider (Villeneuve et al 2006; Millson et al, 2006). Däremot är det svårare att hitta studier om livskvalitet för personer med psykiatrisk samsjuklighet och missbruk/beroende av amfetamin eller andra centralstimulerande droger. I en något äldre studie av Havassy och Arns (1998) konstaterades att kokainmissbrukare med psykiatrisk samsjuklighet är signifikant mindre nöjda med sin personliga säkerhet och allmänna livssituation jämfört med dem som har ett blandmissbruk.

Kronenberg et al (2014) undersökte i en kvalitativ studie vardagslivets svårigheter för personer med substansbrukssyndrom och samsjuklighet med ADHD och/eller autismspektrumstörning (AST). Den komplexa bilden visar sällan att en drogfri person med ADHD automatiskt får förhöjd livskvalitet. Resultatet i studien visar att båda grupperna (ADHD och AST) har stora svårigheter att strukturera det dagliga livet på grund av bristande planeringsförmåga men förmågan att strukturera vardagen förbättrades inte av att vara drogfri i ADHD-gruppen. Forskarna föreslog att vården borde fokusera mer på de subjektiva, psykologiska konsekvenserna av substansbrukssyndrom och ADHD. De konstaterade också att det finns behov av fler kvalitativa studier som undersöker de problem som kan uppstå i vardagen. Delar av samma forskargrupp kartlade återhämtningsprocessen för personer med substansbrukssyndrom, ADHD och/eller autismspektrumstörning och fyra teman som representerade fyra efterföljande steg i återhämtningen framkom i båda grupperna: (1) kris och diagnos; (2) att hantera agitation, symtom och börda; (3) omorganisation av livet; (4) meningsfullt liv (Kronenberg et al, 2015a). Forskarna föreslog att behandlingen kan på så sätt skräddarsys och gruppen med

ADHD och substansbrukssyndrom föredrar en mer coachande attityd (Kronenberg et al, 2015b).

Syfte

Forskning visar att livskvalitet och funktion för individen ur fysisk, psykisk och social synvinkel är lägre för personer med substansbrukssyndrom än för drogfria personer. En person med ADHD har en försämrad dopaminfunktion i hjärnan och får en viss symtomlindring av centralstimulerande läkemedel vars effekt medför att de bland annat höjer dopaminnivåerna i hjärnan, såsom även centralstimulerande droger gör. Forskning visar att substansbrukssyndrom i kombination med ADHD kan vara faktorer som försämrar livskvalitén. Drogfrihet i sig garanterar inte att individen förbättrar sin upplevda livskvalitet. En ännu inte kartlagd fråga är om ökad koncentrationsförmåga, minskad impulsivitet och minskad motorisk oro också kan ge effekter på den upplevda livskvalitén. Psykiatri- och beroendevård erbjuder bland annat centralstimulerande läkemedel till personer med ADHD under förutsättning att de inte tar droger samtidigt som läkemedelsbehandlingen pågår. Det finns behov av fler kvalitativa studier som undersöker de problem som kan uppstå i vardagen för dessa personer för att utöka behandlingsalternativen. Denna studies syfte är att undersöka hur drogfria personer med ADHD och tidigare substansbrukssyndrom med amfetamin som huvuddrog uppfattar sin livskvalitet under behandling med centralstimulerande läkemedel.

Metod

Deltagare

Deltagarna var samtliga män födda mellan 1973 och 1988 år som det senaste året var eller hade varit inskrivna på verksamhetsområde Beroende på Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg på grund av substansbrukssyndrom och psykiatrisk samsjuklighet (Tabell 2). Samtliga deltagare hade ADHD-diagnos sedan 2015 eller längre tillbaka i tiden och några hade även andra psykiatriska diagnoser. Samtliga deltagare fick behandling med centralstimulerande läkemedel och uppgav att amfetamin hade varit deras huvuddrog under missbrukstiden. Deltagarnas medelålder var 37 år och samtliga var ensamstående med eller utan barn. Fyra av sex hade genomgått gymnasieutbildning, resterande två hade genomfört grundskoleutbildning. Några deltagare medicinerade även med andra läkemedel än centralstimulantia för bland annat sömnproblem, depression eller somatisk sjukdom.

Tabell 2. Deltagare.

Del- tagare	Läkemedel	Andra psykiatriska diagnoser	Boende	Inkomst
1	Lisdexamfetamin 170 mg sedan 2016		Kontrakt ägs av socialtjänst	Försörjnings-stöd
2	Lisdexamfetamin 120 mg sedan 2015	Blandad ångest- och depressionstillstånd	Eget	Arbete
3	Lisdexamfetamin 140 mg sedan 2017	Generaliserad ångest	Kontrakt ägs av socialtjänst	Försörjnings- Stöd
4	Lisdexamfetamin 60 mg sedan 2016	Blandade ångest- och depressionstillstånd	Kontrakt ägs av socialtjänst	Försörjningsstöd
5	Lisdexamfetamin 90 mg sedan 2017	Aspergers syndrom Bipolär sjukdom Emotionellt instabil personlighetsstörning Psykos UNS	Särskilt boende med personal	Sjukersättning
6	Metylfenidat 120 mg sedan 2013		Eget	Sjukersättning

Instrument

En intervjuguide (bilaga 1) utformades med utgångspunkt från WHO:s självskattningsformulär World Health Organisation Quality of Life (WHO, 1995). Instrumentet är välkänt internationellt med hög validitet och reliabilitet och där får deltagaren skatta sin uppfattning om livskvalitet och hälsa inom fyra olika domäner; fysisk, psykisk och social hälsa samt miljöfaktorer. Efter en provintervju med en person som uppfyllde inklusionskriterierna gjordes en intervjuguide med semistrukturerade frågor om livskvalitet utifrån självskattningsformuläret. Livsområden som provintervjudeltagaren uppfattade som svåra eller på annat sätt irrelevanta togs bort som

exempelvis frågor om transportmöjligheter, personlig tro, arbetskapacitet, återhämtning, fritidsaktiviteter och fysisk miljö. Intervjuerna utfördes i deltagarnas bostäder och varierade i längd. En intervju varade 30 minuter på grund av att deltagaren svarade kortfattat på frågorna. Resterande fem intervjuer pågick mellan 60 till 120 minuter. Tabell 3 innehåller en sammanställning av de livsområden som togs med i intervjuerna. Frågorna formulerades öppna och utforskande som till exempel: Vad tycker du om dina personliga relationer? På vilket sätt visar det sig?

Tabell 3. Livsområden som togs upp i intervjuerna.

Fysisk hälsa	Psykisk hälsa	Sociala relationer	Miljö
Dagliga aktiviteter Behov av läkemedel och hjälp från sjukvård Energi och trötthet	Kroppsbygg Negativa känslor Positiva känslor Självförtroende	Personliga relationer Socialt stöd Sexuell aktivitet	Ekonomi Fysisk trygghet Säkerhet

Tillvägagångssätt

Öppenvården inom verksamhetsområdet Beroende/Sahlgrenska universitetssjukhuset erbjuder bland annat läkemedelsbehandling, psykologutredning, motiverande samtal och återfallsprevention för personer med substansbrukssyndrom. Då studien genomfördes fanns det tre stora basmottagningar och några mindre enheter utspridda i Göteborgsområdet och angränsande kommuner. En av de mindre mottagningarna låg i Mölndals kommun och hade 171 listade patienter i januari 2018 varav 167 hade haft minst ett återbesök under 2017. Sextiofyra (37,4%) av dessa patienter hade ADHD-diagnos och ca 40 av de 64 (62,5 %) fick läkemedelsbehandling med centralstimulantia. Mottagningen valdes för att den var liten och behandlarna kände patienterna väl. Deltagarna till studien valdes strategiskt utifrån deras förmåga att kunna dela med sig av sina erfarenheter och uppfyllde inklusionskriterierna som drogfria, vuxna med substansbrukssyndrom och läkemedelsbehandlad ADHD. Åtta deltagare valdes ut av personal på mottagningen och fick förfrågan via sms eller telefonsamtal under februari 2018 om de ville delta. I telefonsamtalet beskrevs metoden och att deltagarna var välkomna att ringa till ansvarig person för studien om de hade frågor. Några av deltagarna hade tidigare haft paranoidea episoder med tankegångar som till exempel att vara övervakad i sin bostad av främmande makt eller att personens dator hade blivit hackad av säkerhetspolisen. För att försöka undvika att liknande paranoidea tankegångar skulle uppstå under intervjuerna så informerades deltagarna noga om förutsättningar med att intervjuerna skulle spelas in på en mobiltelefon som endast forskaren hade tillgång till. Sju personer anmälde sig och en deltagare skulle precis påbörja ett fängelsestraff på anstalt och kunde därför inte delta i studien. Tid bokades för hembesök under en period av fyra veckor i mars 2018. Vid hembesöket var samtliga deltagare i ensamhushåll och intervjuerna genomfördes utan störningsmoment. Intervjuerna spelades in med hjälp av programmet Röstmemon på två olika mobiltelefoner, om det skulle visa sig att en telefon inte fungerade. Provintervjun ingår i analysmaterialet.

Databearbetning

Data analyserades enligt induktiv, tematisk analys, vilken kan beskrivas som datadriven (Braun & Clarke, 2006). Kategorier och teman formas utifrån data som framkommer i intervjuerna. Valet av tematisk analys gjordes utifrån denna studies induktiva och explorativa ansats. Inledningsvis utfördes och transkriberades sex intervjuer, meningsbärande citat frilades och delades in i kodfamiljer. Dessa omformades några gånger under arbetets gång och successivt växte flera centrala teman fram. Samtliga deltagare finns representerade genom citat. Dataanalysen resulterade i tre huvudteman med olika antal tillhörande underteman.

Etiska överväganden

Att intervjua människor som har psykiatrisk problematik och substansbrukssyndrom kräver kunskap om målgruppen. Flera av deltagarna kände till att författaren arbetade som verksamhetsutvecklare på verksamhetsområde Beroende och att författaren inte hade något behandlingsansvar eller inflytande i behandlingen av deltagarna. De utvalda deltagarna informerades att de också individuellt skulle få ta del av resultatet i skriftlig form med möjlighet att ställa frågor. Patientinformationen och samtycket delades ut skriftligt (bilaga 2) och deltagarna fick också muntlig information om att de kunde avbryta sitt deltagande i studien vid vilken tidpunkt som helst och utan att behöva förklara varför. I ett försök att anonymisera deltagarna anges inga namn under citaten i resultatdelen.

Resultat

Studiens syfte var att få djupare insikt i hur människor med ADHD och substansbrukssyndrom med amfetamin som huvuddrog uppfattar sin livskvalitet efter att de hade slutat att ta droger och fick behandling med centralstimulerande läkemedel. Genom tematisk, induktiv analys framträdde huvudteman och underteman som var representerade hos samtliga deltagare. Dessa presenteras i Tabell 4. Citaten har korrigerats varsamt för att öka läsbarheten.

Tabell 4. Huvud- och underteman.

Huvudteman	Underteman
<i>1. Att hantera förändringar</i>	1.1 Tankar om hälsan
	1.2 Ny identitet
	1.3 Interaktion med andra
	1.4 Social isolering
<i>2. Att ta kontroll över sitt liv</i>	2.1 Känsla av maktlöshet
	2.2 Behovet av läkemedel
	2.3 Hantera vardagen
<i>3. Att inte glömma det förflutna</i>	3.1 Skammen
	3.2 Saknaden efter drogerna
	3.3 Bättre förr

1. Att hantera förändringar

I detta tema inryms hur deltagarna uttryckte tankar om livskvalitén blev bättre eller sämre efter att de slutade med droger/alkohol. Upplevelserna varierade i stor utsträckning. Däremot var deltagarna överens om att livskvalitén hade förändrats ur flera olika aspekter och en betydande del av svårigheterna under drogfrihet var att hantera och förhålla sig till dessa förändringar.

1.1 Tankar om hälsan. Samtliga deltagare beskrev förändringar i hur de tänkte och kände när de inte längre var i ett missbruk/beroende. Förändringarna kunde medföra att deltagarna fick tillbaka de obehagskänslor som droger tidigare kunnat dämpa. Några upplevde också förändringar i varseblivningen och att psykiatriska symtom till exempel panikångest som tidigare dämpats med droger återvände med full kraft.

”Varför är det så mycket folk, lukter, ljud – jag blir andfådd, börjar svettas och då blir man varm och svårt att vara i andras närhet, å när svettdropparna börjar komma i pannan så undrar man vad folk tänker och alla sådana där saker å jag vill bara dra långt bort och jag kan inte göra ett skit åt detta.”

En deltagare upplevde en enorm fysisk utmattning när han var drogfri som inte läkemedel kunde förhindra. Den fysiska dräneringen resulterade i både trötthet och initiativlöshet.

”Jag har blivit kass på sådana grejer som att ringa soss och sånt. Tröttheten har smugit sig på efter att ha varit drogfri 4 månader fast jag käkar medicin. Vissa dagar sitter jag bara i min lägenhet och gör inget, jag har ingen energi eller lust att ta tag i mitt liv, herregud jag är drogfri – jag trodde inte att drogerna gav mig energi, eller är jag bara helt slut? Ett fysiskt vrak.”

Någon föredrog hellre att vara fysiskt skadad än att uppleva de obehagliga psykiska effekterna av att vara drogfri trots läkemedelsbehandlingen.

”Livet blev väldigt jobbigt när jag slutade med drogerna jag fick en psykologisk avtändning, jag fick rastlöshetsattacker och obehaglighetskänslor i kroppen så jag nästan höll på...det var obeskrivligt plågsamt, jag hade hellre tagit smärta.”

En deltagare hanterade sin rastlöshet med att träna kampsport flera dagar i veckan vilket hade god effekt på hans hälsa och stärkte självförtroendet.

”Inte bara att jag ser bättre ut, är smalare och tränar men alltså hälsomässigt så syns det. Jag tränar nästan varje dag, nästan på ett galet sätt, men jag måste få utlopp för all den rastlöshet jag hade i kroppen som amfetaminet och alkoholen tog bort. Jag har självkänsla idag, jag har aldrig haft självkänsla på den nivå jag har idag.”

Det fanns också en besvikelse över att livet fortfarande var svårt att hantera. Förutsättningarna för att klara av att hantera grundproblemen hade inte blivit bättre av att bli drogfri och få läkemedel istället för att ta droger.

”Jag har fortfarande en anledning till varför jag mår dåligt idag trots att jag är drogfri. Det är ju inte så att kasching...inga droger allt är fint, det är ju nu som skiten verkligen kommer in i hjärnan liksom.”

1.2 Ny identitet. De flesta deltagarna hade använt droger och alkohol sedan tidiga tonår och den förhållandevis nyfunna drogfriheten hade gett dem förmåga att reflektera över deras personlighet. För några uppträdde ett nytt jag, som både var skrämmande och spännande. En deltagare beskrev stor förvåning när han upptäckte att han egentligen var en mycket blyg person.

”Men det förra livet med droger är så totalt annorlunda. Alltså känslomässigt, levnadsmässigt, allt. Det finns inte en molekyl som är lik. Det är så stor kontrast. Allt i livet nu är ju skrämmande, jag vet inte vem jag är i allt detta och jag är ju blyg...jag blyg. Det fanns inte på kartan, nu vågar jag knappt prata med en brud utan att stamma.”

Ny identitet och självinsikt kan vara att kunna titta på sig själv utifrån - vem man är, eller vem man har blivit. Upptäckten kunde vara obehaglig men kunde också innebära att för första gången i livet känna framtidstro.

”Mina problem finns inte runt omkring mig utan problemen är inuti mig, jag har struntat i dom, jag har fixat allt omkring mig. Vem fan orkar se på sig själv hela tiden? När jag knarkade levde jag bara för dagen men nu börjar jag drömma om att bygga upp ett liv, en framtid, ett företag, massor av grejer.”

En deltagare hade i och med sin drogfrihet gått från att vara hemlös till att få ett lägenhetskontrakt och en tillsvidareanställning. Glädjen över att ha ett eget hem visade sig bland annat i ett genuint nytt intresse för heminredning som deltagaren inte visste att han hade. Att ha ett trivsamt och fint hem visade sig ha stor betydelse för hans livskvalitet.

”Men herregud alltså, kolla så det ser ut i min lägenhet...va? Jag har köpt mattor, fatta mattor. Och lampor från Svenskt Tenn. De är så jävla fint här och jag har massa planer på hur jag ska göra det ännu bättre.”

Upplevelsen att den kognitiva förmågan ökade med centralstimulerande läkemedel istället för droger beskrevs av några deltagare och därmed hade livet också fått ett större värde.

”Jag är liksom kristallklar, jag fattar grejer som jag aldrig förstod tidigare, min hjärna har liksom uppdaterats till en bättre version 2.0. Jag fattar inte vem den här nya killen är. En ny person, kommer inte ens ihåg hur mitt gamla jag tänkte...jag liksom aldrig tänkte, jag bara gjorde.”

Några upplevde också att deras kognitiva förmåga fungerade sämre än någonsin och att insikten kring detta var nedslående.

”Det är kaos, med allt just nu, minnet närtidsminnet är liksom bortblåst det finns inte, äh, lite oorganiserad sådär.”

Försämringen beskrevs som något som kunde leda till ett nedvärderande av en själv.

”Jag är ju helt dum i huvudet numera kopplingarna i hjärnan sitter inte ihop länge, jag har knarkat längre än jag varit drogfri, så jag vet inte vem den här personer är, vet inte ens om jag gillar honom, jag var så mycket snabbare i hjärnan när jag knarkade.”

1.3. Interaktion med andra. Tiden i missbruk var oftast kaotisk och familjen fick mindre betydelse då anskaffning och intag av droger blev det viktigaste i personens liv. En stor förändring som drogfri uppfattade flera deltagare var när de fick tillbaka kontakten med familj och närstående. Denna nya chans var en mycket viktig del av motivationen att kunna fortsätta vara drogfri.

”Föräldrar och syster är det jag mest är glad för det fungerade inte när jag höll på med alkohol och droger för att jag har så svårt att ljuga så jag höll mig borta i stället, stängde av. När jag la alla korten på bordet så har det aldrig varit så bra som det är nu, jag känner att dom litar på mig.”

En deltagare hade i tidig ålder kraftiga ADHD-symtom som också var starkt förknippade med ”positiva” personlighetsdrag såsom glad och aktiv.

”Herregud, min familj de säger att där är den gamla NN, såhär kommer vi ihåg dig, galen, pratig och men också en riktigt bra människa, egentligen.”

Många personer med substansbrukssyndrom försöker dölja och undanhålla familj och närstående deras verkliga livssituation. En deltagare beskrev att han kände en stor lättnad när han kunde sluta ljuga för familjen.

”Jag la alla korten på bordet så det har aldrig varit så bra som det är nu, jag känner att familjen litar på mig.”

En annan deltagare hade endast haft kontakt med drogleverantörer och andra personer med missbruk/beroende från tidiga tonår till 30-års åldern. När han blev drogfri vågade han gå på en klassåterträff från grundskolan, som han tidigare undviktit och han hade lyckats återknyta kontakt med två gamla klasskamrater.

”Tänk att jag har kompisar nu, som inte har knarkat och vi kan prata om vanliga grejer och jag märker ju att det finns en lucka i mitt liv som de inte har. De har jobbat och har bra ekonomi medan jag bara har en massa skulder och domar.”

1.4 Social isolering. En majoritet av deltagarna uttryckte en stor ensamhet och avsaknad av kontakt med familj och riktiga vänner under drogfriheten. Många saknade också tillit till myndigheter, sjukvård och hjälporganisationer.

”Jag har inga nära vänner, jag vill inte ha det heller. Jag litar inte på någon förutom på en sjuksköterska på öppenvården och mitt bostöd.”

Längtan efter att få ingå i ett socialt sammanhang och veta hur man ska bete sig i ett sådan är en viktig kunskap. En deltagare hade tidigare haft ett rikt socialt liv som innebar försäljning av droger och många personer kom till deltagarens bostad. Nu när han var drogfri, kunde det passera flera dagar utan någon social kontakt eller interaktion med andra.

”Jag känner mig isolerad, psykiskt jävla isolerad. Jätteisolerad. Det finns ingen jag kan ringa när jag mår dåligt. Dalarna känns djupare och djupare, det är inget som förändrats, jag förnekar verkligen att jag är ensam. Jag pratar med mig själv och säger det beror på det och det. Så lurar jag mig själv. Du kanske inte ska ligga här i sängen, du kanske ska träffa någon.”

Samtliga deltagare i studien var ensamstående och saknade fast partner. En majoritet uttryckte att om de bara fick en partner skulle många saker falla på plats och problem skulle lösa sig automatiskt genom att isoleringen bröts.

”Jag behöver en kvinna vid min sida också, bakom varje stor konstnär finns det en kvinna.”

Risken för återfall upplevdes som stor på grund av socialt tryck eller bara för att få känna social tillhörighet. Även vissa platser var förknippade med drogintag eller med personer som deltagarna försökte undvika.

”Drogfriheten har begränsat mig på det sättet att jag inte går på vissa vägar för att jag riskerar att träffa personer som jag inte vill träffa. Jag undviker vissa platser. Och det är väl negativt ibland. Och det har påverkat ... att man väljer att vara mer själv än social att man åker till ställen där det är mindre folk. Helt enkelt.”

2. Att ta kontroll över sitt liv

De flesta deltagarna hade försörjningsstöd vilket innebar att de besökte socialtjänsten regelbundet. För att få läkemedel måste de gå till en beroendemottagning flera dagar i veckan för att lämna drogtester. Vardagslivet fylldes av rutiner som andra bestämt för dem, att få återta den kontrollen var en viktig del i deras upplevda livskvalitet som framträdde tydligt under analysen av intervjuerna.

2.1 Känsla av maktlöshet. Deltagarna kände irritation kring att de alltid behövde följa de regler som hälso- och sjukvården satte upp. En av dessa regler är att inte dela ut centralstimulerande läkemedel om personen har tagit droger, vilket kontrolleras med droganalyser i saliv, blod eller urin. Detta innebar att dessa drogkontroller kunde begäras av hälso- och sjukvården, socialtjänsten och/eller kriminalvården. De strikta kontrollerna kunde till och med vara så besvärande att en av deltagarna kunde tänka sig att ompröva sitt beslut att förbli drogfri.

”Om jag missar en drogtest så får jag ingen medicin - att de har sådan makt över mitt liv, då funderar man på om det är värt att gå på medicin och vara drogfri.”

Upplevelsen av bristande tillit från både sjukvård och myndigheter kunde bidra till en ökad ohälsa och bristande motivation att orka fortsätta i samma spår.

”Jag är lite tröttare psykiskt nu, ledsen över att vara ensam, ledsen för att vara misstrodd, ledsen över att jag måste bevisa gång på gång på gång att jag kan vara drogfri.”

En deltagare upplevde att han var helt handlingsförlamad eftersom han inte kunde planera för framtiden då myndigheter och sjukvård hade för stort inflytande över hans dagliga aktiviteter.

”Mitt liv är helt i andras händer, ja vet att jag fuckade upp massa grejer tidigare men hela veckan är helt uppbokad, jag får knappt åka bort, då krånglar de skitmycket. De värsta är at jag inte vet hur länge jag måste fortsätta kontrolleras, kan de inte bara ge mig medicin och låta mig vara? Måste man ta ett återfall för att få vara ifred?”

2.2 Behovet av läkemedel. Doser av centralstimulerande narkotikaklassade läkemedel som förskrivs är betydligt lägre än de doser centralstimulerande droger deltagarna tog i sitt missbruk. Många uttryckte att läkemedel är som en brygga, att ta sig över från missbruk till drogfrihet. Det fanns också en känsla av att det inte är optimalt att bli beroende av något annat istället för droger. En majoritet ansåg att läkemedel var en förutsättning för att kunna bli drogfri.

”Jag behöver ju mediciner för att orka göra någonting. Utan Elvansen hade det gått åt helvete, jag hade bara fortsatt knarka och nu har jag varit drogfri i 20 månader.”

Deltagarna beskrev att de centralstimulerande medicinerna kunde innebära att koncentrations- och inlärningsförmågan ökade medan impulsiviteten och hyperaktiviteten minskade.

”Jag tror att när jag har medicinen blir jag fokuserad på tanken i hjärnan, om jag tänker en fågel som ska flyga så tänker jag på det. Men när jag inte har medicinen tänker jag fågel, kanin, katt och myra.”

En deltagare tyckte att hans upplevelse av färger och former hade förändrats genom medicineringen.

”Jag har varit jätteblyg och tillbakadragen som liten man säger att människor med autism och ADHD har ju väldigt lätt att se färger och har väldigt lätt att se olika former. Dra fram en sådan psykisk bläckbild så skulle jag få till några jävla former, läkarna skulle klia sig i huvudet. Hade nog inte blivit de gamla vanliga - det är en vagina där. Ha-ha. Jag ser helt andra grejer nu när jag har medicin.”

Någon upplevde att dosen av centralstimulerande läkemedel var alldeles för låg vilket innebar att han var konstant trött och initiativlös jämfört med tiden då han tog

amfetamin varje dag. Tröttheten medförde också att hans initiativförmåga var obefintlig och att ett återfall var oundvikligt.

”Jag orkar inget, ligger i sängen och pillar mig i naveln, jag orkar fasen inte röra på mig, det är så många grejer jag borde göra men det liksom händer inte. Är det såhär att vara drogfri så vet jag faktiskt inte om det är värt det, tror jag ska börja knarka igen. Om jag bara kunde få lite högre dos så kanske det kunde bli bättre. Tror jag skiter i detta faktiskt”

2.3 Hantera vardagen. Några av deltagarna uttryckte en oro för att bli vanliga ”Svenssons” vilket kunde innebära att de har ett arbete, bostad, partner, några barn, husdjur och en hobby. De tyckte istället om tanken att vara annorlunda och leva ett liv utanför normen. En deltagare beskrev hur han tidigare inte haft någon strukturerad vardag och fick nu lägga mycket energi på att hitta strategier för att få vardagslivet att fungera.

”Jag ändrade inte mitt liv för att bli en Svensson, jag vet inte, jag kan inte leva ett Svensson-liv, komma hem efter jobbet - Hej hej, jag läser tidningen en stund. Jobba...det ska alltid hända något och när det inte händer något i mitt liv så händer det inne i huvudet istället. Jag har svårt att vila och ta det lugnt och det var nog därför jag drack så jävla mycket jag måste ju för helvete koppla av, nu simmar jag istället, fattar du vem jag blivit?”

En strategi som beskrevs var att försöka hålla undan det som är svårt och skjuta problemen som ska hanteras på framtiden. Endast arbetet med att fortsättningsvis vara drogfri fyllde vardagen.

”Jag gör det som ska göras, åker till jobbet, jobbar istället för att vika tvätt eller ringa till sjukhuset att jag ska röntga knät, så sitter i min lägenhet och tänker jag är nykter och drogfri...kaaatsching...jag behöver inte göra något mer.”

Livet som drogfri kunde också innebära inaktivitet, eftersom dessa personer ofta är utanför arbetsmarknaden eller är sjukskrivna. Många uttryckte att ha en meningsfull sysselsättning kan bryta upp den isolerade vardagen.

”Det är det som är så jävla jobbigt för att det händer inte mycket liksom i mitt liv. Kollar på tv i soffan. Jag har försökt hitta någon daglig verksamhetsaktivitet, det har varit lite svårt med det.”

Vardagsbestyr som tvätt och disk upplevdes som tråkiga, meningslösa aktiviteter.

”Det tar emot om jag ska göra något som den här jävla disken, fyfan, sätta på dynorna på soffan, jag har tvättat dem, sånt tråkigt jag fattar inte vad det är för fel. Det är bara att göra det. Så fort det är något som är kul, så gör jag det direkt, stimulerande, men allt annat är skit.”

3. Att inte glömma det förflutna

Samtliga deltagare var personer som haft missbruk/beroende längre tid än de hade varit drogfria. Stigmatiseringen av att identifiera sig som en ”knarkare” i dess allra mest negativa innebörd med kriminalitet och utanförskap försvann inte i och med att de blev drogfria. Deltagarna ville inte heller se tiden med droger enbart som ett liv med dålig livskvalitet utan också som en tid de saknade.

3.1 Skammen. Många uttryckte att de idag levde med en stor skam för det beteende de uppvisade under tiden i missbruk. Relationer med barn och närstående var för många helt förstörda och några hade ett hopp om att en dag kunna återknyta kontakten med närstående. En deltagare beskrev det smärtsamma i att inte kunna prata om sina barn.

”Ja du fattar jag har ju helt fuckat upp det med mina barn...vill inte prata om det då blir jag knäpp.”

En annan deltagare beskrev hur han förstörde samtliga sina relationer med familj och vänner.

”Det tog aldrig slut och allt sket sig, jag söp bort familjen och alla störda flickvänner jag haft. Min familj är rätt för mig om de accepterar mig för den jag är men jag skäms över vissa grejer som jag gjort. Det är som jag minns det förra livet som en kass misärfilm.”

Skammen kunde också vara påtaglig i olika miljöer och inför helt okända människor. En deltagare upplevde att den förutfattade meningen om hur en ”knarkare” är och beter sig försvinner inte trots att han var drogfri.

”Jag vågade inte ens gå in på Hemköp och handla mjölk, där fanns det ju inga coola grabbar med kepsen på sned, där fanns ju Birgitta, 60 bast, då gick jag in med kepsen rakt fram vågade inte titta i ögonen på folk, jag trodde de tänkte - här kommer en jävla pundare.”

En deltagare hade vistats i ett gängkriminellt sammanhang och hade utfört grova våldsbrott under drogpåverkan. Minnesbilder av livet innan han blev drogfri var mycket plågsamma och fyllda med skam.

”Det hände så mycket skit, jag vill bara koppla ner hjärnan ibland när jag tänker på grejer som hänt, det är för mycket att bearbeta, för mycket jaa många idioter, grisiga jävla svin till människor som har blandat i sig som inte har något kvar i prefrontala cortex. Såna skuldkänslor, knarkarna tänker bara på sig själva, jävla egoister. När slutar man tänka såhär?”

3.2 Saknaden efter drogerna. Många deltagare berättade att de tog droger för att dämpa ångest eller bara för att festa. Några hade nära anhöriga med beroendeproblem och flera påverkas att ta droger för att deras vänner gjorde det. En majoritet av deltagarna tyckte om att få prata om droger och hur de gjorde att livet också kändes enkelt och komplikationsfritt att leva.

”I början var det nästan inte alls för att ta något för att jag mådde dåligt i början var det något som gjorde att jag mådde bättre än vad jag redan gjorde. Men ändå att cannabis hjälpte mig att sova, det hjälpte, jag skrev väldigt mycket musik, det hjälpte, texter blev riktigt bra, sådana texter skulle jag ha svårt att skriva idag.”

Känslan som drogerna kunde ge var väldigt speciellt och en känsla som de flesta inte hade återupplevt igen. En deltagare berättade vidare att han kunde närma sig en gängledare utan att känna rädsla.

”Jag prövade ecstasy det var halleluja, det var det bästa, den drogen, mdma, det rena, utan amfetamin, jag älskar allt, jag masserade en extremkriminell gängmedlem på axlarna när vi var påtända...! Det var härligt, man mådde bra.”

Amfetamin och andra centralstimulerande droger kan enligt tidigare studier påverka en persons sexuella förmåga. En deltagare saknade den specifika sexuella upphetsning som amfetamin kunde ge under rus.

”I missbruket var jag mer dämpad, jag var ju blandmissbrukare, jag tog det som funkade då eller det som fanns tillgängligt. Jag vet att amfetamin ... att skjuta det med spruta är den största sexdrogen som finns. Halleluja!”

Flera deltagare beskrev under intervjuerna att amfetamin kunde dämpa ADHD-symtom på olika sätt under intervjuerna.

”När det började var det ju något som hände i mig när jag tog amfetamin, jag blev lugn, jag blev sansad det var något som dämpades, försvann. Samtidigt tyckte jag om det, jag gillade känslan.”

Centralstimulerande läkemedel hade inte samma effekt som vad amfetaminet hade, konstaterade en deltagare.

”Amfetamin gjorde mig mer inriktad på en sak att jag orkade slutföra den. För det är det som är det stora. Nu är jag nästan rädd för att påbörja saker för de blir inte avslutade.”

Några deltagare tyckte att amfetamin fungerade utmärkt för sömnen medan de under läkemedelsbehandlingen besvärades av sömnproblem.

”Sömn och vila kan du glömma. Förr tog jag ett gram för att kunna sova, jag kunde lägga mig 10 eller 11, och sova hela natten, det kan jag inte nu. Jag vänder och vrider på mig – sover en timme - är vaken två, ibland kan jag bara ligga och tänka på hur skönt det skulle vara att bara ta ett gram så jag kunde vakna utvilad för en gång skull.”

3.3 Bättre förr. När deltagarna såg tillbaka på sina liv i missbruk/beroende var det inte endast nattsvarta bilder som framträdde om misär och spruckna relationer. De berättade om ljusa stunder i gemenskap och personlig utveckling. Flera av deltagare tyckte att vännerna försvann när de blev drogfria.

”Missbruksperioden har utvecklat mig som människa, vad skulle jag varit utan drogerna jag kan leka med tanken men jag lägger inte fokus på det men jag längtar tillbaka till drogtiden då man hade massa kompisar. Det var lättare på ett sätt.”

För några betydde droger ett enkelt och snabbt sätt att lösa problem, nu saknade en deltagare strategier för problemlösning.

”Jag är en person som mår bättre men som fortfarande mår dåligt som alla människor gör. Tidigare löste jag problem med en tablett. Det var bara handräckning i munnen så var den känslan löst. Fy fan vad lätt det var.”

Diskussion

Forskning visar att livskvalitet och funktion för individer ur fysisk, psykisk och social synvinkel är lägre för personer med substansbrukssyndrom än för drogfria personer. Substansbrukssyndrom i kombination med ADHD kan dessutom vara faktorer som försämrar livskvaliteten ytterligare. Studiens syfte var att få djupare insikt i hur människor med ADHD och substansbrukssyndrom med amfetamin som huvuddrog uppfattar sin livskvalitet efter att de slutat ta droger och får behandling med centralstimulerande läkemedel. Läkemedel som liknar den illegala drog de tagit under många år har effekten av att dämpa svåra symtom på ADHD som till exempel koncentrationssvårigheter och impulsivitet. Är då läkemedelsbehandling tillräckligt symtomlindrande för att en person också upplever att livskvaliteten ökar under drogfriheten? En tematisk analys av sex semistrukturerade intervjuer genomfördes vilket resulterade i tre huvudteman: ”Att hantera förändringar”, ”Att ta kontroll över sitt liv” och ”Att inte glömma det förflutna”. Varje huvudtema hade tre till fyra underteman. Huvudresultatet påvisade att det är flera livskvalitetsområden som påverkas och förändras både positivt och negativt under behandling med centralstimulerande läkemedel. Deltagarna saknade i många fall rätta verktyg för att hantera dessa förändringar och det upplevdes vara viktigt att kunna återta kontrollen över sitt liv. Resultatet visade också att tiden med missbruk/beroende upplevdes skamfyllt men också positivt; drogerna gav känsla en av sammanhang och meningsfullhet i deltagarnas liv.

Att hantera förändringar

Deltagarna var överens om att livet och livskvaliteten hade förändrats ur flera olika aspekter och en betydande del av svårigheterna under drogfrihet var att hantera och förhålla sig till dessa förändringar. Att inte ta droger medför fysiska, positiva hälsoeffekter, primärt genom att avsaknad av droger i kroppen gör att kroppen fungerar bättre fysiskt med minskad risk för infektioner. Även sekundära effekter upplevs av många då hjärnan blir klarare och aptiten återvänder. I denna studie påtalade flera deltagare att drogfriheten påverkade den fysiska och psykiska hälsan både positivt och negativt. Den fysiska abstinensen upplevdes som obehaglig av flera deltagare och som inte dämpades helt av centralstimulerande läkemedel. Den psykiska abstinensen som

uppstod i frånvaro av drogen var obehaglig och innebar att de återfick psykiatriska symtom som tidigare dämpades av droger. Resultatet i denna studie visade att flera av deltagarna inte tyckte att centralstimulerande läkemedel kunde ersätta drogernas effekt. Enligt Brülde och Fors (2014) finns ett starkt samband mellan psykisk och fysisk hälsa och välbefinnande eller livstillfredsställelse. Deltagarna i den här studien hade en varierande motivation att bibehålla drogfriheten och några hade förhoppning om att när hälsan förbättrades kommer också livskvaliteten öka.

Gemensamt för deltagarna var att de ändrade sitt sätt att se på sin nya identitet som drogfri, före detta missbrukare. Identifikationen som ”knarkare” med olika förmågor kvarstod hos många, men upptäckten av att kognitionen fungerade bättre men också sämre hade till följd att självbilden förändrades och existentiella tankar framträdde om personligheten; någon deltagare kände inte igen sig själv längre. Deltagarna i studien hade fått en förbättrad social situation på grund av att de fick läkemedel istället för att ta droger.

Familjen hade stor betydelse och utveckling av ett nätverk från att bara bestå av ett fåtal, till att utvidgas till många fler var en betydlig förbättring av livskvaliteten. De upplevde att de fick tillbaka kontakten med sin familj men också motsatsen. Den sociala isoleringen var påtaglig bland deltagarna, vänner som förknippades med missbruk/beroende försvann.

Sociala nätverk förändras successivt över tid och uppbyggnad av ett sådant kräver ett komplext samspel mellan faktorer i själva nätverket. Här samverkar också ekonomin med möjligheterna att bygga nya nätverk, de kontakter som fanns och vårdades tidigare är oftast kontakter som är relaterade på ett eller annat sätt till missbruket. Meningsfulla och stödjande relationer till andra människor är centrala delar i uppbyggnaden av ett drogfritt liv. Avsaknad av bostad, arbete och familj försvårar ytterligare möjligheten till att utveckla ett nätverk. När någon slutar att missbruka finns det oftast inte många att vända sig till. Ensamhet och låg funktionsnivå är starkt försvårande faktorer vid början av en drogfrihet. En annan komplikation är att betydelsefulla närstående själva använder droger och blir då en länk till och stärker banden till drogvärlden. En förutsättning för att drogfriheten ska fungera är att personen upplever att en alternativ tillvaro är möjlig. Det är väsentligt att kunna erbjuda dessa personer ett känslomässigt och praktiskt stöd både när det gäller vardagliga bekymmer och mer kritiska situationer och omfattande livsproblem (Skårner, 2012).

Samtliga deltagare i denna studie var ensamstående män i ensamhushåll. De uttryckte i flera fall att om de bara fick en partner skulle livet bli betydligt bättre än vad det var vid undersökningstillfället.

Forskning om livskvalitet och lycka visar att sammanboende personer och de som umgås mycket med vänner verkar vara lyckligare/mer tillfredsställda än andra (Fors, 2012). En något mer dyster bild visar Cummings (2010) som menar att den individuella lyckonivån grundar sig i personligheten och lyckonivån kan öka eller minska under kortare perioder, men återgår alltid till det ursprungliga värdet oavsett förändrade levnadsförhållanden.

Att ta kontroll över sitt liv

Deltagarna upplevde att andra styrde och kontrollerade deras liv. För att behandling med narkotikaklassade, centralstimulerande läkemedel ska initieras så krävs

först en tids drogfrihet, verifierad med drogtester. Hur länge denna kontroll ska pågå är upp till varje enskild vårdenhet (Crunelle et al, 2018).

Studien visade att deltagarna hade ett behov av läkemedel för symtomlindring men att kontrollerna kändes i viss mån kränkande för några, eftersom de inte visste hur länge de skulle pågå. Känslan av maktlöshet, att inte kunna påverka sin livssituation och att knappast kunna ta ”semester” och att inte själv få avgöra när kontrollerna skulle upphöra är en faktor som sannolikt kan påverka livskvaliteten till det sämre. Begreppet ”locus of control” (kontrollfokus) är välkänt inom psykologin och är viktigt för planering av beteenden och handlingar. Det är en del av självuppfattningen och behöver inte vara förankrad i verkligheten. Ju högre självkänsla en person har desto mer uppfattar personen att hen har kontroll över situationen och upplever mindre stress inför nya utmaningar. Ju mer kontroll en person upplever sig ha, desto lyckligare och nöjdare är personen (Rotter, 1966).

Drogfriheten medförde också enligt deltagarna att vardagen blev grå och trist. Starka känslor uteblev och minnet av den euforiska ”kicken” som drogen amfetamin/metamfetamin kunde ge uteblir i stort sett helt med centralstimulerande läkemedel. I en metaanalys av Pérez de los Cobos, Sinöl, Perez och Trujols (2014) studerades vilka negativa respektive positiva effekter som fanns med farmakologisk behandling hos vuxna med ADHD och missbruk/beroende. Resultatet visade att centralstimulerande läkemedel i kombination med psykologisk intervention verkar lovande, trots varierande resultat och kortsiktig effekt på vuxna ADHD-patienter med tidigare missbruk/beroende utan andra psykiatriska diagnoser. Effekten av centralstimulerande läkemedel är mycket liten eller saknas helt för patienter med ett pågående missbruk. Betydelsefulla faktorer för framgång med behandlingen var bland annat vilken inställning patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen hade till centralstimulerande läkemedel.

I en svensk randomiserad, dubbelblind studie på personer med ADHD och tidigare drogmissbruk som var intagna i fängelse med straff över 6 månader som också hade diagnostiserats med ADHD, förbättrades inlärningsförmågan betydligt då de fick centralstimulerande läkemedel jämfört med den tid då de inte fick dessa läkemedel. (Ginsberg, Hirvikoski, Grann & Lindfors, 2012). De Maeyer et al. (2010) fann, i sin studie om livskvalitet bland opiatberoende individer under metadonbehandling, fem olika teman som var av viktiga för att uppleva hög livskvalitet. Dessa var sociala relationer, psykiskt välmående, sysselsättning, att vara oberoende och att ha ett meningsfullt liv. I studien framkom att patienter i behandling värdesatte läkemedelsbehandling då behandlingen hjälpte patienterna att uppnå livsmål, att fungera normalt. I denna studie beskrev även deltagarna stigmatisering, diskriminering och beroende av läkemedlet som negativa konsekvenser på livskvaliteten.

Deltagarna upplevde att det var svårt att få en fungerande vardag, vilket är svårt både då de var i missbruk men också som drogfria. De saknade vardagsrutiner som arbete och sysselsättning. Många hade vänt på dygnet och utförande av vardagssysslor kändes meningslösa. Endast en deltagare hade ett arbete resterande saknade sysselsättning. Ekonomiska resurser kan ju leda till ökad välfärd genom möjligheter att förbättra sin hälsa, bostad och fritidsaktiviteter. Ekonomiska resurser är centrala för individens levnadsvillkor och livskvalitet (Coyle, 2014).

Symtomen i sig för ADHD, impulsivitet, bristande koncentrationsförmåga med mera dämpas betydligt av drogen amfetamin (Söderpalm, 2012). Läkemedel kommer inte upp i samma koncentrationer dygnsvis och symtomlindringen blir mindre än tidigare.

Livet som en vanlig ”Svensson” var framtidsdrömmen, men också största farhågan bland deltagarna eftersom det innebar att inrätta sig i ett sammanhang de inte var bekanta med. En positiv effekt med läkemedel var att några beskrev att de fick en framtidstro och för några också en förbättrad kognition för att kunna möta de svårigheter som ställdes i livet. Antonovsky (1996) menar att förmågan att hantera svårigheter beror på hur stark önskan är att övervinna dem, tilltron till att man förstår dem och tron på att man har resurser att hantera dem.

Att inte glömma det förflutna

Det tredje temat som framkom i studien var det tema som var att upplevelsen av tiden med drogerna var positivt och att det fanns ett stort behov av att få tala om den tiden. Att deltagarna upplevde mycket skuld och skam när de blev drogfria är inte lika förvånande. Innehav och bruk av droger är illegalt och att köpa droger dagligen medför en stor ekonomisk kostnad som i många fall finansieras av brottlighet. Samtliga deltagare i studien hade begått brott av olika karaktär. Steget in i kriminalitet är olika för olika personer. Vanligt är att personen redan har sysslat med kriminalitet innan missbruket, antingen levt av kriminalitet eller haft kriminalitet som en bisyssla. Andra börjar med kriminalitet för att bekosta missbruket (Svensson, 2007). En studie av Vorms et al (2013) visar att patienters kriminella handlingar automatiskt minskar under läkemedelsbehandling för opioidmissbruk. Störst minskning gäller narkotikabrott och egendomsbrott. I samma studie visades att det är inte någon skillnad före och under läkemedelsbehandling när det gäller antal våldsbrott.

Uppfattningarna var i många fall helt motsatta i denna studie. Några deltagare såg tillbaka till livet med drogerna som ett okomplicerat och bra liv och andra upplevde att livet blev sämre och tråkigare när de blev drogfria. De saknade den effekt som amfetamin kunde ge och det kunde inte jämföras med den effekt som läkemedel hade. Amfetamin har ofta i populärkultur beskrivits som en drog med stark koppling till sexuella aktiviteter. I en studie (Skårner & Svensson, 2013) baserad på intervjuer med drogfria personer med missbruket bakom sig framkom att amfetamin används för att maximera den sexuella upplevelsen och förmågan genom till exempel extremt utdragna samlag och en pornografiskt inspirerad sexuell aktivitet. Jakten på nya kickar blir ett invariant beteende där gränsöverskridande blir till vana och rutin. En långtgående konsekvens är att detta kan leda till dels ett sexuellt ointresse och för männens del potensproblem då jakten på nya upplevelser inte kan uppfyllas. Många av de sexuella problem som uppstår under amfetaminmissbruket kvarstår när personerna blir drogfria. I en kunskapssammanfattning från Statens folkhälsoinstitut (2012) visade det sig att 50 procent av befolkningen är tillfreds med sitt sexliv. Majoriteten av både kvinnor och män anser att sexualiteten är en viktig del i deras liv. Det finns ett samband mellan tillfredsställelse sexuella relationer och tillfredsställelse livskvalitet, vilket också är nära sammankopplat med psykosocialt och fysiskt välbefinnande. Detta kan delvis förklara varför deltagarna i studien tyckte livet var bättre förr, och att livet med drogerna var något positivt.

Metoddiskussion, klinisk tillämpning och avslutande reflektioner

Livskvalitet används som måttenhet i forskning och har en mångfacetterad betydelse. Dessutom har fenomenet olika betydelse för olika personer. En statlig utredning (SOU, 2015) tillsattes för att försöka reda ut vad som menas med livskvalitet. I utredningen konstaterades att livskvalitet kanske mer skall avse människors levnadsvillkor och individuella välfärd än begrepp som lycka och välstånd. I diskussionen har dessa begrepp som lycka, välstånd, meningsfullhet och hanterbarhet fått ingå eftersom de förkommer i forskningen om livskvalitet.

En svaghet i studien var att samtliga deltagare var män. Det berodde delvis på att 3–4 gånger fler män har ADHD jämfört med kvinnor (Faraone, 2003), dels att endast män valdes ut av personal att delta i studien. Deltagarna rekryterades från en liten beroendemottagning, gruppen var förhållandevis homogen i ålder och bakgrund. Upptagningsområdet var två mindre kommuner som tillhörde Västra Götaland. En enskild beroendemottagning kan ha specifika resurser att hjälpa personer med ADHD; den utvalda mottagningen hade till exempel startat en ADHD-grupp som byggde på kognitiv beteendeterapi i grupp. Ingen av deltagarna var med i gruppverksamhet eller annan forskning. Deltagarna hade också varit drogfria i olika långa och korta perioder vilket kan innebära att återhämtningsprocessen hade kommit olika långt. Fördelen med att använda kvalitativ metod är att mer djupgående kunna identifiera en persons tankar och känslor som ligger i linje med frågeställningen.

Syftet med kvalitativa studier är inte att generalisera till en större grupp. Dock är frågan om kunskapens giltighet viktig att lyftas upp. En begränsning kan vara att kunskapen kan ses som giltig i en svensk kontext som präglas av sin inställning till droger och erbjudande av behandling. Studien ger också upphov till reflektioner om vad som bör ske i praktiken. För att förbättra livskvaliteten för drogfria personer med tidigare substansbrukssyndrom och samsjuklighet i form av ADHD borde de farmakologiska insatserna inom hälso- och sjukvården kompletteras med insatser för att medvetandegöra patientens hela livssituation. Det finns ett flertal positiva effekter med läkemedelsbehandling som till exempel symtomreduktion, minskat bruk av narkotiska preparat och inte minst den kontrollfunktion som ryms inom sjukvården som möjliggör upptäckten av eventuella negativa förändringar hos patienterna.

Det finns en rad olika centralstimulerande läkemedel att välja vid behandling av ADHD (Tabell 1). Centralstimulerande droger som amfetamin ger oftast ett lugn och ökad koncentrationsförmåga för personer med ADHD för att redan låga dopaminnivåer i hjärnan regleras upp till mer normala nivåer. Centralstimulerande läkemedel ger liknande effekt men i något minskad utsträckning som kan ha med att göra att doser av läkemedel som ordineras är betydligt lägre än doser som en person med substansbrukssyndrom tar. Rekommenderad dos för vuxna i Sverige av lisdexamfetamin dimesylat (Elvanse®) är 70 mg/dygn vilket motsvarar 20,8 mg dexamfetamin som är en del av drogen amfetamins molekyl (fass.se). En vanligt daglig dos för en amfetaminmissbrukare ligger mellan 500–1000 mg/dag. Läkemedlet motsvarar alltså en mycket liten dos aktiv substans jämfört med drogen amfetamin. Intag av en låg dos kan innebära att en person under läkemedelsbehandling upplever abstinenssymtom som skakningar svettningar och sömnsvårigheter. Det finns ett fåtal studier om möjligheten att ge högre doser centralstimulantia än rekommenderat till personer med tidigare missbruk, men det finns också studier som påtalar de negativa effekterna som till exempel högt blodtryck, hjärtpåverkan och risken för att missbruka förskrivna läkemedel.

De läkemedel som innehåller amfetamin, verkar vara de läkemedel som flest personer med ADHD och tidigare amfetaminmissbruk föredrar (Mariani & Lewin, 2007).

Läkemedel är bara en liten del av behandlingen men tenderar att bli den enda behandlingen och patienten står kvar ensam med andra problem. Laudet, Becker och White (2009) föreslår att en del i behandlingen av personer med substansbrukssyndrom borde relateras till ett livskvalitetindex där det efterfrågas hur nöjd en person är med sin livskvalitet. Denna studie är i linje med tidigare forskning som visar att drogfria personer med ADHD och substansbrukssyndrom har en komplex problematik. Drogfrihet är bara en liten del i framtidsutsikten för enskilde individen att uppleva hög livskvalitet för att andra komplicerande faktorer tillkommen under drogfriheten som till exempel social isolering men också möjligheten att få bättre kontakt med närstående.

I framtiden skulle det vara intressant att göra en studie med mixad metod. Att samla in både kvalitativa data genom intervju, fokusgrupp med mera och dessutom kvantitativa data genom självskattningsformulär på denna målgrupp. Detta är så vitt jag vet är inte gjort tidigare och skulle ge en fördjupad och tydligare bild av den upplevda livskvaliteten. De olika livskvalitetsdomänerna: fysisk, psykisk hälsa, sexualitet, relationer, nätverk med mera skulle kunna framträda på ett tydligare sätt.

Blandande metoder har också stor flexibilitet och kan anpassas till många studieformer som observationsstudier och randomiserade försök. Sådana metoder är också särskilt användbara för att förstå motsägelser mellan kvantitativa och kvalitativa resultat (Halcomb & Hickman, 2014).

Deltagarna i denna studie förknippade tiden med droger som delvis en lycklig tid som de saknade. Otillräcklig kunskap kring substansbrukssyndrom finns generellt i sjukvården och även i psykiatrin ansåg många deltagare. De önskade att vårdpersonal inte endast ser tiden med drogerna som svår och stigmatiserande och det kan även finnas ett motstånd att diskutera de ”goda” effekterna av droger bland personal inom hälso- och sjukvården. Idag ska hälso- och sjukvården ha ett personcentrerat synsätt, vilket innebär att patientens berättelse ligger i fokus och vård och behandling ska utgå från individens egna önskemål. En reflektion är också att några deltagare hörde av sig efter att intervjuerna var klara och undrade hur det gick med studien. De uttryckte glädje över att få vara med och att någon ville lyssna på deras reflektioner om livskvalitet.

Referenser

- Alborn, S-E. (2012). Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet. I Fahlke, C. (red.). *Missbrukspsykologi*. (s. 243-272). Malmö: Liber AB.
- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International. 11(1): 11-18. doi: org/10.1093/heapro/11.1.11.
- Björkman, T. & Svensson, B. (2005). Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life. *Nordic Journal of Psychiatry*: 59, 4.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 3(2): 77-101. doi.org/10.1191/1478088706gp063oa.
- Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund. Studentlitteratur/Appia.
- Brülde, B., & Fors, F. (2014). Vad gör ett liv meningsfullt? I A. Bergström och H. Oscarsson (red) *Mittfåra och marginal*. Göteborgs universitet: SOM-institutet.

- Burström, K., Sun, S., Gerdtham, UG., Henriksson, M., Johannesson, M., Levin, L., Zethraeus, N. (2014). Swedish experience-based value sets for EQ-5D health states. *Qual Life Res.* 23(2): 431-42.
- Coyle, D. (2014). *GDP- A brief but affectionate history*. Princeton: Princeton University.
- Crunelle, C. L., van den Brink, W., Mooggi, F., Konstenius, M., Franck, J., Levin, F. R., van de Glind, G., Demetrovics, Z., Coetze, C., Luderer, M., Schallekens, A., CASA consensus group, & Matthys, F. (2018). International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *Eur Addict Res.* 2018; 24(1): 43-61. doi: 10.1159/000487767.
- Cummins, R. A. (2010). Subjective Wellbeing, Homeostatically Protected Mood and Depression: A Synthesis. *Journal of Happiness Studies.* 11:1–17.
- De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate- dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy.* 21 (2010) 364-380.
- Dirks, H., Scherbaum, N., Kis, B., & Mette, C. (2017). ADHD in adults and comorbid substance use disorder: Prevalence, clinical diagnostics and integrated therapy. *Fortschr Neurol Psychiatr.* Jun; 85(6): 336-344. Doi: 10.1055/s-0043-100763.
- Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R., & Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol Suppl.* Jul (15): 119–139.
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K. B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F. C., Clark, R. E., & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 52: 4: 69–476. doi: 10.1176/appi.ps.52.4.469.
- DSM-5. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Revised edition 5. American Psychiatric Association publishing.
- Ekendahl, M. (2007). Time to change – an exploratory study of motivation among untreated and treated substance abusers. *Addiction Research and Theory.* 15 (3): 247-261.
- Edward, K., & Robins, A. (2012). Dual diagnosis, as described by those who experience the disorder: using the internet as a source of data. *Int J Ment Health Nurs.* 21: 550–559. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00833.x.
- Fahlke, C., Lindqvist Bagge, A-S (2018, 26 september). Modeordet livskvalitet bör granskas kritiskt. Dagens Nyheter (DN) Hämtad från <https://www.svd.se/modeordet-livskvalitet-bor-granskas-kritiskt>
- Fass.se (2018). <https://www.fass.se/LIF/startpage>. (Hämtad 2018-10-16).
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry.* 2: 104-113.
- Fors, F. (2012). *Lycklig? Sju studier om välbefinnandets och livstillfredsställelsens bestämningsfaktorer*. Umeå: Sociologiska institutionen.
- Franck, J., & Nylander, I. (2015). *Beroendemedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., Grann, M., & Lindfors, N. (2012). Long-term functional outcome in adult prison inmates with ADHD receiving OROS-methylphenidate. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience.* 262: 705-724.

- Gonzales, R., Ang, A., Glik, D. C., Rawson, R. A., Lee, S., & Iguchi, M. Y., Methamphetamine treatment project corporate authors. (2011). Quality of life among treatment seeking methamphetamine-dependent individuals. *Am J Addict.* Jul-Aug 20(4): 366-72. doi: 10.1111/lj.1521-0391.2011.00142.x.
- Gonzales, R., Ang, A., Marinelli-Casey, P., Glik, D. C., Iguchi, M.Y., & Rawson, R. A., Methamphetamine treatment project corporate authors. (2009). Health-related quality of life trajectories of methamphetamine-dependent individuals as a function of treatment completion and continued care over a 1-year period. *Journal of Substance Abuse Treatment.* Dec; 37(4): 353-361. doi: 10.1016/j.jsat.2009.04.001.
- Halcomb, E. & Hickman, L. (2015). Mixed methods research. *Nurs Stand.* Apr 8;29(32):41-7. doi: 10.7748/ns.29.32.41.e8858
- Havassy, B. E., & Arns, P. G. (1998). Relationship of cocaine and other substance dependence to well-being of high-risk psychiatric patients. *Psychiatric Services.* 49(7): 935–940.
- Kelly, P. J., Robinson, L. D., Baker, A. L., Deane, F. P., Osborne, B., Hudson, S., & Hides, L. (2018). Quality of life of individuals seeking treatment at specialist non-government alcohol and other drug treatment services: A latent class analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 94: 47-54.
- Kronenberg, L. M., Slager-Vissche, K., Goossens, P. J., van den Brink, W., van Achterberg, T. (2014). Everyday life consequences of substance use in adult §patients with substance use disorder (SUD) and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD): a patient’s perspective. *BMC Psychiatry.* 14:264. doi:10.1186/s12888-014-0264-1
- Kronenberg, L. M., Verkerk-Tamminga, R., Goossens, P. J., van den Brink, W., van Achterberg, T. (2015a). Personal recovery in individuals diagnosed with substance use disorder (SUD) and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *Arch Psychiatr Nurs.* Aug;29(4): 242-8. doi:10.1016/j.apnu.2015.04.006.
- Kronenberg, L. M., Goossens, P.J., van Etten, D. M., van Achterberg, T., van den Brink, W. (2015b). Need for care and life satisfaction in adult substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD). *Perspect Psychiatr Care.* Jan; 51(1): 4-15. doi: 10.1111/ppc.12056.
- Laudet, A. B., Becker, J. B., & White, W. L. (2009). Don’t wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. *Substance Use & Misuse.* 44(2): 227–252.
- Layard, R. (2011). *Happiness: Lessons from a New Science* (Second Edition) London: Penguin.
- Läkemedelsverket. (2016). *Läkemedel vid ADHD – behandlingsrekommendation.* [https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Lakemedel %20vid adhd behandlingsrekommendation.pdf](https://lakemedelsverket.se/upload/halso-och-sjukvard/behandlingsrekommendationer/Lakemedel%20vid%20adhd%20behandlingsrekommendation.pdf) . (Hämtad 2018-08-31).
- Mariani, J. J., & Lewin, F. R. (2007). Treatment strategies for co-occurring ADHD and substance use disorders. *American Journal of Addiction:* 16 (1); 45-56.
- Millson, P., Challacombe, L., Villeneuve, P. J., Strike, C. J., Fischer, B., Myers, T., Shore, R., & Hopkins, S. (2006). Determinants of health-related quality of life of opiate users at entry to low-threshold methadone programs. *Eur Addict Res.* 12(2):74–82.

- Morgan, T. J., Morgenstern, J., Blanchard, K. A., Labouvie, E., & Bux, D. A. (2003). Health-related quality of life for adults participating in outpatient substance abuse treatment. *American Journal of Addiction*. 12(3): 198–210.
- Pasareanu, A. R., Opsal, A., Vederhus, J-K., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2015). Quality of life improved in-patient substance use disorder treatment. *Health Qual Life Outcomes*. Mar 14; 13:35. doi: 10.1186/s12955-015-0231-7.
- Pérez de los Cobos, J., Sinóñ, N., Perez, V., & Trujols, J. (2014). Pharmacological and clinical dilemmas of prescribing in co-morbid adult attention-deficit/hyperreactivity disorder and addiction. *British journal of clinical pharmacology*. 77 (2): 337-356.
- Rasmussen, P. & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *Journal American Academy Child Psychiatry*. Nov; 39(11): 1424-31.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*. 609 (80):1–28.
- Saitz, R., Larson, M. J., LaBelle, C., Richardson, J., & Samet, J. H. (2008). The case for chronic disease management for addiction. *Journal of Addiction Medicine*. 2: 2: 55–65. doi: 10.1097/ADM.0b013e318166af74.
- Sen, S. S., Gupchup, G. V., & Thomas, J. 3rd., (1999). Selection among health-related quality-of-life instruments. *Am J Health Syst Pharm*. Oct 1; 56(19): 1965-70.
- Skårner, A. (2012). Missbruk och beroende ur ett relations- och nätverksperspektiv. I Fahlke, C. (red.). *Missbrukspsykologi* (s. 188-197). Malmö: Liber AB.
- Skårner, A., & Svensson, B. (2013). Sexual practices in the amphetamine world. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 5: 403-423.
- Smith, K. W., & Larson, M. J. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 29(2):3 23–335.
- Socialstyrelsen. (2012). *Förskrivning av centralstimulerande läkemedel vid adhd*. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18874/2012-10-30.pdf> (Hämtad 2018-10-16).
- Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* <https://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjermisbrukochberoende> (Hämtad 2018-09-01).
- SOU (2011). *Missbruket, kunskapen, vården*. Missbruksutredningens forskningsbilaga. (SOU 2011:6). Socialdepartementet. Stockholm.
- SOU (2015). *Får vi det bättre? Om mått på livskvalitet*. (SOU 2015:56). Socialstyrelsen. <https://www.regeringen.se/49c72e/contentassets/dbb4c911287747b3943b4f61cf2b344f/far-vi-det-battre-om-matt-pa-livskvalitet-.pf> (Hämtad 2018-09-02).
- Statens folkhälsoinstitut. (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12779/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf>. (Hämtad 2018-03-10).
- Sullivan, M. A., & Rudnik-Levin, F. (2001). Attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Annual New York Academy Science*. Jun; 931: 251-70.
- Svensson, B. (2007). *Pundare, jonkare och andra: med narkotikan som följeslagare*. Stockholm: Carlsson bokförlag.

- Söderpalm, B. (2012). Neuropsykiatri med tonvikt på ADHD. I Fahlke, C. (red.). *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning*. (ss 289 – 304). Malmö: Liber.
- Vederhus J-K., Birkeland, B., & Clausen, T. (2016). Perceived quality of life, 6 months after detoxification: Is abstinence a modifying factor. *Quality of life research*. Sept; 25(9): 2315-2322. doi: 10.1007/s11136-016-1272-z.
- Villeneuve, P. J., Challacombe, L., Strike, C. J., Myers, T., Fischer, B., Shore, R., Hopkins, S., & Millson, P. E. (2006). Change in health-related quality of life of opiate users in low-threshold methadone programs. *Journal of Substance Use*. 11(2): 137–149.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Newcorn, J., Telang, F., Solanto, M. V., Fowler, J. S., Logan, J., Ma, Y., Schultz, K., Pradhan, K., Wong, C., & Swanson, J. M. (2007). Depressed dopamine activity in caudate and preliminary evidence of limbic involvement in adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*. 64: 932-40.
- Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S., Hughes, L. A., & Savolainen, J. (2013). Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: Evidence from a community study. *Addictive Behaviours*. 38: 2313-2316.
- Waterman, A. S., Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Ravert, R. D., Williams, M. K., Aqocha, V., Bede Kim, S. Y., Donnellan, M. B. (2010). The Questionnaire for Eudemonic Well-Being: Psychometric properties, demographic comparisons, and evidence of validity. *The Journal of Positive Psychology*. 5: 41–61.
- WHO. (1995). WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and Medicine*. 41: 1403-1409.
- WHO. (1998). WHOQOL Group. Development of the World Health Organization. WHOQOL-BREF Quality of life assessment. *Psychology and Medicine*. 28: 551–558.

Bilaga 1.

Intervjuguide

Namn:
Född:
Utbildning:
Boende:
Adhd diagnos år:
Läkemedel:
Sedan hur länge?
Förstahand val drog:
Andra psykiatriska diagnoser:

<i>Fysisk hälsa</i>	<i>Psykisk hälsa</i>	<i>Sociala relationer</i>	<i>Miljö</i>
Dagliga aktiviteter	Kroppsbild	Personliga relationer	Ekonomi
Behov av läkemedel och hjälp från sjukvård	Negativa känslor	Socialt stöd	Frihet, fysisk trygghet och säkerhet
Energi och trötthet	Positiva känslor	Sexuell aktivitet	
Rörlighet	Självförtroende		

Bilaga 2.

Forskningspersonsinformation

Bakgrund

Personer med beroende och psykiatrisk diagnos kan få erbjudande om läkemedelsbehandling i beroendesjukvården. En grupp är personer med ADHD-diagnos som får läkemedelsbehandling med centralstimulerande läkemedel. Jag är mastersstudent i Beroende och missbruk på Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet som undersöker din livskvalitet under läkemedelsbehandling genom en semistrukturerad intervju.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka livskvaliteten hos dig som är drogfri och får läkemedelsbehandling på Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras på dig som behandlas med centralstimulerande läkemedel som metylfenidat (Concerta®, Ritalin®, Medikinet®), lisdexamfetamin dimesylat (Elvanse®) dextroamfetamin (Attentin®, Metamina®) eller dextro-levoamfetamin (Amfetamin®). Du tillfrågas att delta eftersom du behandlas med något av dessa läkemedel och har adhd.

Hur går studien till?

Du svarar på frågor i en semi-strukturerad intervju som tar cirka en timme.

Finns det några risker med att delta?

En möjlig risk är att du får svara på frågor som du kan tycka är känsliga. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du ha svarat när studien är klar.

Finns det några fördelar med att delta?

Det finns inga personliga fördelar för dig att delta. I förlängningen kan studiens resultat förbättra vården för dig och andra i samma situation.

Hantering av data och sekretess

De insamlade materialet kommer inte att visas för obehöriga. Din medverkan i studien har ingen koppling till din behandling och kommer inte påverka din medicinering. När studien är klar våren 2018 förstörs materialet.

Hur får jag information om studiens resultat? Om du vill ta del av studiens resultat kontakta ansvariga för studien.

Frivillighet: Det är helt frivilligt att delta. Du kan när avbryta din medverkan utan att förklara varför.

Ansvarelig för studien: Marie von Garaguly, marie.von_garaguly@vgregion.se