

Lunds Universitet  
Socialhögskolan  
SOPA63  
VT 2008

# Medicinen är kryckan, inte lösningen

– personals upplevelser av de psykosociala inslagen i  
läkemedelsassisterad underhållsbehandling

Författare: Anna-Karin Bergsten

Erika Friberg

Handledare: Dolf Tops

# Abstract

The meaning of the concept of psychosocial treatment is ambiguous. The purpose of this study was to examine how professionals within some care institutions, which provide methadone, buprenorphine or naloxone treatment, regard and carry out the psychosocial features of such treatment. Central issues discussed were; how personnel approach the psychosocial features of the treatment, what personnel regard as a focus in the psychosocial treatment, what conditions personnel consider affect treatment positively in order for it to be successful and how personnel see the relation between the medical and psychosocial features of the treatment. The method used was interviews with nine professionals in six qualitative interviews. The theoretical perspectives and concepts used in our analysis were; the theory of biological dependence, an organizational perspective, Prochaska and DiClemente's Stages of Change Model, the concept of individual reality and the concept of marginal conflict. Results show that the conditions most important for successful treatment are; that the patient has a place to live, an occupation, motivation, that the patient take responsibility for his/hers progress and have realistic expectations about the effects of the medicine. Working practises vary among personnel but focus is often on working with, and changing, the patient's conduct. Creating a good patient relationship and the patient's confidence in the personnel are also fundamental in a successful treatment. Likewise, adaptation to every patient's specific needs and conditions is important. Views differ upon what aspects should be focused upon and what needs the patients have. Typically, focus can be on how the patient handles creating a new identity and a new everyday life, on resuming important relationships, on working through difficult experiences and handling everyday situations. Medication is believed to be an essential part, though not the most important part of the treatment, because of the way it makes the patient more susceptible to psychosocial change, which is where focus in treatment should lie.

Key words: metadon, subutex, underhållsbehandling, psykosocial, personal

# Innehållsförteckning

	Förord.....	5
<b>1.</b>	<b><i>Inledning.....</i></b>	<b>6</b>
1.1	Problemformulering.....	6
1.2	Syfte.....	8
1.3	Frågeställningar.....	8
1.4	Definitioner och begrepp.....	9
1.5	Metod.....	10
1.5.1	Urval.....	10
1.5.2	Intervjuer som metod.....	11
1.5.3	Tillvägagångssätt.....	11
1.5.4	Analysavsnitt.....	12
1.5.5	Tillförlitlighet.....	13
1.5.6	Källkritik.....	14
1.5.7	Etiska överväganden.....	15
1.6	Fortsatt framställning.....	16
<b>2.</b>	<b><i>Bakgrund och teoretiska perspektiv.....</i></b>	<b>17</b>
2.1	Historik.....	17
2.2	Dagens föreskrifter.....	18
2.3	Tidigare forskning.....	19
2.4	Teori.....	21
2.4.1	Den biologiska beroendeteorin.....	21
2.4.2	Organisationsperspektiv.....	22
2.4.3	Förändringsmodellen.....	22
2.4.4	Vardagsverklighet.....	23
2.4.5	Marginalkonflikt.....	24
<b>3.</b>	<b><i>Resultat och analys.....</i></b>	<b>25</b>
3.1	Hur underhållsbehandling kan vara strukturerad.....	25
3.2	Medicinens effekter och behandlingens syfte.....	27
3.3	Arbetsverktyg och förhållningssätt.....	28
3.3.1	Strukturerade arbetsmetoder.....	29
3.3.2	Gruppbehandling och individuell behandling.....	29
3.3.3	Relationen.....	30
3.3.4	Utveckling av läkemedelsassisterad underhållsbehandling.....	31
3.4	Yttre förutsättningar för ett lyckat behandlingsresultat.....	32
3.4.1	Boende.....	32
3.4.2	Sysselsättning.....	32
3.4.3	Vikten av att bryta med gamla umgängen och miljöer.....	33

3.5	Inre förutsättningar för ett lyckat behandlingsresultat.....	33
3.5.1	Eget ansvar.....	34
3.5.2	Betydelsen av en realistisk syn på medicinens effekter.....	34
3.5.3	Motivation.....	35
3.5.4	Återfall.....	35
3.5.5	Andra inre förutsättningar.....	36
3.6	Patientens problemområden och fokus i behandlingen.....	36
3.6.1	Tillit till behandlingspersonalen.....	36
3.6.2	Hantera konflikter och att må dåligt.....	37
3.6.3	Vad patienten kan behöva jobba med efter en tids drogfrihet.....	37
3.6.4	Ny identitet.....	38
3.6.5	Information och återfallsprevention.....	39
<b>4.</b>	<b><i>Sammanfattande slutdiskussion.....</i></b>	<b>40</b>
4.1	Sammanfattning.....	40
4.2	Slutdiskussion.....	41
	<b><i>Referenser.....</i></b>	<b>44</b>
	<b><i>Bilagor</i></b>	
	Bilaga 1: Intervjuguide.....	48
	Bilaga 2: Intervjuteman.....	50
	Bilaga 3: Introduktionsbrev.....	52

## **Förord**

Vi vill tacka alla intervjupersoner som har ställt upp genom att avsätta tid från sitt arbete som delgett oss sina upplevelser och tankar under intervjuerna och visat engagemang för vår studie. Tack!

Vi vill också tacka vår handledare Dolf Tops. Tack till Christina Wahlberg som kom med välbehövlige idéer och infallsvinklar när vi kört fast. Slutligen vill vi även tacka Anna Espmarker som läst igenom uppsatsen och kommit med värdefulla synpunkter.

Arbetsfördelningen i uppsatsarbetet har sett ut så att Erika har haft huvudansvaret för avsnitten resultat och analys, teori, definitioner och begrepp, sammanfattning och dagens föreskrifter. Anna-Karin har ansvarat för avsnitten problemformulering, tidigare forskning, metod, historik och abstract. Tillsammans har vi formulerat slutdiskussionen.

Anna-Karin Bergsten  
Lund, Juni 2008

Erika Friberg

# 1. Inledning

## 1.1 Problemformulering

De övergripande målen för Sveriges narkotikapolitik anger tre delmål för att få ett narkotikafritt samhälle. Det första är att minska rekryteringen till missbruk, följande är att förmå personer med missbruksproblematik att upphöra med sitt missbruk och det sista målet är att minska tillgången till narkotika. Det andra delmålet innebär behandling, vilket idag inbegriper läkemedelsassisterad underhållsbehandling (Prop. 2005/06:30 s88). Efter inspiration från behandlingsprogram i USA, började Ulleråkers sjukhus i Uppsala under kontrollerade former att behandla opiatberoende med metadon, vilket är ett läkemedel som fungerar som substitut för opiater (Socialstyrelsen 2007a s8; Johnson 2005 s38). 1999 startades även behandling av opiatberoende med läkemedlet subutex och idag används också suboxone (Johnson 2005 s17). Genom Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:8) regleras de verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad underhållsbehandling med metadon, subutex och suboxone.

Under den tid som läkemedelsassisterad underhållsbehandling har bedrivits har förändringar skett avseende synen på behandlingsmetoden (Johnson 2005 s37ff). Det har bland annat argumenterats om läkemedelsassisterad underhållsbehandling är etisk försvarbart och förenlig med en restriktiv narkotikapolitik. Samhällsdebatten har berört teman såsom möjliga orsaker till narkotikaberoende vilket kan generera i olika behandlingssideologier, och om beroende ska betraktas som en sjukdom (Johnson 2005 s13ff). Förespråkare av behandlingsmetoden menar att beroende liksom exempelvis diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar med samma självklarhet bör betraktas som en sjukdom och därmed kunna behandlas med livslång medicinering (Johnson 2005 s151ff). Kritiker till läkemedelsassisterad underhållsbehandling menar att behandlingen innebär att en drog ersätts med en annan beroendeframkallande drog (ECAD 2004). Andra menar i motsats att den räddar liv (Abrahamsson 2007). Kritik riktas mot att behandlingsformen inte tycks gå till djupet med missbrukets orsaker och de funktioner det fyller för individen (Socialstyrelsen 2007b s120). Motargumentet bygger på att den medicinska behandlingen med metadon/subutex/suboxone blockerar drogsug och abstinens och på så sätt möjliggör för individen att bli mer mottaglig för psykosocial behandling. Vinsten blir att individen kan fokusera på andra livsområden än de som rör narkotikan (Johnson 2005 s 24). Antagonister har argumenterat att staten ur moralisk synpunkt inte borde understödja nämnda behandlingssideologi, varken genom att

legalisera läkemedelsutskrivningen eller genom ekonomisk finansiering. Förespråkare menar tvärtom att samhället gör en ekonomisk vinst genom minskade kostnader för sjukvård, rättsväsende och socialtjänst till följd av den ökade sociala anpassningen som skapas för missbrukaren genom läkemedelsassisterad underhållsbehandling (Mobilisering mot narkotika 2007).

Debatten har förändrats över tiden och gått mot en mer positiv och nyanserad syn på läkemedelsassisterad underhållsbehandling, vilket har möjliggjort en utbyggnad av behandlingsprogrammen och gjort behandlingen tillgänglig för fler opiatmissbrukare (Johnson 2005 s13ff). Ett exempel som belyser detta åskådas bland annat i Björn Fries – nationell narkotikapolitisk samordnare – förslag i juli 2007 om att de landsting som inte satsar pengar på nämnd behandling ska kunna bötläggas (Svenska dagbladet 2007). Ännu finns ett visst motstånd mot att använda läkemedel inom narkomanvården, vilket somliga menar begränsar de satsningar som görs på läkemedelsassisterad underhållsbehandling (Johnson 2005 s17f). Idag kretsar debatten kring läkemedelsassisterad underhållsbehandling dock till större del om att kötiden till att få behandling är för lång samt att kontrollnivån i samband med läkemedelsutdelning och –föreskrivning vid verksamheterna är otillräcklig (ECAD 2004; Johnson & Svensson 2008).

Syftet med läkemedelsassisterad underhållsbehandling är att ”den som är beroende av opiater ska upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation” (SOSFS 2004:8 2 kap 1§). I handboken (Socialstyrelsen 2006) definieras underhållsbehandling som medicinsk behandling av opiatmissbruk kombinerat med psykosocial behandling (s10). Kunskapsöversikten (Socialstyrelsen 2004) förklarar att läkemedlet i behandlingen syftar till att blockera drogsuget och ruset som drogintag kan ge, påverka hjärnans kognitiva funktioner samt främja funktionella beteenden hos individen (s35f). Hur verksamheterna konkret i förhållande till medicinens effekter ska arbeta med psykosociala behandlingsmetoder tas inte upp i föreskrifterna (SOSFS 2004:8) eller i handboken (Socialstyrelsen 2006). Betydelsen av medicinen respektive de psykosociala inslagen i behandlingen som helhet är likaså oklart. Föreskrifterna beskriver tydligt att innan behandling kan påbörjas, ska ett sk vårdbeslut tas. Detta ska baseras på ”en helhetssyn på patientens missbruk samt dennes hälsotillstånd och sociala situation” (SOSFS 2004:8 4 kap 1§). Vårdbeslut och kommande vårdplan ska grundas i en utredning som belyser ”patientens medicinska, psykologiska och sociala problematik, behov och förutsättningar” (SOSFS 2004:8 4 kap 1§ och 6§). Livsområden såsom ”missbruk/beroende av droger och alkohol, kriminalitet, psykiatrisk och kroppslig sjuklighet, bostads- och försörjningssituation, nätverk



och relationer ska belysas i utredningen” (Socialstyrelsen 2006). Inte heller här framgår det hur verksamheten med konkreta arbetsätt ska jobba vidare med de områden som under utredningen bedömts som problemfyllda.

En rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001), vilken innefattar en evidensbaserad kunskapssammanställning av forskningsläget kring psykosociala behandlingsmetoder mot narkotikaberoende, har visat evidens för att psykosocial behandling vid opiatberoende har störst effekt i samband med metadonbehandling. Detta resultat har fått betydelse för forskningsläget (s11ff). Emellertid saknas en enhetlig och tydlig definition av begreppet psykosocial behandling. Rapporten från SBU (2001) tar upp att begreppet innefattar en rad olika behandlingsmodeller med olika teoretisk utgångspunkt och metoder för genomförande. Socialstyrelsens publikationer avseende läkemedelsassisterad underhållsbehandling (SOSFS 2004:8, Socialstyrelsen 2004 resp. 2006) ger inte heller tillräcklig vägledning i vad psykosocial behandling innebär, vilket bidrar till svårigheter i att utläsa föreskrifterna och att tolkningsutrymme skapas. En genomgång av annan för ämnet relevant litteratur, pekar likaså mot att begreppets innebörd är diffus och varierande.

Vi begränsar oss till att titta på behandlingspersonals upplevelser av hur läkemedelsassisterad underhållsbehandling fungerar i praktiken med fokus på de psykosociala inslagen. Vi har valt bort att undersöka de aspekter som berör samarbetet med socialtjänsten och deras arbete kring exempelvis boendesituation och sysselsättning för patienten.

## **1.2 Syfte**

Vårt syfte är att undersöka hur professionella på några mottagningar som bedriver läkemedelsassisterad underhållsbehandling uppfattar och utför de psykosociala inslagen i behandlingen.

## **1.3 Frågeställningar**

På vilket sätt arbetar intervjupersonerna med de psykosociala inslagen i patientens behandling?

Vad upplever intervjupersonerna är fokus i det psykosociala behandlingsarbetet med patienten?

Vilka yttre och inre förutsättningar anser intervjupersonerna är positiva för en lyckad behandling?

Hur upplever intervjupersonerna förhållandet mellan de medicinska och de psykosociala inslagen i behandlingen?

## **1.4 Definitioner och begrepp**

Vi har valt att definiera vissa begrepp som kan vara tolkningsbara eller svårförståeliga för att på så sätt minska risken för missförstånd och oklarheter.

### **Metadon**

Opiater, såsom heroin, subutex och metadon stimulerar, eller binder till sig, opioidreceptorerna i hjärnan. Receptorer är små mottagare som sitter på nerverna. Heroin och metadon är fulla opiatagonister och ger således full effekt vid intag, vilket utgörs av t.ex. drogeufori och smärtdämpning (Antoniussen 2007 s5). Metadon ger dock inte samma drogeufori som heroin, men att det är en full agonist innebär att det tar bort suget efter heroin (Socialstyrelsen 2004 s8). Metadon minskar även den oro och ångest som heroinister upplever när de inte har tillgång till heroin (Svensson 2005 s188). Metadondosen ska vara individuellt anpassad till patienten. Metadon kan ge biverkningar som exempelvis förstoppning, viktökning, och svettningar (LIF 2008)

### **Subutex**

Subutex är en sk partiell agonist. Subutex ger som partiell opiatagonist samma effekter som metadon men i betydligt lägre grad och har samtidigt delvis *antagonistegenskaper*, d v s den blockerar också receptorerna och skapar därigenom knappt någon drogeufori. Detta och den låga graden av tillvänjning och toleransutveckling som subutex ger, gör den lämplig att använda i behandlingsprogram för opiatberoende patienter (Antoniussen 2007 s5). Subutex intas varje dag och dosen beror på tidigare konsumtion av opiatpreparat samt det individuella upptaget och omsättningen i kroppen av läkemedlet. Subutex ger liknande biverkningar som metadon (Patientinformation, Schering-Plough).

### **Suboxone**

Suboxone är en vidareutveckling av subutex. Skillnaden är att suboxone förutom ämnet buprenorfin även innehåller naloxon vilket är ett ämne som kan orsaka kraftiga obehagskänslor om tabletten injiceras. Suboxone kan ge samma biverkningar som subutex (Patientinformation, Schering-Plough).

## Underhållsbehandling

”Behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika enligt läkemedelsverkets föreskrifter (LVS 1997:12) om förteckningar som godkänts för behandling vid opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende” (SOSFS 2004:8).

## Psykosocial behandling

I problemformuleringen redogjorde vi för att begreppet psykosocial behandling är diffust och vi har därför valt att definiera begreppet själva. Denna definition har varit utgångspunkt i intervjuerna. Med psykosociala inslag i behandlingen syftar vi på den sociala kontakten och samspillet mellan personal och patient, hur personalen arbetar med patientens psykiska mående och sociala livssituation, som exempelvis boende, socialt nätverk, sysselsättning och socialt stöd.

## **1.5 Metod**

Kapitlet redogör för hur vi har gått tillväga med uppsatsarbetet och vilka överväganden vi har gjort. Tillförlitligheten i vår uppsats och ett avsnitt om källkritik redovisas även.

Det finns flera kvantitativa studier som har gjorts beträffande läkemedelsassisterad underhållsbehandling och som mätt effekterna av sådan behandling. Socialstyrelsen är ansvarig för verksamheten och har tillsynsskyldighet vilket innebär att flera kvantitativa studier har gjorts under deras försorg under den tid då behandlingsmetoden har funnits. Vårt intresse ligger inte i hur lyckosam eller vilka effekter behandlingsmetoden har utan vårt fokus ligger på att undersöka behandlingspersonalens uppfattningar och beskrivning av psykosociala insatser och fokus utifrån patientens behov i behandlingsmetoden. Vi finner att kvalitativ metod lämpar sig bäst för detta ändamål. Vi har valt att utföra studien med hjälp av intervjuer.

### **1.5.1 Urval**

Vi har valt att inrikta vår studie på personal vid mottagningar som bedriver läkemedelsassisterad underhållsbehandling, då vi anser att de har stor kunskap och erfarenheter ur ett inifrånperspektiv av behandlingens psykosociala inslag. Vi har valt att intervjua personal vid fyra olika mottagningar. En mottagning kan inte anses vara

representativ och vi strävade efter att få fram en så bred och diversifierad bild av de psykosociala behandlingsinslagen som möjligt (Halvorsen 1992 s95ff). På grund av att studien inte skulle bli alltför omfattande valde vi att inte undersöka samarbetet mellan socialtjänsten och mottagningarna utifrån socialtjänstens perspektiv.

Vi tog kontakt med personal via e-mail och telefon för att få till stånd intervjuer med frivillig personal ur olika yrkeskategorier. Sammanlagt deltog nio personer i studien, vilka utgjordes av fyra kuratorer/utredare, fyra sjuksköterskor och en personal med samordnande funktion.

Vi har funnit våra källor genom fri sökning i databaser såsom Lovisa, Elin, Google Scholar, Libris m.fl. Sökorden har varit exempelvis 'metadon', 'subutex', 'läkemedelsassisterad underhållsbehandling', 'psykosocial', 'behandling'. Den s k snöbollseffekten – att läsning av källmaterial och dess respektive referenslistor har lett oss till andra intressanta referenser – har varit ett viktigt inslag i hittandet av källor. Källorna har varit publikationer från Socialstyrelsen, patientinformation om läkemedel, debattinlägg och artiklar i dagstidningar, vetenskapliga tidskriftsartiklar och böcker.

### **1.5.2 Intervjuer som metod**

Ett sätt att utföra intervjuer är att låta intervjupersonen prata kring bestämda teman, istället för att låta den svara på och styras av exakt formulerade frågor. Dessa intervjuer kallas för tematiskt öppna intervjuer. Självklart kan intervjuaren ha specifika frågor som bockas av när de besvaras, men intervjuaren behöver inte visa frågorna för intervjupersonen. Intervjuarens egna uppfattningar och förståelse får här inte samma utrymme att styra samtalet (May 2001 s149ff; Aspers 2007 s136ff). Vi använde oss av utvalda teman som gav struktur åt intervjuerna. Våra teman var *beskrivning av verksamheten, vårdbeslut, vårdplan, samarbete, ideologi, möjligheter och begränsningar* samt *kommentarer från patienter* (Bilaga 2). Temana delades ut precis innan intervjun startade. Anledningen till detta var att vi ville få intervjupersonernas spontana utsagor kring dessa teman. Spontaniteten skulle leda till att framhäva det som intervjupersonen ansåg viktigast.

### **1.5.3 Tillvägagångssätt**

Ett informationsbrev (Bilaga 3) mailades ut i förväg eller delades ut till intervjupersonerna i samband med att intervjun tog plats. Informationsbrevet upplyste om vilka vi var, vad vi hade för syfte med uppsatsen, att deras utsagor skulle behandlas med konfidentialitet, handledarens

namn, lovad delaktighet i intervjuutskriften före användning av denna i analysen samt våra kontaktuppgifter. Vi som intervjuare hade en intervjuguide (Bilaga 1) framför oss, vilken vi utformat utifrån uppsatsens syfte och frågeställningar. Socialstyrelsens föreskrifter (SOFS 2004:8) utgjorde utgångspunkt för teman som togs upp i intervjuguiden. Intervjuguidens innehåll var inte synligt för intervjupersonerna och fungerade som ett slags hjälpmedel för oss att kontrollera att intervjun verkligen berörde det vi ville undersöka. Vi ville att intervjupersonen skulle få möjlighet att ta upp de begrepp och aspekter som den ansåg viktiga. Vår förhoppning var att denna intervjuform skulle skapa en dialog där spontana följdfrågor skulle bidra till en djupare förståelse av intervjupersonernas upplevelser vilket vi också upplevde skedde. Vi genomförde intervjuerna tillsammans, det vill säga som ett intervjuarpar, med avsikt att gemensamt kunna ställa följdfrågor och på så sätt få ett bredare spektra av infallsvinklar samt att vi båda skulle kunna uppfatta kroppsspråk och annan ickeverbal kommunikation.

Intervjuerna varade ungefär i en timme och utfördes på intervjupersonernas arbetsplats. Totalt genomfördes sex intervjuer. Tre av intervjuerna var gruppintervjuer och vid alla tre hade intervjupersonerna olika yrkestillhörighet och kompletterade på så sätt varandra och bilden av mottagningen som de jobbade på. En intervjupersons medverkan begränsade sig till tjugo minuter i en av gruppintervjuerna, vilket är en brist, men vi valde att räkna in hans medverkan då hans utsaga var en tillgång för analysen.

Bandspelare eller annan utrustning för ljudupptagning användes som hjälpmedel vid fem intervjuer. Fördelar med ljudupptagning var att vi som intervjuare kunde fokusera på intervjun och följa med i samtalet istället för att fokusera på att ta anteckningar. Ljudupptagningen gjorde det också lättare för oss att få en mer korrekt och exakt återspeglning av intervjun för sammanställningen av empirin och analysen (May 2001 s168). Vid en intervju önskade intervjupersonen att ljudupptagning inte gjordes vilket innebar att anteckningar istället togs. Nackdelar med ljudupptagning kan vara att det gör intervjupersonen hämmad och nervös. Detta upplevde vi dock inte vara ett problem i de fall metoden användes (May 2001 s168).

#### **1.5.4 Analysavsnitt**

Transkriberingen av de intervjuer som ljudupptagits hade fördelen att intervjupersonernas exakta utsagor återgavs, vilka utgör första ordningens konstruktioner. Dessa speglar intervjupersonernas, alltså fältets representanters, egna begrepp och uttryck som de använder

för att förklara sin verklighet. Vid analysen kom således den första ordningens konstruktioner vara det som bearbetades. Vid det intervjutillfälle då anteckningar fick tas, i syfte att ge underlag för sammanställning och analys, skapade den av oss som antecknade andra ordningens konstruktioner, d v s gjorde tolkningar av intervjupersonens utsaga i antecknandets stund (Aspers 2007 s 41ff). Slutsatsen av detta resonemang blir att ljudupptagning av intervjuer utesluter ett tolkningsled.

Våra teman för redovisningen av empirin fann vi utifrån induktiva principer. Genom att studera det samlade intervjumaterialet hittade vi likheter i intervjuerna som gjorde att vi kunde identifiera teman eller rubriker för att koda materialet (May 2001 s47). Temana som vi använde var *synen på medicinen, yttre och inre förutsättningar för ett lyckat behandlingsresultat, relationen, struktur, arbetsmetoder och vad intervjupersonerna fokuserar på under behandlingstiden/vad som kan vara problemområden för patienterna*. Inför kodningsprocessen försökte vi så tydligt som möjligt definiera våra teman för en korrekt sammanställning och efterföljande analys av materialet (Aspers 2007 s160). Analysen av materialet baserades på uppdelningen av de olika kodningstemana. Under arbetsprocessens gång ändrade vi till viss del den ursprungliga uppdelningen i teman och skapade underrubriker. Via en sammanställning av temana, som således utgjordes av första ordningens konstruktioner, kunde vi sedan se mönster i intervjupersonernas beskrivningar. Utifrån dessa mönster drog vi paralleller till teorier och begrepp som vi fann vara applicerbara och som hjälpte oss att skapa andra ordningens konstruktioner (Aspers 2007 s42f). Likaså tidigare forskning användes i analysen för att förklara och förankra empirin i befintlig forskning.

### **1.5.5 Tillförlitlighet**

#### **Reliabilitet**

En annan aspekt som har att göra med studiens tillförlitlighet är den s.k. intervjuareffekten – alltså hur vi som intervjuare påverkar intervjupersonen och dennes utsagor. Faktorer som eventuellt spelade in på intervjuernas utfall kan ha varit vår ålder, etnicitet, sätt att ställa frågor och respondera på intervjupersonens utsagor (May 2001 s155). Vi upplevde att den maktobalans som kan uppstå mellan intervjuare och intervjuad jämnades ut i och med att intervjupersonerna som professionella hade kunskaper som vi var intresserade av att ta del av, alltså att de intervjuade var experter i relation till oss intervjuare.

För att utesluta att eventuella missuppfattningar av ljudupptagningarna i samband med transkriberingen skulle komma att påverka analysen, skickade vi intervjuutskriften till

intervjupersonerna för genomläsning och eventuell korrigerig av sådana missuppfattningar. Detta upplevdes som positivt och ledde inte till några större ändringar från intervjupersonernas sida, vilket Aspens (2007) menar ofta lätt kan ske av skälet att intervjupersonerna tycker att de i utskriften framstår som okunniga och osammanhängande i sina resonemang (s152). Även den intervjuutskrift som baserade sig på anteckningar skickades ut och gav då intervjupersonen i fråga chansen att korrigera eventuella missförstånd, komplettera och godkänna utskriften. På så sätt fördes första ordningens konstruktioner in även i denna intervjuutskrift. Denna utskrift är dock i viss grad kännetecknad av vår selektiva perception, vilket utgör en brist (Halvorsen 1992 s103). Att vi var två personer som kodade materialet innebär att vi trots bestämmelse av gemensamma definitioner av kodningstemana i viss mån kodat materialet olika, utifrån våra unika referensramar. Detta utgör ett visst problem för tillförlitigheten i vår analys men detta problem har vi försökt lösa genom att vi båda läste igenom och kollade av och kompletterade varandras kodning (Thurén 2002 s22).

### Validitet

Vi som intervjuare är medvetna om att vi gjorde ett selektivt urval av vad intervjuerna skulle innehålla, baserat på våra referensramar och uppsatsens syfte redan innan intervjun tog plats, i och med vi valt ut frågor och teman som skulle belysas. Via förförståelse och våra analysredskap har vi också tolkat intervjupersonernas svar vilket ger oss makt att påverka resultatframställningen (Aspens 2007 s135ff).

Av skäl att det skulle sänka validiteten valde vi bort att göra jämförelser mellan olika yrkeskategorier och att göra jämförelser mellan privata och offentliga verksamheter. Vi ansåg att antalet deltagande intervjupersoner inte var tillräckligt för att göra jämförelser och dra generella slutsatser. Därav valde vi ett rent deskriptivt syfte för vår uppsats (Halvorsen 1992 s95ff).

### 1.5.6 Källkritik

Den tidigare forskning som vi valt att redovisa och använda för analysen belyser resultat som ger evidens för läkemedelsassisterad underhållsbehandling och resultat som stödjer en kombination av läkemedelsbehandling och psykosociala insatser. Detta beror på att vi inte hittat forskning som bevisar motsatsen. Forskningen kommer också till stor del från Socialstyrelsens publikationer eller SBU:s rapport (2001), vilket förklaras av att dessa

publikationer gett oss en sammanställning av och har gjort jämförelser mellan tidigare forskningsresultat. Dessa källors tillförlitlighet styrks i och med att annan litteratur och forskning, som vi kommit i kontakt med, bekräftar Socialstyrelsens slutsatser.

Björn Johnsons bok (2005) har använts i stor grad i problemformuleringen och historiken. Då Johnson är förespråkare för läkemedelsassisterad underhållsbehandling och är kritisk till det motstånd som varit mot metadonbehandlingen, kan tillförlitligheten i denna källa ifrågasättas. Boken har trots det använts i brist på annan litteratur. Ansatsen har varit att använda boken med kritisk blick, för att eftersträva objektiviteten. Samma förhållningssätt har vi eftersträvat till all annan litteratur som använts. Till exempel är vi medvetna om att valet av källor för teoretiska perspektiv kan ifrågasättas då flera av källorna är gamla. Valet motiverar vi med att perspektiven och begreppen är lika applicerbara på patientens situation nu som då de publicerades.

### **1.5.7 Etiska överväganden**

Intervjupersonerna blev via informationsbrevet informerade om att uppgifter kring deras namn eller arbetsplats inte skulle avslöjas i uppsatsen. May (2001) skriver om detta och om att det är viktigt att inte röja studiedeltagarnas identitet, då vår uppsats kan komma att användas av andra personer i syften som inte avsetts av oss (s80).

Ett konfidentialitetsproblem i uppsatsarbetet har varit hur vi skulle behandla redovisningen av empiri som gällde utformning av behandlingen, då denna till viss del skiljer sig åt mellan olika mottagningar. Vi har gällande detta försökt uttrycka oss så att det inte röjs för läsaren vilken mottagning det skulle kunna handla om, men ändå försökt beskriva vad behandling *kan* innehålla.

Vi valde, delvis i syfte att höja tillförlitligheten men även av etiska skäl, att skicka intervjuutskriften tillbaka till intervjupersonerna för ett godkännande och möjlighet att ta bort sådant som de inte önskade skulle vara del i analysen, d v s att intervjupersonerna fick bestämma villkoren för användningen av sitt material (Halvorsen 1992 s162). De blev även informerade om att intervjuutskriften och ljudupptagningar från intervjuerna kommer att förstöras i samband med att uppsatsen blir godkänd (Repstad 1993 s 64ff).

Vi övervägde att inrikta vår uppsats på upplevelser hos patienter som genomgår eller har genomgått läkemedelsassisterad underhållsbehandling, men fann att det inte kändes etiskt korrekt då det redan är en utsatt grupp. Gruppen är relativt liten och de individer den innefattar kan därmed antas ofta bli kontaktade från forskarvärlden, vilket vi anser bidrar till



stämpningsprocessen av dessa individer. De urvalsprocesser vi skulle behöva använda för att komma i kontakt med gruppen, d v s antagligen via professionella verksamheter, menar vi också skulle öka maktobalansen i intervjusammanhanget och det skulle kunna ifrågasättas vad intervjupersonernas samtycke baserade sig på (Jönsson 1998 s12ff). Vi försökte istället att föra in patientperspektivet på samtliga intervjuteman. Vi hade även ett särskilt intervjutema som berörde intervjupersonernas erfarenheter av patienters kommentarer om behandlingen.

## **1.6 Fortsatt framställning**

Detta stycke syftar till att förbereda läsaren på vad som komma skall. En historisk tillbakablick kommer att ges för att ge läsaren en introduktion kring läkemedelsassisterad underhållsbehandling och hur behandlingsformen har utvecklats över tid. Dagens föreskrifter är sammanfattade i ett stycke efter historiken då vi anser att läsaren behöver ha inblick i vad mottagningarna har för regler att förhålla sig till när de utformar sin verksamhet. Vidare kommer vi att gå in på teoretiska perspektiv och begrepp samt tidigare forskning. I resultat- och analyskapitlet appliceras teorierna och tidigare forskning sedan på empirin. Därefter får läsaren ta del av en sammanfattning av de viktigaste resultaten som studien har kommit fram till. Uppsatsen avslutas med en diskussion där vi författare delger våra personliga åsikter och tankar som vi fått under uppsatsens gång.

## 2. Bakgrund och teoretiska perspektiv

### 2.1 Historik

Läkemedelsassisterad underhållsbehandling är en kontroversiell behandlingsform med en speciell historia. Detta kan vara bra för läsaren att ha insikt i då det kan ge en ökad förståelse för varför behandlingen ser ut som den gör idag.

Mari Nyswander och Vincent Dole startade som första initiativtagare i världen metadonbehandling i USA 1965. De utgick ifrån att beroendet var jämförbart med en sjukdom (Socialstyrelsen 2007a s8). Behandlingen var utformad i en slutenvårds- och en öppenvårdsfas. Under slutenvårdsfasen ersattes patientens heroinintag med metadon och en medicinsk undersökning, psykiatrisk bedömning och utredning av patientens sociala förhållanden gjordes. Hjälp att ordna bostad, arbete eller eventuellt att börja studera erbjöds också. Öppenvårdsfasen som följde kännetecknades för patienten av dagliga besök på kliniken för att få sin metadondos. Urinprover säkerställde att sidomissbruk inte förekom hos patienten. Efterhand minskade kontrollen genom att patienterna kunde få ta med sig metadondoser hem och inte behövde lämna urinprover i samma utsträckning. I Sverige startade underhållsbehandling 1966 vid dåvarande forskningskliniken vid Ulleråkers sjukhus, enligt liknande principer som Nyswander och Doles behandlingsprogram byggde på. Detta gjordes med ett blygsamt stöd från socialtjänsten och andra professionella inom beroendevården (Johnson 2005 s37ff; Grönbladh 2004 s3ff). Intagningsstopp skedde i praktiken redan 1979, på begäran av Ulleråker-mottagningen själv, på grund av bristande resurser. Detta gjordes för att sätta press på Socialstyrelsen att visa mer stöd för metadonprogrammet, genom att bland annat utvärdera dess effekter (a.a. 2005 s67f). 1981 gjorde Socialstyrelsen en sådan utvärdering, vilken gav stöd för metadonbehandling med vissa reservationer. Resultaten av behandlingen erkändes vara mycket goda, men Socialstyrelsen menade att de inte var fullt pålitliga på grund av metodproblem i undersökningen. En rekommendation gjordes ändå att programmet skulle sluta som försöksverksamhet och istället tillhöra reguljär sjukvård men med en föreslagen begränsning på antalet patienter som skulle tillåtas behandlas samtidigt. Begränsningen sattes till 150 patienter och behandling skulle endast bedrivas vid Ulleråkers sjukhus (Johnson 2005 73ff). I praktiken bestod dock intagningsstoppet av nya patienter från 1979 fram till 1984. I och med en ökad oro för spridning av HIV-smitta blev inställningen till metadonbehandling lite positivare och intagningsstoppet togs bort. Under intagningsstoppet hade dock 50 procent,

alltså ungefär 50 stycken av de missbrukare som stod i kö till behandlingen dött (a.a. s Svensson 2005 s189).

Metadonbehandlingen erkändes 1983 som reguljär behandlingsmetod ”baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet” i och med en ny förordning från Socialstyrelsen (Johnson 2005 s77). 1987 inrättades i Stockholm Sveriges andra metadonmottagning (a.a. s16). Verksamheten utökades under 1990-talet till mottagningar vid sjukhusen i Malmö och Lund och 2004 till Göteborg.

Trots goda behandlingsresultat fanns och finns än idag brister med metadonet, såsom att det är möjligt att överdosera och ger biverkningar för vissa patienter. Denna insikt ledde under 1980-talets slut till att man genomförde försök med behandling av buprenorfin, d v s subutex, då detta läkemedel är mindre beroendeframkallande än metadon och svårare att överdosera (Johnson 2005 s114).

Verksamheterna reglerades genom Socialstyrelsens föreskrifter och syftade till att reglera de stora riskerna ett okontrollerat metadonprogram skulle kunna innebära. Den 1 januari 2005 kom Socialstyrelsen med nya föreskrifter som även reglerade användningen av subutex och andra underhållningspreparat, vars förskrivning tidigare inte varit reglerad av några föreskrifter (a.a. s115; Socialstyrelsen 2007a s8). Begränsningen av antalet patienter som fick delta i metadonprogram, vilken höjts i flera steg och uppgick till 1200 patienter 2004, togs bort i samband med de nya föreskrifterna 2005. Även kriterierna för att få behandling mildrades från ett dokumenterat opiatmissbruk sedan minst fyra år tillbaka till minst två år (Johnson 2005 s113ff; Socialstyrelsen 2007a s8).

## **2.2 Dagens föreskrifter**

För att läsaren ska kunna förstå vad läkemedelsassisterad underhållsbehandling innebär bör den känna till vad som står i föreskrifterna. Vi har därför sammanfattat de viktigaste paragraferna för att på ett överskådligt sätt ge läsaren en bild av vad verksamheterna har för regler att rätta sig efter.

Socialstyrelsen ansvarar för verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad underhållsbehandling och har därmed tillsyn och uppföljningsplikt. Verksamheten måste ha Socialstyrelsens tillstånd att bedriva underhållsbehandling (SOSFS 2004:8 2 kap 5 §) samt följa föreskrifterna (SOSFS 2004:8 1 kap 1 §). Underhållsbehandling får endast ges vid sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård. Verksamheten ska samordnas med patientens kommuns socialtjänst (SOSFS 2004:8 2 kap 2 §). Syftet med vården är att den

som är beroende av opiater ska upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation (SOSFS 2004:8 2 kap 1 §). Handboken förtydligar att behandlingen ska syfta till överlevnad, god hälsa, missbruksfrihet samt förbättrade sociala förhållanden.

Behandlingen ska ses som en bred och långsiktig vård som syftar till att stödja patientens beslut till att förändra sin livssituation (Socialstyrelsen 2006).

Föreskrifterna ställer krav på att en person ska ha fyllt 20 år samt ha ett dokumenterat opiatmissbruk sedan två år tillbaka för att få underhållsbehandling (SOSFS 2004:8 4 kap 2 §). Underhållsbehandling får inte påbörjas om annan behandling bedöms tillräcklig, om patienten är beroende av andra preparat än opiater eller om patienten har varit utesluten från underhållsbehandling under de senaste sex månaderna (SOSFS 2004:8 4 kap 3 §).

Utskrivning från behandlingen ska ske när patienten trots särskilda stödinsatser inte lyckas medverka till syftet med vården. Detta kan ske om patienten inte har medverkat i vården längre tid än en vecka, har upprepade återfall i missbruk av narkotika eller missbrukar alkohol i sådan omfattning att det innebär en medicinsk risk. Utöver det kan utskrivning ske om patienten upprepade gånger manipulerat urinprov, har dömts för narkotikabrott eller utsätter personal eller annan patient för våld eller hot om våld (SOSFS 2004:8 6 kap 2 §). Avveckling av underhållsbehandling kan ske när syftet med behandlingen bedöms ha uppfyllts samt att resultatet bedöms komma att bestå. En stabilisering av patientens fysiska och sociala situation ska då föreligga sedan minst ett år tillbaka (SOSFS 2004:8 6 kap 1 §).

## **2.3 Tidigare forskning**

Genom att undersöka och ta reda på vad forskningsfältet redan har undersökt och kommit fram till kan detta jämföras med vår egen studie och användas för analysen av vårt material. Att få en bild av vilka effekter och resultat större och mer omfattande undersökningar har kommit fram till bidrar också till en uppfattning om ämnet i helhet. Vi har valt att framförallt ta med sådan tidigare forskning som illustrerar läkemedelsassisterad underhållsbehandling i kombination med psykosociala behandling.

I september 2007 publicerade Socialstyrelsen en rapport från en nationellt samordnad granskning av läkemedelsassisterad underhållsbehandling där samtliga verksamheter, som vid tillfället var 53 stycken deltog. Uteslutande del av de deltagande ansåg att läkemedelsassisterad underhållsbehandling är integrerad med psykosocial behandling (Socialstyrelsen 2007a s10f, 28, 34). Behandling som innefattar psykosocial behandling i kombination med läkemedel visar på omfattande och positiva effekter (Socialstyrelsen 2007b

s136). Däremot finns det inte evidens för att psykosocial behandling på egen hand har effekt, mätt i antal som stannar kvar i behandling. En kunskapsöversikt från Socialstyrelsen (2004) visar att ökad grad av psykosocial behandling förbättrar i samma grad resultaten (s15, 36ff). En granskning av randomiserade studier har visat att metadonbehandling kombinerat med psykosociala behandlingsmetoder ger bättre effekter än behandling enbart med metadon. Effekterna mättes i sidomissbruk av heroin under behandlingstiden, kvarstannande i behandling och uppföljning efter avslutad behandling (Amato et. al. 2004 s9). Förbättrade resultat kan även mätas i positiva effekter på individens sociala funktion, såsom minskad kriminalitet (Socialstyrelsen 2004 s34). Arbetsförmåga liksom psykisk hälsa höjdes också för dem som fick kombinationsbehandling av metadon och psykosociala behandlingsmetoder (SBU 2001 s66).

Forskning kring den beroendeskapande processen visar att den kännetecknas av gradvis påverkan på fysiska, sociala och psykologiska funktioner hos individen. Detta innefattar långsiktiga och kanske permanenta förändringar på hjärnans motivationella system vilket motiverar behandling med både läkemedel och psykosociala metoder (Socialstyrelsen 2004 s19ff). Forskning har visat att minskad abstinensproblematik gör patienten tillgängligare för psykosocial behandling (O'Connor & Fiellin 2000 s44ff). Likaså ökar rehabiliteringsförmågan för patienter i metadonbehandling (SBU 2001 s173).

Forskning har visat att individens förmåga att ta kontroll över sitt missbruksbeteende och förväntningar på att lyckas med detta minskar successivt under missbrukskarriären och den beroendeskapande processen. Detta argumenterar för att behandlingsmodeller måste överlåta ansvar på individen så att nämnda negativa utveckling kan vända (Socialstyrelsen 2004 s19ff).

Beteendearieterade/omlärande metoder<sup>1</sup> framlyfts som särskilt lyckosamma (Socialstyrelsen 2004 s36f, 38). Samma slutsats drogs i en evidensbaserad kunskapssammanställning från SBU 2001. Via en uppdelning av psykosociala behandlingsmetoder i tre kategorier visade sig kategorin omlärande behandlingsmetoder med fokus på missbruksbeteendet ha störst effekt i behandling av heroinmissbruk. Även dynamisk psykoterapi hade viss effekt. Däremot kategorin ospecifika och stödjande behandlingar hade inte någon signifikant effekt. Effekterna mättes i kvarstannande i behandling. Dessa slutsatser drog SBU utifrån en sammanställning av internationella studier där psykosocial behandling gavs i samband med läkemedelsbehandling med metadon, således vet man inte om de

---

<sup>1</sup> Metoder med utgångspunkt i inlärningsteori och som fokuserar på omlärning av felaktiga beteenden och aktivt förvärvande av nya och mer välanpassade beteenden (SBU 2001 s17).

lyckosamma metoderna varit lyckosamma utan kombinerad med läkemedel (SBU 2001 s12ff; Johnson 2005 s107ff). SBU (2001) redovisade även i rapporten studier som visat att metadonbehandling som kombineras med rådgivning eller någon typ av strukturerad psykoterapi fått bättre resultat än när metadon ges ensamt (SBU 2001 s66).

Även insatser som syftar till att stabilisera missbrukaren på andra problemområden som exempelvis tandvård och bostadssituation ger goda effekter (Socialstyrelsen 2004 s15, 36f, 38). Socialstyrelsens långtidsuppföljning av metadonbehandling, vars resultat publicerades 2001, påvisar att försörjning och sysselsättning har stor betydelse i den psykosociala rehabiliteringen. Resultaten indikerar på att metadonprogrammet bör utformas på ett nyanserat sätt då olika patienter har olika behov. Detta ökar graden av kvarstannande i behandling (Socialstyrelsen 2001 s25ff). Behandlarens förmåga att skapa en förtroendefull relation och allians med patienten, samt kontinuitet i personalgruppen lyfts fram som viktiga faktorer i en lyckad behandling. Likaså är tydlig och hög grad av struktur, fokus på missbruket och tillräckligt lång behandling faktorer som utmärker behandlingspraxis i de studier som visat positiva effekter på behandling både av alkohol- och opiatmissbruk. Maximal effekt av behandlingen och på klientens livssituation och beteenden uppmäts inte förrän efter fyra års behandling, visar Socialstyrelsens kunskapsöversikt (Socialstyrelsen 2007b s137; Socialstyrelsen 2004 s7, 15, 36f, 38).

## **2.4 Teori**

Under detta stycke tar vi upp teorier och begrepp som vi sedan använder i analysen till hjälp att förklara och förstå empirin. Vi har valt ett antal teorier och begrepp som kompletterar varandra eftersom vi ansåg att ingen enskild teori kunde appliceras på större delar av empirin. Teorierna och begreppen syftar till att lyfta fram patientens och behandlarens perspektiv samt att förstå organisationen och hur verksamheten är strukturerad.

### **2.4.1 Den biologiska beroendeteorin**

Den biologiska beroendeteorin bygger på medicinska iakttagelser av drogers biokemiska effekter. Ur dessa iakttagelser hämtas förklaringen till att drogbruket är ett mer eller mindre tvingande intag. Narkotika förändrar hjärnan vilket leder till att missbrukaren gör saker i motsats till sina intentioner. Det kan diskuteras huruvida individen har bristande kontroll att stå emot drogintag eller om drogsuget är så stort att individen faller offer för det (West 2006 s76). Efter en tids regelbundna intag av substansen behöver kroppen den allt oftare, i större

mängder och avbrott resulterar i fysiska obehag (Andersson, 1991 s16). Teorin bygger på ”craving” vilket kan översättas med svenskans drogsug. Drogsuget dominerar totalt individens tankar, känslor och beteende vilket leder till att alla avsikter att inte inta drogen försvinner och individen upplever inte heller att den har något val (West 2006 s 76).

Ett långt drogberoende ger ofta psykiska och fysiska men som kräver sjukvård vilket gör att beroendet i sig själv ses som ett sjukdomstillstånd. Individens agerande förenklas till drogverkan vilket exempelvis innebär att heroinet leder till och orsakar kriminalitet (Andersson 1991 s16).

### **2.4.2 Organisationsperspektiv**

Funktionella behandlingsorganisationer präglas av klarhet i struktur och hög interaktionsnivå mellan behandlare och klienter. På en generell nivå måste behov hos klienterna mötas vilket bland annat görs genom:

*containment* –omhändertagande, förmåga att hantera och svara på varje patients särskilda och varierande behov,

*stöd* – för att patienten ska må bättre,

*validering* – förståelse och bekräftelse gentemot den enskilde.

Verksamhetens anda ska vara öppen då det underlättar kommunikationen mellan patient och behandlare vilket är väsentligt för ett positivt behandlingsresultat och patientens välmående.

En kontinuerlig och trygg personalgrupp samt att verksamheten är organiserad på ett sätt som underlättar interaktionen mellan patient och behandlare lyfts fram som viktigt. Viktigast i behandlingen är dock behandlarens bemötande av patienten (Fridell 1996 s41ff).

### **2.4.3 Förändringsmodellen**

Gyllenhammar (2007) redogör för Prochaska och DiClementes undersökning från slutet av 1970-talet där de intervjuade rökare. Undersökningen resulterade i teorin att rökare och individer som vill sluta med ett missbruk går igenom olika specifika stadier innan de varaktigt slutar med substansen. Återfall sågs som en naturlig del i processen. En person som vill bli av med ett missbruk går igenom förändringshjulet som har utvecklats ur denna teori.

Förändringshjulet är uppdelat i fem olika stadier som är *överbäggande, förberedelse, handling, vidmakthållande och återfall*. När en person har kommit till vidmakthållandets stadium kan den antingen bli fri från sitt missbruk eller ta ett återfall vilket sedan leder till att processen startar om på nytt (s20ff).

Behandlingspersonal kan använda förändringsmodellen för att göra behandlingsinsatserna så maximala som möjligt. Genom att behandlaren läser av var i förändringsprocessen som patienten befinner sig kan den ge rätt behandlingsinsatser vid rätt tillfälle och på så sätt öka motivationen och minska hinder mot förändring. Behandlarens attityd spelar även en stor roll för att minska motståndet mot förändringar och öka patientens motivation. Olika processer inverkar i varje förändringsstadium och medverkar till att patienten tar sig vidare till nästa stadium. Exempel på sådana processer är:

*Medvetandehöjning* som innebär ökad information om sig själv och problemet. Behandlaren kan hjälpa till genom observation, konfrontation och tolkningar.

*Självomvärdering* innefattar bedömning av hur patienten tänker och känner beträffande sig själv och missbruket. Behandlaren kan klargöra värderingar, känslomässiga upplevelser och utmana trossatser och förväntningar.

*Känslomässigt uppväckande och dramatisk befrielse* betyder insikt och uttryckande av känslor kring missbruket och lösningar. Psykodrama, sörja förluster och rollspel kan behandlaren använda sig av som hjälp till patienten.

*Motbetingning* syftar till att patienten vid ångest ska ersätta missbruksbeteendet med andra alternativ. Avslappning, självhävdande och positiva uttalande om sig själv kan hjälpa i denna process.

*Stimuluskontroll* innebär undvikande eller bemötande av stimuli som framkallar missbruksbeteendet. Patienten kan exempelvis förändra miljön och undvika högrisksituationer.

*Stöttande relationer* innefattar att kunna vara öppen och förtroendefull om sina problem med personer som bryr sig. Behandlaren kan försöka skapa en terapeutisk allians och ge socialt stöd. Självhjälpgupper kan även vara till stort stöd för patienten.

(Gyllenhammar 2007 s20ff)

#### **2.4.4 Vardagsverklighet**

*Vardagsverklighet* innebär den del av verkligheten som en individ tar förgivet och är mest medveten om. Den bildas av individens verklighet och innebär att alla individer har en unik vardagsverklighet (Ahrne 1981 s49ff). Vardagsverkligheten skapas genom handlingar och erfarenheter som individen skapar (Andersson 1991 s25ff). Mönstret i vardagsverkligheten tillkommer genom att en handling som gett positiv effekt upprepas i syfte att nå den önskvärda effekten igen (Ahrne 1981 s49ff). Vardagsverkligheten är uppbyggd av de



aspekter av kultur, samhälle och natur som individen befinner sig i nästan varje dag (Ahrne 1981 s39). De olika bitarna som vardagsverkligheten är strukturerad utifrån uppfattas av individen som sammanhängande genom vanor, upprepningar och den innebörd som individen själv tillskriver den. Individens beteende och tankar påverkas och begränsas av den vardagsverklighet hon befinner sig i. Vardagsverkligheten upprätthålls och ordnas i enlighet med individens intresse och behov (Andersson 1991 s25ff). Det är även i vardagsverkligheten som individen får sina grundläggande behov tillfredställda (Ahrne 1981 s39).

### 2.4.5 Marginalkonflikt

En *marginalsituation* är när individen befinner sig mellan två olika grupper. Grupperna skiljer sig i bland annat kultur, normer, språkanvändning och sociala koder. Det kan vara så att individen har tillhört en minoritetsgrupp och strävar efter att tillhöra den andra gruppen, dvs majoritetsgruppen. Individen har gått från den ena gruppen som den inte kan tillhöra, till den andra gruppen som inte släpper in eller accepterar den fullt ut. *Marginalkonflikten* uppstår genom att marginalsituationen skapar en inre konflikt hos individen. Individer som är i marginalkonflikt visar specifika personlighetsdrag som kan beskrivas som ett *marginalsymtom* (Blomgren 1974 s23). Marginalsymtomen kan bland annat uttrycka sig i att individen ser sig själv både utifrån den gamla och den nya gruppens ögon, att den uppfattar sitt gamla liv stundtals som mycket negativt men samtidigt kan längta tillbaka till det gamla livet som är tryggt och välkänt. I och med individens upplevelse och medvetenhet om att den befinner sig mellan två grupper känner den sig osäker och sårbar i den nya gruppen. Andra sätt som marginalsymtomen kan bli synliga på är att en individ som befinner sig i marginalkonflikt tenderar att isolera sig men också att den drar sig till människor och grupper som befinner sig i en liknande situation (Blomgren 1974 s43ff).

Anledningen till att vi har valt den biologiska beroendeteorin för analysen är att läkemedelsassisterad underhållsbehandling bygger på tron att beroende är en sjukdom och att detta påverkar utformningen av behandlingen. Organisationsperspektivet använder vi för att förklara att utformningen av verksamheterna inverkar på behandlingen och på dess utfall för patienterna. Förändringsmodellen avser hjälpa läsaren att förstå vad det är som behandlarens arbete går ut på och vilka processer hos patienten som krävs för att förändring ska ske. Begreppen vardagsverklighet och marginalkonflikt syftar till att lyfta fram svårigheter i patientens situation vilka utgör fokus för den psykosociala behandlingen.

## 3. Resultat och analys

Analysen innehåller dels en presentation av empiri, d v s säga vad som har framkommit under intervjuerna, dels används teorier, begrepp samt tidigare forskning för att kunna förstå och förklara empirin. I de fall intervjuцитat återgetts markeras efter varje citat den yrkesfunktion som den citerade intervjupersonen tillhör. Ip1 för kategorin kurator/utredare, Ip2 för kategorin sjuksköterska och Ip3 för kategorin personal med samordnande funktion.

I analysen kommer vi till större del att använda ordet medicin när vi menar metadon, subutex eller suboxone. Med uttrycket underhållsbehandling syftar vi på läkemedelsassisterad underhållsbehandling.

### ***3.1 Hur underhållsbehandling kan vara strukturerad***

Syftet med detta stycke är att ge läsaren en inblick i hur verksamheter som bedriver underhållsbehandling kan se ut, hur det går till att komma med i behandlingen och hur behandlingen kan vara strukturerad. Detta medför att stycket är av det mer beskrivande slaget och inte är direkt kopplat till uppsatsens syfte och centrala frågeställningar. Därav kommer avsnittet att innehålla ett begränsat antal kopplingar till tidigare forskning och teori. Vi valde att använda vår egen empiri för att framställa beskrivningen istället för att använda en oberoende källa.

Innan en individ kan påbörja underhållsbehandling måste ett vårdbeslut tas av ansvarig läkare, med specialisering i psykiatri. Vårdbeslutet bygger på en utredning och det varierar hur mottagningarna utför denna utredning. Somliga gör utredningarna själva till skillnad från andra som låter socialtjänsten göra dem. Utredningens funktion är att kontrollera att patienten uppfyller kraven som Socialstyrelsen ställer, att patienten har ett boende samt att informera patienten om vad behandlingen innebär och att prata om vilka förväntningar patienten kan ha på medicinens effekter. Utredningarna syftar även till att få en helhetsbild av klienten. Vissa intervjupersoner uttrycker att de under utredningstiden försöker bedöma patientens motivation och hur villiga de är att arbeta med sig själv och göra förändringar. Efter utredningen skrivs en vårdplan där patienten formulerar sina mål med behandlingen. Intervjupersonerna berättar att vårdplanen upprättas gemensamt med alla de samhällsinstanser som samarbetar kring patienten. Uppföljning görs utifrån vårdplanen. Vårdplanen kan revideras och ändras beroende på hur patienten utvecklas. Många intervjupersoner berättar att vårdplanen kan innehålla mål om drogfrihet, eget boende, hitta en sysselsättning och att bli självförsörjande.

Andra mål som uppges kan vara att åter få vårdsnaden om sina barn, återuppta andra viktiga sociala kontakter och att genomgå terapi. Utredningen och vårdplanen som kartlägger respektive ställer upp mål för hur patientens behovsområden ska hanteras, kan tolkas som ett uttryck för att organisationen motsvarar patientens behov av *containment*, d v s att den hanterar patientens särskilda behov (Fridell 1996).

Verksamheterna som bedriver underhållsbehandling måste ha ett samarbete med patienternas socialtjänst vilket alla som medverkat i studien uppger att de har. De flesta av intervjupersonerna uppger att samarbetet fungerar bra men att de ser behov och möjligheter till förbättringar. Socialtjänsten har huvudansvar att ordna boende och sysselsättning. De flesta verksamheter kräver att patienterna ska ha ett ordnat boende innan behandlingen kan starta. Ett ordnat boende definieras av de flesta intervjupersonerna som ett boende som åtminstone ska vara drogfritt. Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2004) betonar bland annat att en stabil bostadssituation bidrar till att ge goda effekter på behandlingsresultatet. Samtliga verksamheter har även samarbete med samhällsinstanser såsom kriminalvården och arbetsförmedlingen.

Alla verksamheter bygger på att det är öppenvårdsbehandling och att personalen är organiserade i team, med få anställda. Så gott som alla verksamheter tilldelar patienten en kontaktperson. Strukturen på behandlingen ser dock väldigt olika ut beroende på hur verksamheten är organiserad. Somliga har inte regelbundet återkommande samtal inbokade med patienterna, utan de får söka sig till personalen vid behov. Andra har en tydligare behandlingsstruktur där man träffar patienten hela dagar, varje dag i veckan. De flesta verksamheter arbetar individuellt med patienterna men det finns även de som arbetar i grupp och i samarbete med familjehem.

Samtliga mottagningar som ingår i studien uppger att de till största del delar ut medicinen morgonen. Förklaringen till detta anges av några intervjupersoner vara att patienterna varit vana att vara vakna på natten och nu behöver hjälp att vända rätt på dygnet. Medicinen hämtas dagligen och utdelningen uppges ta cirka 10-15 minuter. Urinprov tas även för att kontrollera att inte andra droger intas. Patienten förändrar sin vardagsverklighet då den utför nya upprepade handlingar och rutiner (Andersson 1991), vilket exempelvis kan vara att gå till mottagningen och ta sin medicin varje dag. Patienterna påbörjar behandlingen efter att de är avgiftade eller inte har några droger i blodet. Efterhand som personalen bedömer att patienten kan hantera mer eget ansvar utökas det successivt genom att patienten allt mer sällan behöver komma och hämta medicin och lämna urinprov på mottagningen. Målet är att

patienten ska hämta ut sin medicin på apoteket och endast komma till mottagningen för kontroll och uppföljning.

Tillräckligt lång behandlingstid är en av tre faktorer som Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruk- och beroendevård tar upp för en lyckad behandling (2007). Genomgående för alla verksamheter är också synen på att behandlingen tar tid. Många intervjupersoner belyser att det handlar om års behandling. En intervjuperson säger såhär: ”Ja, alltså det är inga snabba vinster. Det är ingen tårta på fredag utan det rör sig om år va”. (Ip2) Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2004) bekräftar att maximala förändringar i beteende och livssituation hos patienten inte kan uppmätas förrän efter fyra år i behandling.

### **3.2 Medicinens effekter och behandlingens syfte**

Stycket belyser hur intervjupersonerna ser på medicinens funktion och på förhållandet mellan medicinen och de psykosociala inslagen. Genomgående för vad alla intervjupersoner sagt, är att medicinen är viktig men att den ska tillskrivas så lite betydelse som möjligt.

Flertalet intervjupersoner menar att grundstenen i läkemedelsassisterad underhållsbehandling är att med hjälp av medicin möjliggöra en förändring hos patienten, genom att patienten med medicinens hjälp får lugn och ro att fokusera på saker som måste förändras. En intervjuperson uttrycker detta som att ”Medicin är kryckan, inte någon lösning på problemet”. (Ip2) O’Connor & Fiellin (2000) stödjer intervjupersonernas resonemang med forskning som visar att patienter blir mer mottagliga för psykosocial behandling när de inte samtidigt behöver fokusera på att hantera abstinens.

Flera av studiens deltagare uttrycker att medicinen ger patienten lugn och ro och att detta sker genom att medicinen påverkar hjärnans receptorer. Den biologiska beroendeteorin bygger på tron att en längre tids intag av en beroendesubstans förändrar hjärnan (West 2006). Några intervjupersoner uttrycker att medicinen kan vara en trygghet för patienten, i synnerhet i början av behandlingen, då medicinen möjliggör att patientens tankefokus kan flyttas från droger och införskaffandet av dessa till behandlingsinnehållet. Flera intervjupersoner menar att trots att drogsuget är borta fysiskt, finns ett psykologiskt sug efter droger kvar och att det jobbas med att patienten ska kunna hantera detta.

Socialstyrelsen (2001) menar att underhållsbehandling bör vara utformat på ett nyanserat sätt efter patienternas behov då det ökar chanserna för att de stannar kvar i behandling. Några intervjupersoner berättar att det är individuellt hur beredda patienterna är att förändra och arbeta med sig själva. Vissa patienter ”nöjer sig” med drogfrihet och strävar

inte mot exempelvis att hitta en sysselsättning. En del intervjupersoner ger uttryck för att det kan vara tillräckligt för vissa patienter med drogfrihet och att det utifrån deras förutsättningar är ett rimligt mål, medan andra intervjupersoner menar att behandling inte får begränsas till att dela ut medicin utan att patienten måste arbeta med sig själv. Enligt Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2004) ökar det positiva behandlingsresultatet i takt med ökad psykosocial behandling. En granskning visar att underhållsbehandling kombinerat med psykosociala inslag ger bättre effekt än behandling enbart med medicin (Amato 2004). Detta resonemang ställer sig även Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruk- och beroendevård (2007) bakom.

Alla intervjupersoner uttrycker att om patienten är rätt inställd på medicinen kan denne fungera normalt, d v s ha en sysselsättning och sköta sitt boende m.m. En intervjuperson hävdar att medicindoserna kan minskas när andra saker fungerar och patienten blir tryggare i sig själv. Nedtrappningen av medicinen ska dock ske efter behov och det är viktigt att patienten känner sig bekväm i det. Flera intervjupersoner uttrycker att förutsättningarna är individuella och att vissa patienter behöver medicinen hela livet och andra under en övergångstid i livet som är av varierande längd. Även vid detta resonemang kan Socialstyrelsens (2001) betoning av vikten av en individuell behandling appliceras. Enligt organisationsperspektivet måste patienters behov mötas på en generell nivå och ett sätt att göra detta är förmågan till *containment* som syftar till att personalen ska kunna hantera och svara på patientens enskilda och särskilda behov (Fridell 1996).

### **3.3 Arbetsverktyg och förhållningssätt**

Stycket handlar om hur intervjupersonerna arbetar med patienten och vilka förhållningssätt de har. Dels handlar det om vilka konkreta arbetsmetoder intervjupersonerna tar hjälp av i sitt arbete, dels deras personliga förhållningssätt.

Några intervjupersoner tar upp vikten av samarbete i team och av att sammanhållningen är bra. De menar att det är viktigt att prata kring patienterna för att på så sätt ge varandra bekräftelse och handledning. Somliga intervjupersoner menar att det är viktigt att mottagningen inte är alltför stor då kontakten med patienterna skulle bli mer opersonlig. Fördelen med en mindre mottagning är att samtliga behandlare känner eller åtminstone vet vilka alla patienter är, menar vissa. Organisationsperspektivet delar dessa tankar då det anses vara avgörande för behandlingsresultatet att verksamheten är organiserad så att samspelet mellan personal och patient underlättas (Fridell 1996).

Somliga intervjupersoner har terapeututbildning medan andra har olika slags vidareutbildning i form av mindre kurser inom psykiatri. Psykolog kan ha enskilda samtal med patienter vid behov och göra olika utredningar för att exempelvis kunna ställa diagnoser samt behandla bland annat depression och ångestproblematik.

### 3.3.1 Strukturerade arbetsmetoder

Enligt organisationsperspektivet tolkar vi det som viktigt för ett bra behandlingsresultat att verksamheten har klarhet i strukturen (Fridell 1996). Ett uttryck för detta kan vara att intervjupersonerna använder sig av väl avgränsade arbetsmetoder. Vissa verksamheter använder sig av strukturerade arbetsmetoder, såsom KBT<sup>1</sup>, MI<sup>2</sup>, Tolvstegsmetoden<sup>3</sup>, ASI<sup>4</sup> och ART<sup>5</sup>. Så gott som alla intervjupersoner säger att de har inslag av KBT i sin behandling. Forskning ger stöd åt att KBT kombinerat med underhållsbehandling ger bra behandlingsresultat (Socialstyrelsen 2004; SBU 2001). En intervjuperson beskriver varför de jobbar med KBT. ”För många är det här och nu som är viktigast, det här och nu som inte fungerar”. (Ip1) En del intervjupersoner beskriver att de arbetar med att förändra patientens tankemönster för att patienten ska kunna ta sig förbi tankemässiga hinder och klara av situationer som den tidigare upplevt som jobbiga.

Några använder en mer strukturerad metod för att arbeta med återfall. Där tittar man på risksituationer, vad drogsug är, när det kan uppstå och hur patienten ska hantera detta.

### 3.3.2 Gruppbehandling och individuell behandling

Det skiljer sig i hur intervjupersonerna ställer sig till gruppverksamhet. De som förespråkar gruppbehandling menar att gruppen kan spegla patienten och att patienterna kan ta del av och lära varandra strategier för att hantera svåra situationer. Dessa intervjupersoner menar även att det är lättare för patienten att hålla sig till gruppens normer då patienten måste omvärdera och förändra sina egna. Patienter kan snabbt känna hopp om att lyckas med drogfrihet, genom att se att det gått bra för andra i gruppmedlemmar. En intervjuperson uttrycker en styrka med gruppbehandling såhär: ”Och man får höra att man inte är ensam om det man faktiskt trott

---

<sup>1</sup> Kognitiv beteendeterapi

<sup>2</sup> Motivational Interviewing, syftar till att höja patientens motivation.

<sup>3</sup> En behandlingsmetod som bygger på att beroendet är en sjukdom som är obotlig men behandlingsbar ([www.namndemansgarden.se/behandling](http://www.namndemansgarden.se/behandling))

<sup>4</sup> ASI är en lång intervju som bygger på frågor kring sju olika livsområden, där patientens tankar kartläggs för att se på vilka punkter patienten behöver stöd. ASI:n kan även kartlägga om patienten har blivit utsatt för sexuellt utnyttjande, prostitution, kriminalitet osv.

<sup>5</sup> Aggressive Replacement Training

*man var ensam om. Men då känner ju du precis likadant som jag. Jag trodde det bara var jag som kände så". (Ip2)* Det kan tänkas att patienter befinner sig i en marginalkonflikt då de brutit med sina gamla umgängen i missbrukarkretsar men ännu inte lyckats komma in i samhället till fullo. En person i marginalkonflikt drar sig gärna till andra som befinner sig i en liknande situation (Blomgren 1974) och då kan gruppbehandling tänkas fylla det behovet.

Andra intervjupersoner ställer sig mer kritiska till gruppbehandling och menar att det är den individuella behandlingen som gör underhållsbehandling framgångsrik. Deras verksamhet bygger då på personliga samtal där de strävar efter att bygga upp tillit, vara positiv och tro på att patienten kommer att lyckas.

### 3.3.3 Relationen

En process i förändringsmodellen är *stöttande relationer* som syftar till att patienten ska kunna vara öppen och förtroendefull kring sina problem (Gyllenhammar 2007). En intervjuperson menar att det är individuellt hur lång tid patienten behöver för att våga öppna sig och att självmant börja söka upp personalen. Flera intervjupersoner uttrycker att det är viktigt att lära känna patienten, bygga upp en relation och ett förtroende, vilket ofta sker med tiden. Flera lyfter även betydelsen av att visa sig tillgänglig som behandlingspersonal och att denna vetskap blir en trygghet för patienterna. *"Vi är här varje dag och de är här varje dag. Och sen när de inte är här varje dag så vet de att vi finns här. Så här kan man ju alltid komma förbi". (Ip1)* Forskning påvisar att en tillräckligt lång behandling samt kontinuitet, i detta fall i personalgruppen, är viktiga faktorer för en lyckad behandling (Socialstyrelsen 2007b; Socialstyrelsen 2004). Organisationsperspektivet lyfter också upp stabilitet i personalgruppen som en viktig faktor i behandlingen (Fridell 1996). Patienten ska även skapa en ny vardagsverklighet där behandlingspersonalen och behandlingen blir den nya delen av dennes självklara vardag (Ahrne 1981).

Att ha en positiv inställning och att visa patienten att man tror på dennes vilja och förmåga att lyckas samt att patienten känner att behandlingspersonalen bryr sig är något de flesta intervjupersonerna uttrycker som viktigt. En intervjuperson talar såhär: *"Det känns som att de på något sätt ska vara ett oskrivet blad trots att vi sitter här med alla pappren."* (Ip3) Några intervjupersoner tycker att viktiga inslag i behandlingen är samarbete med familjehem och kontaktmannaskap<sup>1</sup>. Fördelen med familjehem är enligt intervjupersonerna att det erbjuder en stödjande miljö samtidigt som familjehemmet stärker patientens anknytning till

---

<sup>1</sup> Kontaktmannaskap kan förklaras med en person som ska stödja och hjälpa patienten ut i samhället.

samhället. Flertalet intervjupersoner menar att en god relation, samtalet och mötet mellan klient och behandlare är den viktigaste ingrediensen i en lyckad behandling. Forskning visar att behandlarens förmåga att skapa förtroendefulla relationer och behandlingsallianser med sina patienter är grundläggande för ett lyckat behandlingsresultat (Socialstyrelsens 2004). Flera intervjupersoner menar att ett respektfullt bemötande av patienten stärker patienten till en bättre självkänsla. Paralleller går att dra mellan deras resonemang och organisationsperspektivet där bemötande är den viktigaste faktorn i en behandling (Fridell 1996). Förändringsmodellen menar att behandlingspersonalens attityd gentemot patienten spelar en stor roll i hur bra behandlingen blir (Gyllenhammar 2007). Vissa intervjupersoner hävdar i likhet med förändringsmodellen att patienten känner av om behandlingspersonalen inte tror på dennes förmåga, och detta kan påverka behandlingsresultatet negativt.

Flera intervjupersoner beskriver att de arbetar med att ge handlingsalternativ så att patienten kan se att den har ett val och själv får ta ansvar för det den väljer. En annan intervjuperson berättar om en arbetsteknik där vardagliga saker som hänt tas upp med patienten och att man pratar kring vad som hände och hur patienten kunnat handla annorlunda. Dessa tankar hänger väl ihop med organisationsperspektivet som påvisar att det ska vara ett nära samspel mellan klient och behandlingspersonal (Fridell 1996). Intervjupersonernas resonemang återspeglas också i förändringsmodellens process *medvetandehöjning* som syftar till att ge patienten ökad information om sig själv och sina problem (Gyllenhammar 2007).

### **3.3.4 Utveckling av läkemedelsassisterad underhållsbehandling**

Några intervjupersoner luftar tankar kring vad de skulle vilja utveckla eller vad de anser saknas inom sin verksamhet. Ett par såg en brist i att det inte finns mer praktisk hjälp för patienten att få. De hade velat se en slags stödperson eller personlig coach som kunde hjälpa patienten med praktiska göromål, som exempelvis att hjälpa patienten att komma upp ur sängen på morgonen eller hjälpa den att komma i tid till inbokade möten. Dessa funderingar korrelerar med organisationsperspektivets tanke att behandlingspersonalen ska omhänderta patientens behov och ge det unika stöd som den behöver (Fridell 1996). En intervjuperson lyfter fram att det vore bra om det funnits resurser till att kunna följa med patienten i dennes vardag och öva beteenden i konkreta situationer. Det intervjupersonen beskriver kan vara att vissa av patienterna upplever marginalsymtom. Exempel på marginalsymtom är att patienten just känner sig osäker och sårbar i de nya situationerna (Blomgren 1974). Därmed menar vi



att stöd i konkreta situationer skulle hjälpa patienten i dennes osäkerhet och hjälpa denne att utvecklas.

### **3.4 Yttre förutsättningar för ett lyckat behandlingsresultat**

Stycket vill ge en bild av vad intervjupersonerna anser som viktigt runtomkring patienterna för att de på bästa sätt ska kunna ta till sig behandlingen. Bostad och sysselsättning togs upp av alla intervjupersoner upp som mest betydande för patientens behandlingsresultat.

#### **3.4.1 Boende**

Tidigare forskning betonar i likhet med intervjupersonerna att bostad och sysselsättning är viktiga inslag för att nå positiva behandlingseffekter (Socialstyrelsen 2004; Socialstyrelsen 2001). Nästan alla intervjupersoner berättar att de anser att det är svårt med boende. Vidare säger de att socialtjänsten inte har så många lägenheter att erbjuda. En intervjuperson menar även att professionella, t.ex. socialtjänsten, kan försvåra situationen genom att definiera medicinen som en drog på så sätt att de som har underhållsbehandling i vissa fall inte får bo i drogfria boenden som socialtjänsten tillhandahåller.

#### **3.4.2 Sysselsättning**

Många intervjupersoner uppger att boende brukar ordna sig men att sysselsättning är det som är riktigt svårt att hitta men som också är essentiellt för ett lyckat behandlingsresultat. Sysselsättningen uppges fylla många funktioner som bland annat att klienten skapar en ny identitet, kommer in i samhället, får en strukturerad vardag och sysselsätter tankarna så att de hålls borta från droger samt att det hjälper patienten att bryta med gammalt umgänge. En helt ny vardagsverklighet skapas då individen får nya rutiner, rör sig på nya platser samt får nya behov och intressen (Ahrne 1981; Andersson 1991) vilket kan uppstå via en sysselsättning. De flesta intervjupersonerna ger uttryck för en frustration över att många patienter inte får möjlighet att komma i gång med någon sysselsättning. De berättar att socialtjänsten inte har tillgång till särskilt många insatser som leder till sysselsättning. Intervjupersoner vid en mottagning berättar att arbetsförmedlingen och den del av socialtjänsten som tillhandahåller sysselsättning inte tar emot personer som går på underhållsbehandling förrän de har gått på medicinen i sex månader då de inte anser att patienterna stabiliserat sig i behandlingen innan dess. I och med att patienten inte helt accepteras och släpps in i samhället samtidigt som den

inte längre kan fortsätta att umgås med sina gamla vänner så kan den hamna i en marginalsituation där de står emellan två grupper tillhörighet utan att vara medlem fullt ut i någon av dem (Blomgren 1974). Flera intervjupersoner säger att det vore bra för patientens rehabilitering om sysselsättning ingick som ett krav för att påbörja underhållsbehandling men att det i dagens samhälle inte är ett realistiskt krav. Det är viktigt att socialtjänsten ställer för patienten menar en del intervjupersoner, dels genom att bevilja behandling dels genom att hitta boende och sysselsättning. Enligt Blomgren (1974) menar vi att socialtjänsten därigenom skulle kunna hjälpa patienten ur den marginalsituation denne befinner sig i (Blomgren 1974).

### **3.4.3 Vikten av att bryta med gamla umgängen och miljöer**

Processen *stimulukontroll* som ingår i förändringsmodellen bygger på att patienten ska undvika stimuli som kan framkalla missbruksbeteende (Gyllenhammar 2007). Att patienten bryter med kriminella miljöer och vänner kan vara en del i detta. Somliga intervjupersoner belyser detta som grundläggande då gammalt umgänge kan fungera som stimuli. De resonerar vidare att patienterna behöver bygga upp ett helt nytt socialt nätverk men att det är oerhört svårt i praktiken för patienten. En intervjuperson uttrycker sig på detta viset: *"häriifrån säger vi att ska du lyckas kan du inte umgås med tidigare bekanta. Och hur lätt är det att skaffa nya bekanta som vuxen? Det är ju supersvårt"*. (Ip2) Paralleller kan återigen dras till resonemanget om marginalsituationen då den inte längre kan stanna i sitt gamla umgänge men samtidigt inte fullt accepteras och släpps in i samhället som är den nya gruppen (Blomgren 1974). Patienten måste också skapa en ny vardagsverklighet då den gamla vardagsverkligheten syftade till att täcka grundläggande behov och intressen som var relaterade till drogintag (Andersson 1991). Forskning visar dock att patienters sociala funktion ofta förbättras, till exempel i form av minskad kriminalitet, i samband med behandling (Socialstyrelsen 2004).

## **3.5 Inre förutsättningar för ett lyckat behandlingsresultat**

Stycket ger en inblick i vad intervjupersonerna anser vara viktigt att patienterna har med sig för att behandlingen ska bli så bra som möjligt. Det viktigaste som intervjupersonerna tar upp är att patienten ska ta eget ansvar, har en realistisk syn på medicinens effekter och är motiverade till att jobba med sig själva.

### 3.5.1 Eget ansvar

Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2004) tar upp att en del i beroendeproblematiken kan vara att individen inte förmår ta ansvar för sitt missbruksbeteende och att det därför är viktigt att behandlingen syftar till att bryta denna negativa utveckling genom att ge patienten ansvar.

Vikten av att låta patienten ta så mycket eget ansvar den förmår var en genomgående tanke för nästan samtliga intervjupersoner. Flera menar att de kan ge stöd och stöttning, men att patienten måste lära sig att bli mer ansvarstagande för sina handlingar. En annan intervjuperson uttrycker att patienten har ett ansvar att samarbeta och ta till sig det stöd som erbjuds. Flera intervjupersoner lyfter även upp att strukturen på behandlingen är upplagd på ett sätt som kräver att patienten tar ansvar. En intervjuperson menar såhär: *”För denna behandling är ju uppbyggd på ett visst sätt och dessutom är det ju öppenvård och dessutom krävs det rätt mycket ansvar från patientens sida om detta ska funka. Man ska sköta tider, man ska sköta sin medicinering, så småningom själv och få med sig”*. (Ip1)

### 3.5.2 Betydelsen av en realistisk syn på medicinens effekter

Flertalet intervjupersoner betonar att det är viktigt att patienten inte tillskriver medicinen förändringsegenskaper eller har en övertro på medicinens effekter. Orealistiska förväntningar, såsom att patienten tror att enbart medicinintaget ska göra tillvaron bra, kan komma att bli ett problem om det inte tas upp i början av behandlingen, menar flera intervjupersoner.

*Medvetandehöjning* är en process i förändringsmodellen som syftar på att patienten i vissa stadier i missbruket behöver få information om sig och sitt problem (Gyllenhammar 2007) vilket går parallellt med intervjupersonernas tankar kring en realistisk tro på medicinen. Vissa intervjupersoner säger att det i motsats finns patienter som är väl medvetna om att de utöver medicinen behöver arbeta med många andra saker. En intervjuperson säger: *”Vissa är ju också jätteinne på att det här förändrar ju ingenting, det är bara det att jag inte är abstinent. Jag kan göra saker men det är hårt arbete som krävs.”* (Ip2) Samtliga intervjupersoner hävdar att medicinen bara är en liten del. En intervjuperson konstaterar: *”För du kan ju inte vara här i behandling utan att jobba med dig själv.”* (Ip1) Det är omöjligt att förändra sin tillvaro utan att förändra vardagsverkligheten (Andersson 1991; Ahrne 1986). Patienten måste således förändra sin vardagsverklighet.

### 3.5.3 Motivation

Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2004) visar på att missbruk under en längre tid förändrar hjärnans motivationella system. Motivation är något som flertalet intervjupersoner tar upp som en viktig faktor för att en patient ska lyckas med behandlingen. Några menar att om det i utredningsskedet visar sig att patienten inte överhuvudtaget är motiverad till att ta emot psykosocialt stöd kan inte behandling påbörjas. Några intervjupersoner uttrycker i motsats att det efterhand sker en förändring av motivationen hos många patienter. En intervjuperson berättar: *"Till en början tror jag att de (patienterna, red. anmärkn.) hänger upp mycket på medicinen men att de efterhand upptäcker [...] att det är bra att reda upp alla de andra bitarna också. Det är väl det som är det bästa med subutexen [...] att man får [...] bort abstinensen och [...] automatiska tankar på droger [...] så att man inte är så fylld av det utan kan jobba på dem andra bitarna"* (Ip1). Enligt förändringsmodellen kan man hävda att personalen kan underlätta för patienten genom att sätta in rätt behandlingsinsatser vid rätt tidpunkt och på så sätt röja undan hinder för förändring och höja dennes motivation (Gyllenhammar 2007).

Flera intervjupersoner menar att det framkommer efterhand att vissa patienter har tankar om medicinen som något de kan missbruka. Dessa patienter blir ofta utskrivna efterhand. När de är mer motiverade och har andra förväntningar kanske behandling kan prövas igen, uttrycker flertalet intervjupersoner. Förändringshjulet beskriver att en person som vill sluta med ett missbruk går igenom olika stadier (Gyllenhammar 2007). De patienter som ser medicinen som något de kan missbruka har antagligen inte kommit in i hjulet eller som längst till det första stadiet där de överväger att sluta. Några intervjupersoner menar att dessa patienter ofta straffar ut sig själv och blir utskrivna i slutändan.

### 3.5.4 Återfall

Förändringsmodellen ser återfall som en naturlig del i utvecklingen att bli av med sitt missbruk. Förändringshjulet visar att det sista stadiet antingen kan leda till att patienten blir fri från sitt missbruk eller kan leda till återfall, vilket innebär att patienten börjar om från första stadiet igen (Gyllenhammar 2007). Samtliga intervjupersoner talar om att återfall kan leda till utskrivning men huruvida det sker avgörs dels av hur patienten ser på sitt återfall, dels av om denne är villig att arbeta för att det inte ska hända igen. Inga intervjupersoner har uppgett att de skriver ut en patient efter ett enda återfall. En intervjuperson förklarar att den tänker såhär kring återfall: *"Och tar de då ett återfall eller två eller tre så resonerar vi att vi inte har mer*

*att erbjuda. Vi har försökt och antingen vill de inte eller så funkar det inte med de insatser vi har och då blir de utskrivna". (Ip1)* Organisationsperspektivet poängterar i likhet med tidigare forskning vikten av en flexibel och nyanserad behandling som svarar på patientens enskilda och varierande behov (SoS 2001; Fridell 1996).

### **3.5.5 Andra inre förutsättningar**

Några av de intervjuade talar om att patienterna har blivit märkta av sitt missbruk. De säger bland annat att de patienter som tidigt har börjat missbruka ibland inte har koll på sociala koder och att ett blandmissbruk sliter hårdare på kroppen än enbart exempelvis ett opiatmissbruk. Intervjupersonerna menar att detta försvårar en återanpassning i samhället. Dessa tankar är förenliga med den biologiska beroendeteorin som menar att narkotika förändrar hjärnan, vilket leder till konsekvenser som även kommer till uttryck i beteendet (West 2006). Forskning visar att hjärnan gradvis skadas permanent av en lång tids intag av droger (Socialstyrelsen 2004).

Att hitta någonting viktigt att fylla livet med anser en intervjuperson vara avgörande för att en patient ska kunna hålla sig från droger. Hon förklarar att: *"De som hittar det går det rätt så bra för. Så jag tror att jag vill inte sätta att meningen är att man ska jobba heltid och att meningen är att skaffa familj utan meningen är att man hittar någonting nytt som är viktigt i livet."* (Ip1)

## **3.6 Patientens problemområden och fokus i behandlingen**

Stycket belyser det som intervjupersonerna menar att många patienter behöver arbeta med under behandling och som de som behandlare därför fokuserar på. Det kan exempelvis vara problemfyllda områden i patientens liv, konflikthantering, vad som händer när medicinen är rätt inställd, återfallsprevention och hur patienten handskas med att må psykiskt dåligt och med att skapa en ny identitet.

### **3.6.1 Tillit till behandlingspersonalen**

En intervjuperson uttrycker att patientens tillit för sin behandlare ofta är stark och att patienten känner ett ansvar för sina handlingar inför behandlingspersonalen. Andra intervjupersoner menar dock att patienter ofta har svårt att känna tillit till sin behandlare, i synnerhet i början av behandlingen och att detta inte är konstigt med tanke på deras tidigare

erfarenheter. Av den anledningen menar en intervjuperson att man som behandlare inte kan förvänta sig att patienten ska vara ärlig och öppen från början och därför inte heller ska straffa patienten när denne inte klarar av att vara ärlig. Processen *stöttande relationer* i förändringsmodellen belyser att en viktig del i behandlingen är att patienten vågar vara öppen och förtroendefull om sina problem (Gyllenhammar 2007). En annan intervjuperson brukar poängtera för sina patienter att han värdesätter ärlighet högt, till exempel att denne berättar när han/hon tagit ett återfall så att de tillsammans ska kunna prata kring hur de ska hantera det. Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2004) visar att behandlingsalliansen är viktig för en lyckad behandling. I en intervju pratades det om att lära patienten att se sina styrkor samtidigt som denne måste öva på att be om hjälp med det den inte förmår att klara av själv. ”*Det är ju något som man jobbar jättemycket med redan från början. Alltså tilliten naturligtvis men också att lära dem att be om hjälp. Att det är ingen svaghet att be om hjälp egentligen utan en styrka att våga be om hjälp. För det är de ju jättedåliga på. De litar ju inte på någon.*” (Ip1)

### **3.6.2 Hantera konflikter och att må dåligt**

Ett par intervjupersoner lyfte fram att de jobbar med att patienterna ska lära sig att hantera konflikter och att hantera när de mår psykiskt dåligt, utan att ta hjälp av droger. Några förklarar att patienterna ofta levt utifrån att de kan må bättre psykiskt om de tar någon drog eller dylikt och att detta blivit en strategi att hantera problem. Då detta är det enda sätt patienterna känner till måste behandlingspersonalen jobba med att hitta andra strategier, menar en intervjuperson. Förändringsmodellen tar upp detta i processen *motbetingning* (Gyllenhammar 2007). Ett sätt att hjälpa patienten att hitta nya strategier menar en intervjuperson är att som professionell i ord och handling fokusera på det psykosociala förändringsarbetet i behandlingen, istället för på medicinen. En annan intervjuperson resonerar såhär: ”*Ja, sen är det ju också hela tiden det här med missbruket som vi måste jobba med också. För mår man inte bra så smäller man i sig något direkt, det är så jag alltid har gjort. Man måste hitta strategier där också för att göra andra saker.*” (Ip2)

### **3.6.3 Vad patienten kan behöva jobba med efter en tids drogfrihet**

En del intervjupersoner tar upp att när medicinen väl är inställd på rätt dos, kan psykiska problem som blivit undertryckta av missbruket komma fram. Det kan exempelvis vara fobier, personlighetsstörningar och ångestproblematik. Minnen och upplevelser från tiden då patienten missbrukade kan även komma till ytan. Så gott som samtliga intervjupersoner menar

att patienterna behöver arbeta med vad dem gått igenom och upplevt tidigare, men att patienten själv måste bestämma om den vill göra detta. Processen kallas *känslomässigt uppväckande och dramatisk befrielse*, enligt förändringsmodellen, och behandlaren kan bland annat hjälpa patienten genom att låta den sörja förluster (Gyllenhammar 2007).

Ett stort problemområde för patienten, som ett par intervjupersoner nämner, kan vara att patienten under sin tid som missbrukare har bränt relationer till anhöriga. Intervjupersonerna hävdar att patienterna många gånger har svårt att få tillbaka förtroenden och bygga upp kontakterna igen. Detta har att göra med att de anhöriga vid ett flertal tillfällen innan har varit med om att patienten sagt att de ska sluta missbruka i samband med någon typ av behandling, men sedan återgått till drogerna. Det kan uttryckas som att patienten hamnar i en marginalkonflikt då den gärna vill ta del i familjegemenskapen igen men inte blir insläppt, samtidigt som patienten har tagit avstånd till sin gamla gruppstillhörighet (Blomgren 1974).

En del intervjupersoner berättar att de arbetar med patienter utifrån hur patienterna beter sig i olika situationer. De menar att många patienter inte har koll på sociala koder och inte vet hur man gör och beter sig i vardagssituationer. En intervjuperson tar även upp att patienten måste ta ställning till när den exempelvis startar en sysselsättning om den ska berätta om sitt tidigare missbrukarliv och att den har underhållsbehandling. Om patienten bestämmer sig för att berätta så måste den även avgöra när. Intervjupersonen berättar att han försöker hjälpa patienten att själv hitta det handlingsalternativ som den kan stå för. Detta visar tydligt att patienten hamnar i en marginalkonflikt då den gått från sin gamla missbrukargrupp till majoritetssamhället. De två olika grupperna har olika värderingar, normer och språk (Blomgren 1974). Exempelvis menar vi att det kan vara så att det inte är accepterat att ta droger och vara kriminell i majoritetsgruppen till skillnad från i missbrukargruppen. Patienten kan via marginalkonflikten känna marginalsymtom som kommer till uttryck genom att patienten är medveten om sin situation och därigenom ser sig själv ur båda gruppernas ögon.

### **3.6.4 Ny identitet**

Nästan alla intervjupersoner lyfter fram att patienten är tvungen att hitta en ny identitet och ersätta den gamla. Ett par intervjupersoner förklarar att efter några månader av medicinintag klarnar hjärnan och tankar kring den egna identiteten kommer upp. De berättar vidare att många patienter inte har några drogfria vänner eller något nytt sammanhang att befinna sig i vilket leder till ensamhet och att de frågar sig vad som är meningen med livet och om livet utan droger ska kännas så meningslöst. En annan intervjuperson beskriver svårigheten med att

ta avstånd till sin gamla identitet såhär: ”Att det här med att gå vidare med att du ska ta farväl till hela det där gänget som du har levt med i många år. Du vet vad de är för några och de vet vem du är. Du är en utav dem. Du känner lite respekt och du vet vad de pratar om och detta. Du ska ha helt nya människor som du ska ha kontakt med och sånt där”. (Ip2)

Marginalkonflikten hos patienten blir tydlig när den tvingas bryta med sin gamla grupp men inte riktigt lyckas komma in i en ny grupp. Detta kan leda till att patienten sitter hemma i sin lägenhet och känner sig ensam och isolerad vilket kan vara ett marginalsymtom (Blomgren 1974). Förändringsmodellen innehåller en process som kallas *självomvärdering* som syftar på det intervjupersonerna beskriver när de pratar om att patienterna får nya tankar om sig själv och livet med och utan droger (Gyllenhammar 2007).

### 3.6.5 Information och återfallsprevention

*Medvetandehöjning* är den process i förändringsmodellen som innebär att patienten får ökad information om sig själv och sitt missbruk (Gyllenhammar 2007). Två intervjupersoner talar om just vikten att informera patienten även om de syftar på olika slags information. Den ena menar att det är viktigt att informera om kroppens förändringar när den går av heroin och istället ställs in på metadon, subutex, eller suboxone vilket kan vara att menstruationen kommer tillbaka och att fertiliteten ökar. Information behövs också om den ökade risken för överdos om patienten skulle ta heroin igen då toleransnivån för drogen sänkts. Den andra intervjupersonen syftar mer på att samtala med patienten om vad missbruk innebär, vad som krävs för att vara narkoman, vad ångest, depression och drogsug är.

Ett marginalsymtom är att en person kan vara väldigt ambivalent i sin syn till det gamla livet, som stundtals framstår som tryggt och välkänt för att sedan te sig väldigt negativt (Blomgren 1974). När de positiva aspekterna av det gamla livet framstår som stora kan det antas bidra till att patienter tar återfall. Nästan alla intervjupersoner poängterar att det är viktigt att jobba med återfallsprevention för att detta inte ska hända. Den biologiska beroendeteorin hävdar att droger påverkar hjärnan till den grad att drogsuget kan göra att individen handlar i motsats till sina intentioner (West 2006) vilket exempelvis kan innebära att ta droger fast patienten bestämt sig för att vara drogfri. Återfallspreventionen kan enligt en intervjuperson innehålla samtal med patienten om fördelar och nackdelar med att ta droger och om hur det skulle vara att börja ta droger igen. En intervjuperson menar att det är en kamp livet ut att inte gå tillbaka till heroinet.



## 4. Sammanfattande slutdiskussion

Detta kapitel syftar till att sammanställa de viktigaste resultaten som studien har kommit fram till utifrån uppsatsens syfte och frågeställningar. I slutdiskussionen för vi författare en diskussion kring det som vi uppmärksammat som intressant, bristfälligt, problematiskt och som har gett upphov till vidare reflektioner hos oss.

### 4.1 Sammanfattning

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur professionella på några mottagningar som bedriver läkemedelsassisterad underhållsbehandling uppfattar och utför de psykosociala inslagen i behandlingen. Våra övergripande frågeställningar var på vilket sätt intervjupersonerna arbetar med de psykosociala inslagen i behandlingen, vad intervjupersonerna upplever kan vara fokus i det psykosociala behandlingsarbetet, vilka förutsättningar intervjupersonerna anser kan vara positiva för en lyckad behandling samt hur förhållandet mellan de medicinska och psykosociala inslagen i behandlingen upplevs.

Resultaten av vår studie visar att flertalet intervjupersoner anser att ett ordnat boende och sysselsättning är de viktigaste yttre förutsättningarna för att en patient ska lyckas med behandlingen. Positiva inre förutsättningar hos patienten är enligt flera intervjupersoner att patienten är motiverad, tar eget ansvar och inte tillskriver medicinen orealistiska förändringsegenskaper. De som har medverkat i studien uppger att de använder sig av olika arbetsverktyg i det dagliga behandlingsarbetet med patienten. Det varierar hur strukturerade och väldefinierade arbetssätten är men många hävdar att de arbetar med nuet och beteendeinriktat. Samtliga intervjupersoner menar att det är avgörande för behandling huruvida behandlingspersonalen lyckas skapa en god relation och en behandlingsallians med patienten, så att patienten känner tillit till sin behandlare. Betydelsen av att behandlingen ska vara individuellt anpassad efter patientens förutsättningar och behov lyfts också fram. Det skiljer sig vad intervjupersonerna lägger fokus på och vad de anser att patienten vill och behöver arbeta med under behandlingen. Vanligt är att de arbetar med hur patienten ska hantera att lämna gamla umgängeskretsar och skapa en ny identitet, återuppta betydelsefulla relationer och bearbeta svåra erfarenheter och minnen. Även hur patienten ska hantera suget efter droger när han/hon mår dåligt och hur han/hon kan hantera vardagliga situationer, är vanlig fokus. De som medverkat i studien uppger att medicinen är en grundläggande del men att fokus i största möjliga mån ska ligga på de psykosociala inslagen i behandlingen. De

hävdar att medicinen möjliggör för patienten att arbeta med sociala och problemfyllda delar i sina liv då de inte längre är abstinenta och behöver lägga energi på att tänka på droger. Elementärt för ett positivt behandlingsresultat anges vara att behandlingen är tillräckligt lång.

## **4.2 Slutdiskussion**

Vår förförståelse innan uppsatsarbetet påbörjades var att läkemedelssassisterad underhållsbehandling präglades av att den medicinska delen av behandlingen dominerade och att det inte skulle finnas nog utrymme för att hjälpa patienten med psykosociala problemområden. Vår förförståelse har blivit motbevisad då vi fått uppfattning av att medicinen tillskrivs en grundläggande men liten del i behandlingen och att det viktigaste är den psykosociala behandlingen. Vi har även funnit att intervjupersonerna betonat patientens individuella förutsättningar och behov av psykosocial behandling och av att jobba med sig själv, vilket vi ser som mycket positivt. Trots att de flesta intervjupersonerna verkar dela en grundsyn att se beroende som en sjukdom, så ges patienten möjlighet att gå till djupet med psykosocial problematik och arbeta med konsekvenserna av missbruket om patienten vill detta.

En etisk diskussion kan föras kring de förväntningar som mottagningarna har på patientens vilja till förändring. Förväntningarna kommer till uttryck genom att personal aktivt arbetar med patientens motivation och betonar för patienten att den måste ta eget ansvar och jobba med problemfyllda områden i sin situation. Vi har frågat oss om det följaktligen är etiskt korrekt att kräva respektive inte kräva förändring hos patienten. Att kräva det innebär att mottagningarna definierar för patienten vad ett normalt liv och ett lyckat behandlingsresultat är, och att detta innebär att patienten exempelvis ska bryta med gammalt umgänge och skaffa en sysselsättning. Föreskrifterna spelar en avgörande roll i att definiera vad som är normalt genom definitionen av behandlingens syfte. Genom att inte ställa krav glöms dock syftet med behandlingen bort. Att inte kräva förändring hos patienten innebär att mottagningen skulle sätta drogfrihet som mål för alla patienter och att behandlingspersonalen inte skulle stimulera patienten till att genomgå en djupare förändring. Vi anser att mottagningarna bör förvänta och stimulera till men inte kräva förändring hos patienten. Vidare tycker vi inte att patienter bör exkluderas från behandling när de inte är villiga till djupare förändring.

Flertalet intervjupersoner beskriver att ett stabilt boende är viktigt för att patienten ska ha en rimlig möjlighet att på lång sikt klara av ett missbruksfritt liv. Vi anser, av samma skäl som intervjupersonerna, att ett ordnat boende bör vara ett krav för att påbörja behandling. Några intervjupersoner menade att socialtjänsten indirekt definierar medicinen som en drog, då de inte tillåter patienter med läkemedelsassisterad underhållsbehandling att bo i drogfria boenden som socialtjänsten tillhandahåller. Vi anser detta vara en paradox då det finns evidens för att läkemedelsassisterad underhållsbehandling fungerar ändamålsenligt, vilket intervjupersonerna underbygger med uttalanden om att patienter kan fungera normalt med sysselsättning och sköta ett boende. En paradox ligger även i att socialtjänsten samarbetar med mottagningarna och medverkar i vårdplaneringen, men samtidigt hindrar patienten att få ett stabilt boende. Detta kan leda till att behandlingsstarten fördröjs för patienten då ett stabilt boende ofta är ett krav från mottagningarnas sida för att påbörja behandling. Socialtjänstens ställningstagande angående de drogfria boendena sänder även ut signaler till patienten att den inte är drogfri och därför inte heller fri från missbruk, vilket vi menar hindrar patienten från att och skapa en ny identitet och vardagsverklighet.

Liknande resonemang som hos Socialtjänsten finns angående sysselsättning hos Arbetsförmedlingen på vissa orter. Detta visar sig genom att man inte är villig att arbeta med patienter förrän de varit aktiva i den läkemedelsassisterade underhållsbehandlingen i sex månader. Sysselsättning beskrivs av alla intervjupersoner som viktigt för patienten, då det hjälper denne att skapa en ny vardagsverklighet och identitet. Vi anser att mer resurser bör satsas på ett förbättrat samarbete med arbetsförmedlingen och på specifika insatser riktade till denna patientgrupp.

En möjlig orsak till att patienter har svårt att få bostad och sysselsättning, kan vara att det inte finns en verksamhet med huvudansvar för alla bitar i patientens livssituation. Detta innebär i praktiken att ansvarsfördelningen blir otydlig vilket till slut kan drabba patienten.

De verksamheter som intervjupersonerna arbetar inom, har varierande organisation och grad av struktur. Detta visar sig bland annat i vilken typ av arbetsmetoder som används, hur tät kontakt patienten har med sin behandlare och vilken kompetens behandlingspersonalen har. Vi menar att sådana variationer är till fördel då patienternas behov av struktur och stödåtgärder är individuella. Att en patient behöver underhållsbehandling för att komma till rätta med sitt missbruk säger inget om huruvida patienten har behov av hög eller låg interaktion med behandlingspersonalen eller vilken behandlingsstruktur som passar denne.

Samtliga intervjupersoner beskriver det som avgörande för en lyckad behandling att skapa en behandlingsallians och en god relation till patienten. Vissa verksamheter har till

skillnad från andra i högre utsträckning tydliga och klart definierade arbetsmetoder som exempelvis gruppbehandling och KBT. Vi menar i likhet med intervjupersonerna att relationen mellan behandlingspersonal och patient är grundläggande men vi tror att det är viktigt med kompletterande arbetsverktyg som ett stöd i relationen och för att kunna maximera effekterna av behandlingen för patienten. Sådana arbetsverktyg menar vi behövs i högre grad, så att behandlingsresultat inte blir avhängigt personkemi och personals förmåga att bygga förtroendefulla relationer.

Vi vill betona vikten av att verksamheterna fortsätter utvärderas. Detta behövs för att kontrollera kvaliteten i behandlingen. Vi har även reflekterat över att det tycks saknas utvärderingar och beskrivande sammanställningar av hur behandlingsarbetet inom läkemedelsassisterad underhållsbehandling går till och är utformat. En del i detta är att undersöka sambandet mellan utformningen av det psykosociala behandlingsarbetet och resultatet av behandling, mätt i förändring av patientens sociala livssituation och psykiska mående. Vi tror bristen på sådana kunskapssammanställningar är en bidragande orsak till den okunskap och de fördomar som vi upplever finns kring läkemedelsassisterad underhållsbehandling. Begreppet psykosocial behandling är ett diffust begrepp, vilket skapar en begreppsförvirring. Det farliga med det är enligt oss att det bidrar till att försvåra jämförelser och utvärderingar då det inte finns någon allmän och enhetlig definition som alla verksamheter arbetar utifrån.

# Referenser

Abrahamsson, Maria (2007) ”Sparar både liv och pengar”, *Svenska Dagbladet* 26 januari [www.svd.se](http://www.svd.se) (2008-04-30)

Ahrne, Göran (1981) *Vardagsverklighet och struktur*, Bokförlaget Korpen, Göteborg

Amato, L; Minozzi, S; Davoli, M; Vecchi, S; Ferri M; Mayet, S (2004) Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004:4.

Andersson, Berit (1991) *Att förstå drogmissbruk. Praktiken, situationen, processen*, Studentlitteratur, Lund

Antoniussen, Eva-Malin (2007) *Illegal subutexanvändning – en undersökning av missbruket utanför behandlingsprogrammen*, Rapport 21 2007, Lunds Universitet

Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder - att förstå och förklara samtiden*, Liber, Malmö

Blomgren, Per (1974) *Marginalkonflikt vid behandling av narkomanmissbrukare*. Rapport från forskningsgruppen vid narkomanvårdskliniken Långbro sjukhus

ECAD (2004) ”Sämre kontroll efter metadonbeslut” <http://www.ecad.net/chron/chron2.html> (2008-05-21)

Fridell, Mats (1996) *Institutionella behandlingsformer vid missbruk. Organisation, ideologi och resultat*, Natur och kultur, Falkenberg

Grönbladh, Leif (2004) *A National Swedish Methadone Program 1966-1989* Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala

Gyllenhammar, Carl (2007) *Bryta vanor. Kognitiv och beteendeariktad behandling vid missbruk och beroende*, Natur och Kultur, Stockholm

Halvorsen, Knut (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*, Studentlitteratur, Lund

Johansson, Katarina; Wirbing, Peter (1995) *Riskbruk och missbruk. Alkohol, läkemedel, narkotika*, Natur och Kultur, Stockholm

Johnson, Björn; Svensson, Bengt (2008) ”Bygg ut metadonprogrammen”, *Sydsvenskan* 29 januari [www.sydsvenskan.se](http://www.sydsvenskan.se) (2008-04-30)

Johnson, Björn (2005) *Metadon på liv och död. En bok om narkomanvård och narkotikapolitik i Sverige*, Studentlitteratur, Lund

Jönsson, Håkan (1998) Utsatt för forskning? *Tidskrift för kriminalvård* 1998:2, s12-14

LIF, Läkemedelsindustriföreningens service AB (2008) *Fass för föreskrivare*  
[http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel\\_produkts.jsp?NplID=20070329000030&DocTypeID=3#side-effects](http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produkts.jsp?NplID=20070329000030&DocTypeID=3#side-effects) (2008-05-22)

May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*, Studentlitteratur, Lund

Mobilisering mot narkotika (2006) *Hur kan vården bli bättre och vilken är vägen ur missbruk och beroende?* Rapport 19

Mobilisering mot narkotika (2007) "Metadonprogram i Stockholm ger samhällsbesparing på 800 miljoner om året" 10 december  
[http://www.mobilisera.nu/templates/GeneralPage\\_5094.asp](http://www.mobilisera.nu/templates/GeneralPage_5094.asp) (2008-05-21)

Nämndemansgården, "Behandling"  
[www.namndemansgarden.se/behandling/](http://www.namndemansgarden.se/behandling/) (2008-05-22)

O'Connor, P; Fiellin, DA (2000) "Pharmacologic Treatment of Heroin-Dependent Patients", *Annals of Internal Medicine* 2000:133:p40-54

Polisen (2005) *Smuggelvägar –läkemedel*  
<http://www.police.se/inter/nodeid=34626&pageversion=1.jsp> (2008-05-21)

Repstad, Pål (1993) *Närhet och distans - kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*, Studentlitteratur, Lund

SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning. Volym II*

Schering-Plough, *Patientinformation Subutex* (år och tryckort saknas)

*Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* SOSFS 2004:8, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) (2008-04-05)

Socialstyrelsen (2001) *Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling*, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) (2008-04-05)

Socialstyrelsen (2004) *Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare. En kunskapsöversikt*, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) (2008-04-05)

Socialstyrelsen (2007a) *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende. Rapport från en nationellt samordnad granskning*, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) (2008-04-05)

Socialstyrelsen (2007b) *Nationella riktlinjer för missbruk- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*

Socialstyrelsen (2006) *Underhållsbehandling vid opiatberoende. Handbok med kommentarer till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:8) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) (2008-04-05)

Svenska Dagbladet (2007) "Böter för dålig missbrukarvård" 11 juli  
[http://www.svd.se/nyheter/inrikes/artikel\\_244761.svd](http://www.svd.se/nyheter/inrikes/artikel_244761.svd) (2008-04-30)

Svensson, Bengt (2005) *Heroinmissbruk*, Studentlitteratur, Lund

Thurén, Torsten (2002) *Vetenskapsteori för nybörjare*, Liber, Stockholm

West, Robert (2006) *Theory of addiction*, Blackwell Publishing, Oxford, England





## Intervjuguide

### **Presentation av verksamheten**

Vilka yrkeskategorier?  
Arbetsfördelning och ansvar?  
Kompetens och vidareutbildning?  
Vilka preparat används?  
Hur kommer patienter i kontakt med er?  
Vilka konkreta arbetsuppgifter finns det?

### **Vårdbeslut**

Vem tar beslutet formellt? Informellt?  
Vilka yrkeskategorier medverkar i bedömningen?  
Vilka faktorer spelar störst roll för att få behandling?  
Hur hanteras patienter som inte samtycker till sociala insatser?  
Vilka faktorer tas med i bedömningen av patientens sociala situation?  
Vad innebär en helhetssyn på patientens missbruk?  
Hur ser en personlig undersökning av patienten ut i praktiken?

### **Vårdplan**

Vilka psykosociala aspekter belyses i utredningen som vårdplanen baseras på?  
Vilka sociala och psykologiska aspekter beaktas i vårdplanen?  
På vilka aspekter ligger fokus i vårdplanen?  
På vilket sätt tas des hänsyn till patientens önskemål?  
Hur ställer ni er till önskan om att inte få psykosociala insatser? T.ex. i form av kontakt med socialtjänsten?  
På vilket sätt hanteras vårdplanens delmål och mål i praktiken?

### **Samarbete**

Hur samarbetar professionerna inom mottagningen?  
Finns det olika synsätt som är rotade i yrkestillhörighet?  
Hur ser den interna arbetsfördelningen ut formellt och informellt? Konflikter?  
Vilka delar i behandlingen ansvarar socialtjänsten respektive behandlingsmottagningen för?  
För- eller nackdelar med ansvarsfördelningen gentemot Socialtjänsten och andra instanser?

### **Ideologi**

Vad är syftet med vården, enligt intervjupersonen och hur förhåller han/hon sig till det?  
Hur ser intervjupersonen på innebörden av ett helhetsperspektiv på patientens situation och hur kommer det till uttryck i praktiken?  
På vilket sätt känner intervjupersonen av samhällsdebatten och hur förhåller han/hon/organisationen sig till den?

### **Möjligheter och begränsningar**

Resurser?  
Vilka för- och nackdelar finns med verksamhetens organisering?  
Vilka för- och nackdelar med behandlingens upplägg?  
Hur skulle idealverksamheten se ut?

Vad finns det för möjlighet att kombinera läkemedelsassisterad underhållsbehandling med annan psykosocial behandling?

**Kommentarer från patienter**

Positivt och negativt?

# **Intervjuteaman**

**Presentation av verksamheten**

**Vårdbeslut**

**Vårdplan**

**Samarbete**

**Ideologi**

**Möjligheter och begränsningar**

**Kommentarer från patienter**



## Introduktionsbrev

Hej!

Vi kontaktar dig i samband med att vi ska skriva vår c-uppsats vid Socionomprogrammet, Socialhögskolan i Lund. Syftet med uppsatsen är att undersöka hur professionella som arbetar med läkemedelsassisterad underhållsbehandling uppfattar de psykosociala inslagen i behandling. För att kunna undersöka detta vill vi ta del av dina erfarenheter i form av en intervju. Vi kommer att be dig prata kring olika teman som berör de psykosociala inslagen i behandlingen. Med psykosociala aspekter syftar vi på den sociala kontakten och samspelet mellan personal och patient, patientens psykiska mående och sociala livssituation, som exempelvis boende, socialt nätverk, sysselsättning och socialt stöd.

Efter att intervjun transkriberats kommer vi skicka utskriften till dig för att ge dig möjlighet att komma med synpunkter så att vi inte ska missförstå dig. Din medverkan i studien kommer att behandlas med konfidentialitet och inga uppgifter kring ditt namn och vilken arbetsplats du jobbar på kommer att avslöjas. Uppsatsens resultat kommer att delges dig som medverkande då uppsatsen är godkänd.

Handledare för uppsatsen är Dolf Tops.

Tack för din medverkan!

Hälsningar

Anna-Karin Bergsten  
XXXX-XXXXXX

Erika Friberg  
XXXX-XXXXXX

