

Lunds Universitet
Socialhögskolan
SOL 062 VT -07



LUNDS
UNIVERSITET
Campus Helsingborg

Etiska funderingar kring substitutionsbehandling

Författare: Johan Forsgren & Peter Gunnarsson

Handledare: Torbjörn Friberg

Abstract

This thesis deals with the ethical attitudes of professionals working with Methadone or Subutex assisted rehabilitation, concerning the constructed guidelines and directions from the Swedish National Board of Health and Welfare. The central themes in the thesis are: 1. What do professionals think of the rules concerning admissions to the rehabilitation programme? 2. What do professionals think of the rules/criteria for being excluded from the programme? 3. Is there, according to professionals, an adequate alternative to this particular treatment programme? In order to gather information in the subject, qualitative interviews with nurses, toxicologist, doctor, and welfare officer/investigator were made. By analyzing the collected data from a consequential ethical perspective, the result of the study was that professionals consider the admission and exclusion rules to be appropriate, and that there in their opinion is no other adequate alternative form of treatment.

Key words:

Methadone, Subutex, National Board of Health and Welfare, ethics.

Innehållsförteckning

Förord	4
1. Inledning	
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte	6
1.3 Frågeställningar	6
1.4 Nyckelbegrepp	6
1.4.1 Heroin/opiater	7
1.4.2 Metadon	7
1.4.3 Subutex	7
1.4.4 Suboxone	8
1.4.5 Missbruk	8
1.4.6 Substitutionsbehandling	9
2. Bakgrund	
2.1 Historiskt om underhållsbehandling	10
2.2 Substitutionsprogrammen i praktiken	11
2.2.1 Ansökan	11
2.2.2 Utredning	12
2.2.3 Vård och behandling	12
2.3 Forskning om substitutionsbehandling och etik	13
2.4 Socialstyrelsens föreskrifter samt kommentarer om underhållsbehandling	13
2.5 Sammanfattning av Socialstyrelsens föreskrifter	18
3. Teori	
3.1 Introduktion till etiska teorier	20
3.2 Normativ etik	20
3.3 Konsekvensetik	20
3.3.1 Etisk egoism	21
3.3.2 Utilitarism	21
3.4 Etik och professionsidentitet	22
3.5 Konflikter och lojalitet	23
4. Metod och urval	
4.1 Val av metod	25
4.2 Kvalitativa metoder	26
4.3 Fördelar och nackdelar med metoden	26
4.4 Validitet och reliabilitet	26
4.5 Urval	26
5. Analys	
5.1 Uppfattningar och åsikter om underhållsbehandling	28
5.1.1 Kriterier för inskrivning	28
5.1.2 Regelverk för utskrivning	29
5.1.3 Alternativ till underhållsbehandling	31
6. Sammanfattande slutdiskussion	33
7. Källförteckning	
7.1 Litteratur	36
Bilaga intervjuguide	38

Förord

Vi vill börja med att tacka våra respondenter och intervjupersoner på Metadonmottagningen i Lund samt Substitutionsmottagningen i Helsingborg. Er medverkan och era åsikter har varit ovärderliga i detta arbete.

Vi vill också tacka vår handledare Torbjörn Friberg för hans kommentarer och snabba feedback under arbetets gång.

Helsingborg, maj 2007

Johan Forsgren och Peter Gunnarsson

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Det har under utbildningens gång utkristalliserats ett antal sektorer inom socialarbetsfären som vi oberoende av varandra intresserat oss lite extra för. Ett sådant ämne har varit den omdebatterade substitutionsbehandlingen med läkemedlen Metadon, Subutex, och på senare tid Suboxone. Behandlingsmodellen är förhållandevis väldokumenterad med resultat som i sammanhanget är otvetydigt positiva, framför allt i jämförelse med mer konventionella behandlingsmetoder. Debatten de senaste åren har många gånger varit livlig och har praktiskt taget uteslutande handlat om substitutionspolitikens framtid. Dock känner vi att debatten många gånger hamnat på ett plan där den enskilde missbrukaren i viss mån glöms bort till förmån för rent politiska frågor. Missbrukargruppen som kan bli aktuell för substitutionsbehandling är på många sätt en oerhört utsatt grupp, inte bara ur ett rent droghänsende och situationen som det naturligtvis medför, utan även genom att vara utlämnad till och beroende av ett rättvist och professionellt agerande från behandlande personal som gör sin bedömning i det enskilda fallet utifrån Socialstyrelsens föreskrifter. Vi har följaktligen saknat perspektiv på de etiska frågor som på ett mer konkret sätt rör den enskilde opiatmissbrukaren i, eller med en önskan att få ingå i, ett substitutionsbehandlingsprogram, det vill säga kunskap om berörd personals åsikter och etiska funderingar kring sina patienter, med andra ord frågeställningar som på ett omedelbart och ytterst påtagligt sätt påverkar individens möjligheter till adekvat hjälp och vård.

Landets substitutionsmottagningar är i stort administrerade på ett likartat sätt, dock kan olika tolkningar av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* (SOSFS 2004:8) göra att lokala variationer av praxis kan förekomma. Vi har under arbetets gång besökt och intervjuat personal knutna till två av landets mottagningar som tillhandahåller Metadon och Subutex (Suboxone). Socialstyrelsen fastställer att all läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende skall vara individuellt utformad efter patientens unika behov och sociala situation. Patienten i ett substitutionsprogram berörs därmed inte bara av Socialstyrelsens fastställda regelverk, utan är även i högsta grad beroende av en rättvis och adekvat tolkning av den samma. Det förutsätts således att resonemangen runt en patients vara eller icke vara präglas av ett utpräglat objektiva och konsekvensetiska tänkande. Gemensamt för landets mottagningar är att patienten i samband med läkemedelshämtning lämnar ett övervakat urinprov för att på så sätt säkerställa

att det inte förekommer något sidomissbruk i kombination med behandlingsinsatsen. Parallellt med mottagningarnas tillhandahållande av läkemedel så erbjuds även diverse insatser som motivationssamtal och psykologhjälp. I början av behandlingen lämnar patienten frekventa urinprov på mottagningen till dess att en varaktig drogfrihet kan säkerställas. När patienten efter ett antal månader uppvisat en stabil drogfrihet i kombination med sociala framsteg så kan dessa provtagningsintervaller förlängas och patienten får medicin för längre perioder. Denna bedömning är högst individuell och sker i samråd med mottagningens personal och behandlande läkare. I förlängningen, efter flera års drogfrihet och social stabilitet kan patienten, helt enligt Socialstyrelsens föreskrifter, eventuellt få förtroendet att själv administrera och hämta sin medicin från ett apotek (Helsingborgs Lasarett, 2007).

1.2 Syfte

Syftet med vår uppsats är att ur ett etiskt perspektiv undersöka vad yrkesverksamma inom berörda instanser anser om intagningskriterierna för att bli aktuell för substitutionsbehandling, samt regelverket för utskrivning vid misskötsel från detsamma. Vi vill även undersöka om de yrkesverksamma anser att det finns något alternativ till substitutionsbehandling med Metadon/Subutex/Suboxone.

1.3 Frågeställningar

Uppsatsens frågeställningar är:

- Vad anser yrkesverksamma inom substitutionsbehandlingen om kriterierna för att komma in på programmet?
- Vad anser yrkesverksamma inom substitutionsbehandlingen om reglerna/villkoren för utskrivning?
- Anser de yrkesverksamma inom substitutionsbehandlingen att det finns något adekvat alternativ till behandlingsmodellen?

1.4 Nyckelbegrepp

Under uppsatsen återkommer ett antal begrepp, fenomen, och företeelser. För att underlätta för läsaren följer här en kortare presentation samt beskrivning av de mest förekommande begreppen.

1.4.1 Heroin/opiater

1874 framställde den brittiske kemisten C.R. Alder Wright för första gången heroin (eller diacetylmorfin) genom att blanda morfin och acetylsyreacetat. Namnet heroin fick drogen 1898 då Heinrich Dreser, en kemist från läkemedelsfabriken Bayer, började tillverka den i stor skala för kommersiellt bruk. Dreser, som testat heroin på sig själv, frivilliga försökspersoner och djur, hävdade att medicinen kunde användas mot andningsbesvär orsakade av TBC, bronkit, astma, emfysem, samt hosta. Dreser menade att drogen inte var beroendeframkallande, och Bayer lanserade dessutom senare preparatet som ett botemedel mot morfinmissbruk (Svensson, 2005).

Man kan inta heroin på flera olika sätt. Man kan injicera intravenöst, subkutant, eller intramuskulärt (dvs. i en ven, under huden, eller i en muskel). Det kan rökas på folie eller blandas med tobak och rökas som en cigarett. Man kan även sniffa heroin. Heroin är en mycket kraftfull centralt dämpande opiat; tre till fem milligram rent heroin ger en smärtlindring jämförbar med tio milligram morfin (a.a.).

1.4.2 Metadon

Metadon är en helt syntetiskt framställd opiat vars egenskaper och effekter liknar de som morfin, heroin, samt andra opiumpreparat har. Metadon är således ett narkotiskt preparat som verkar smärtlindrande, ångestdämpande och rogivande. Metadon kan överdoseras, har vissa biverkningar, samt kan ge en känsla av avtrubbning (Johnson, 2005).

Man kan inta Metadon antingen genom injicering eller, som vid underhållsbehandling, peroralt (via munnen). Genom att inta preparatet på detta sätt ger det en långsammare effekt och ingen kick. Metadon blockerar även effekten av heroin eller liknande preparat (Tunving & Nordegren, 1993).

1.4.3 Subutex

Subutex används precis som Metadon vid underhållsbehandling av opiatmissbrukare, och dess verkningsfulla ämne är buprenorfin. Buprenorfin är i princip omöjligt att överdosera, och är inte lika beroendeframkallande som Metadon, men blockerar inte suget efter droger lika effektivt som Metadon (Johnson, 2005). Subutex kommer i tablettform och skall lösas under tungan, eftersom effekten uteblir om den sväljs hel (Informationsfolder, Helsingborgs Lasarett, 2007).

1.4.4 Suboxone

Preparatet Suboxone innehåller förutom samma verksamma substans som Subutex (buprenorfin) även skyddsämnet naloxonhydroklorid som normalt används för att stävja opiatöverdoser. När man tar Suboxone på rätt sätt, det vill säga genom att smälta tablett under tungan, verkar buprenorfinet på samma sätt som Subutex samtidigt som skyddsämnet passerar genom matsmältningen utan att aktiveras. Vid injicering tränger dock naloxonet ut i blodet, och så småningom in i hjärnan, varvid effekten av buprenorfinet upphävs. Detta innebär att Suboxone inte är användbart för intravenöst missbruk (Johnson, 2005).

1.4.5 Missbruk

I boken "Riskbruk och Missbruk" (Johansson & Wirbing, 2005) redovisas kriterierna för missbruk samt beroende enligt American Psychiatric Associations handbok Diagnostiska Kriterier (DSM-IV TR). Denna säger kortfattat att ett missbruk innebär "Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller liknande". Detta missbruk skall yttra sig genom minst ett av fyra uppställda kriterier under en och samma tolv månadersperiod. De fyra kriterierna innebär bland annat att den missbrukande individen på grund av substansbruk inte fullföljer sina ansvarsuppgifter gällande arbete eller skolgång, försätter sig i fysisk fara, eller hamnar i klammeri med rättvisan.

Beroende definieras enligt DSM-IV TR som "Ett maladaptivt substansbruk som leder till kliniskt signifikant funktionsnedsättning eller lidande". Detta beroende ska komma till uttryck genom minst tre av sju kriterier, bland andra en ökad tolerans, abstinensbesvär, större bruk än vad som från början avsågs, samt ett fortsatt bruk trots en medvetenhet om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt orsakats eller förvärrats av substansen.

I Sverige samt Världshälsoorganisationen WHO:s medlemsländer används huvudsakligen ett system som heter ICD-10. I Sverige kan DSM-IV TR ses som ett komplement (Socialstyrelsens hemsida, 2007-01-29). I ICD-10 står följande:

"Skadligt bruk:

Bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk (som hepatit vid intravenöst missbruk) eller psykisk (som depressionsperioder sekundärt till hög alkoholkonsumtion)."

Beroende definieras i ICD-10 som ”En grupp kognitiva och psykologiska fenomen samt beteendefenomen som utvecklas efter återkommande substansanvändning”. I typiska fall inkluderar dessa fenomen bland annat en stark längtan efter drogen eller substansen, svårigheter att kontrollera intaget, prioritering av substansanvändande högre än andra aktiviteter och förpliktelser, samt en ökad tolerans och/eller fysiska abstinensbesvär (Johansson & Wirbing, 2005).

Dessa två förklaringsmodeller har en medicinsk/psykologisk fokus samt definition av missbruk oavsett vilken drog eller substans det gäller. I Sverige räknas allt icke-medicinskt bruk av narkotikaklassade preparat som missbruk, oavsett vilken omfattning det rör sig om eller vilka de fysiska eller psykiska konsekvenserna blir för den enskilde eller omgivningen (Tobutt, 2003).

1.4.6 Substitutionsbehandling

Patienter med ett avancerat opiatmissbruk kan, om Socialstyrelsens kriterier är uppfyllda, bli aktuella för en substitutionsbehandling med preparaten Metadon eller Subutex/Suboxone. Behandlingsmodellens andemening är att bryta patientens opiatmissbruk med hjälp av medicinsk behandling i kombination med diverse individuellt anpassade stödinsatser. Substitutionsbehandling har allt sedan introduktionen i mitten av 60-talet varit omdebatterad och många gånger ifrågasatt av kritiker. Numera är debatten om behandlingsmodellens existens en aning mer nyanserad och fokuserad på utveckling i stället för avveckling (Svensson, 2005).

2. Tidigare forskning

Detta kapitel tar upp underhållsbehandlingens historik samt belyser vilka tidigare forskningsansatser som gjorts inom ämnet substitutionsbehandling och etik. Kapitlet beskriver även bakgrunden till Socialstyrelsens föreskrifter om hur läkemedelsassisterad underhållsbehandling skall bedrivas.

2.1 Historiskt om underhållsbehandling

Sverige var ett av de första länderna utanför USA som införde underhållsbehandling med Metadon till heroin/opiatmissbrukare. 1966 tog professor Lars Gunne initiativet till ett behandlingsprogram vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Ett litet program startades men växte efterhand till att innefatta ett par hundra patienter. Det tog dock inte lång tid innan den svenska Metadonbehandlingen blev satt under debatt, främst av individer aktiva inom den drogfria narkomanvården. Den hårda kritiken medförde ett intagningsstopp mellan åren 1979 och 1984, med tragiska följder. Av de missbrukare som till ingen nytta satte upp sig på väntelistan till programmet dog 50 procent. En oro för HIV-spridning gjorde dock att intagningsstoppet hävdades och metadonprogrammet kunde utvidgas. En vid det här laget klassisk undersökning genomfördes av Ulleråkerforskarna, där två grupper av heroinister jämfördes i en kontrollerad och vetenskaplig studie. Den ena gruppen fick Metadonbehandling och den andra remitterades till narkomanvårdens ordinarie vårdmodeller. Metadonets överlägsenhet var enormt (Svensson, 2005).

1997 gjordes av Marlene Stenbacka och Anders Romelsjö en utvärdering av de svenska metadonprogrammen från starten till och med 1993. Denna studie, som inkluderade 655 patienter, kunde konstatera att Metadonbehandling medför en markant minskning av kriminalitet (både lagförda brott såväl som arresttillfällen), sjukhusvård och dödlighet, samt en klar förbättring av livssituationen för flertalet patienter. Av dessa 655 patienter hade 257 blivit ofrivilligt utskrivna och ej återvänt till Metadonbehandlingen. Det upptäcktes vissa faktorer som ökade sannolikheten för ofrivillig utskrivning; att vara man, att vara yngre än 30 år vid inträde, att innan inträde ha dömts för brott minst tio gånger, samt en låg Metadondos på mindre än 65 milligram per dag var återkommande faktorer som medförde ett mindre lyckat behandlingsresultat (a.a.).

En dansk läkare och tillika narkotikaexpert vid namn Peter Ege har gjort en modellindelning av Metadonbehandling, och kommit fram till tre olika modeller. Det finns den medicinsk/psykosociala modellen, som har tonvikten lagd på social rehabilitering. Den medicinska behandlingen med Metadon syftar till att patienten ska få en i sammanhanget normal och stabil tillvaro vilket i förläningen ska medföra att denne blir mottaglig för den psykosociala behandlingen. Vid användande av den defensiva, abstinensorienterade substitutionsbehandlingen ges Metadon vanligtvis under kortare perioder, i låga doser, och med rigida kontroller. Patienten skall efter Metadonbehandlingen slussas vidare till drogfria behandlingsmetoder. Den tredje modellen, Harm-reductionmodellen, har i syfte att begränsa skadorna av narkotikamissbruk, och kan innebära att Metadon dispenserar till särskilda patientgrupper utan ambitioner att behandla. Sverige har anammat den första modellen av dessa tre, den medicinsk/psykosociala (a.a.).

Redan från Metadonets införlivande var reglerna stränga. Patienterna skulle vara minst 20 år gamla, ha minst fyra års dokumenterat heroinmissbruk, vara utan blandmissbruk, och skulle dessutom ha gjort minst tre försök att genom annan vård upphöra med sitt missbruk. Patienterna fick vidare inte ha några väntande rättegångar eller kommande fängelsestraff. Detta regelsystem var inspirerat av den amerikanska modellen (a.a.).

2.2 Substitutionsprogrammen i praktiken

Substitutionsmottagningarna i Lund respektive Helsingborg är i princip uppbyggda och administrerade på ett likartat sätt. Personalen omfattas av ett brett spektrum av olika yrkeskategorier, på mottagningarna arbetar socionomer, beteendevetare samt sjukvårdspersonal i olika befattningar.

2.2.1 Ansökan

Ansökan till dessa program sker frivilligt och i samråd med socialtjänsten. Ansökan kan initieras bland annat av läkare med specialistkompetens eller socialnämnden i patientens hemkommun. Oavsett hur ett beslut om ansökan utformas görs alltid en omfattande utredning av socialtjänsten för att utreda patientens sociala situation och missbruksbild (Socialstyrelsen, 2004).

2.2.2 Utredning

För att avgöra om en patient kan bli aktuell för substitutionsbehandling görs en omfattande utredning. Socialtjänstens utredning överförs till respektive mottagning som utökar undersökningen med material från sjukhus, kriminalvård, eventuella behandlingshem och så vidare. Utredningsteamet på den aktuella mottagningen bedömer och inhämtar även information om tidigare missbruksvård, det fysiska och psykiska hälsotillståndet, utbildning, samt arbetslivserfarenhet. Den sökande patienten kallas därefter till ett individuellt bedömningsamtal där denne blir intervjuad av mottagningens personal. Beslut på bifall eller avslag till ansökan om vård inom substitutionsprogrammen fattas därefter (Helsingborgs Lasarett, 2007).

2.2.3 Vård och behandling

Efter beviljad ansökan om vård inom programmet får patienten delta i ett obligatoriskt motivationsprogram som vid Helsingborgs substitutionsmottagning består av åtta strukturerade motivationssamtal. Vid dessa samtal tas ämnen som motivation, återfallsprevention och stresshantering upp. Om patienten så önskar finns även tillgång till akupunkturbehandling samt samtalskontakt med psykolog. Patienten blir vid inskrivning tilldelad en kontaktperson som sköter den löpande kommunikationen mellan patient, mottagningen samt socialtjänst. Kontaktpersonen kan även bistå patienten vid kontakt med myndigheter såsom arbetsförmedling etcetera. Patienterna i programmen får vidare årligen genomgå en fullständig läkarundersökning som omfattar bland annat patientens allmänhälsa, EKG och leverstatus (a.a.).

Efter inskrivning i programmet får patienten regelbundet komma till mottagningen för att hämta sin medicin. Gängse rutin på de båda mottagningarna är att patienten i samband med hämtning och intagande av sin medicin lämnar ett övervakat urinprov. Patientens urinprov analyseras sedan centralt för att undersöka om patienten använt droger, med urinprovsanalys säkerställs även att patienten tar sin medicin efter läkarens ordination. Intervallen mellan medicinhämtning samt urinprovslämning varierar mellan varje individuell patient. Faktorer som skötsamhet samt behandlingens längd avgör hur ofta patienten kommer till mottagningen. I förläningen kan en patient även få förtroende att hämta ut aktuellt preparat på recept (a.a.).

2.3 Forskning om substitutionsbehandling och etik

Vid en litteraturgenomgång rörande substitutionsbehandling med Metadon och Subutex finner vi att forskningsläget gällande det etiska perspektivet är i det närmsta obefintligt. I böckerna "Heroinmissbruk" av Bengt Svensson (2005) samt "Metadon på liv och död" av Björn Johnson (2005) står att läsa om forskning av substitutionsbehandling och metadonprogram. Den forskning som har bedrivits har i princip uteslutande utförts ur ett politiskt eller medicinskt perspektiv och frågeställningarna har mestadels handlat om substitutionsbehandlingens vara eller icke vara. Det har forskats en del om användandet av Metadon vid opiatmissbruk, och resultaten av dessa studier har påvisat både positiva och negativa effekter för individerna såväl som samhället i stort. Det har även debatterats och argumenterats för och emot behandlingsmodellen men inga vidare studier i de etiska värderingarna har gjorts. Då denna dimension av ämnet är högst relevant i sammanhanget efterfrågas fortsatt forskning för att få en djupare förståelse av problematiken.

Björn Johnson tar i sin bok även upp en alternativ behandlingsform med Metadon och Subutex. Johnson efterlyser en användning i rent skadelindrande syfte helt utan krav på rehabilitering. Författaren frågar sig om det är rimligt att ställa krav på att patienter skall underkasta sig psykosocial behandling för att få tillgång till en livräddande medicin. Johnson avslutar sitt resonemang med ett citat från professor Lars Gunne som säger att det inte går att rehabilitera döda narkomaner (Johnson, 2005). Denna fråga är en av de få renodlade frågeställningarna av etisk karaktär direkt kopplad till problematiken som stötts på i den undersökta litteraturen.

2.4 Socialstyrelsens föreskrifter samt kommentarer om underhållsbehandling

För att få en ingående inblick och kännedom om det regelverk som styr behandlingsformen har vi valt att presentera valda delar ur Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* (SOSFS 2004:8). Det axplock av kapitel och paragrafer i Socialstyrelsens skrivelse som vi valt att skärskåda är direkt eller indirekt kopplade till våra frågeställningar, därmed är denna kunskap relevant för att explicera problematiken.

All form av underhållsbehandling för att stävja missbruk av opiater med preparaten Metadon och Subutex regleras och kontrolleras av Socialstyrelsen. De regler och kriterier som berör och styr samtliga delar av läkemedelsassisterad underhållsbehandling har fastställts i skriften

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* (SOSFS 2004:8). Socialstyrelsens föreskrifter innehåller bestämmelser som reglerar hur de olika läkemedelsassisterade behandlingsprogrammen i landet skall bedriva sin verksamhet. Bestämmelserna omfattar kriterier som berör allt från den mer basala hanteringen och distributionen av läkemedlen till riktlinjer för utformningen av patientens vårdbeslut och vårdplan till mer komplexa frågor som hanterar brukarens patientsäkerhet. Syftet med dessa föreskrifter är enligt Socialstyrelsen att kunna hantera de potentiella risker som ett okontrollerat Metadon och Subutexprogram eventuellt skulle medföra. Socialstyrelsen betonar vikten av att nationella föreskrifter reglerar hela behandlingsformen för att på så sätt fastställa relevanta mål och kvalitetskrav inom all verksamhet som omfattar läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende bedriven inom ramarna för HSL (*Hälso- och sjukvårdslagen*). För att kvalitetssäkra verksamheten på landets substitutionsmottagningar så genomför Socialstyrelsen regelbundna, strikt centraliserade uppföljningar.

1 kap. Tillämpningsområde och definitioner

”I dessa föreskrifter fastställs mål och kvalitets- och säkerhetskrav i fråga om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende (nedan kallad underhållsbehandling). Föreskrifterna skall tillämpas när sådan behandling ges med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

I det första kapitlet i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* (SOSFS 2004:8) fastställer Socialstyrelsen de mål och kvalitetskrav som skall råda inom behandlingsformen samt att det aktuella tillämpningsområdet för föreskrifterna. Socialstyrelsen fastställer även att all läkemedelsassisterad behandling mot opiatberoende måste administreras inom ramarna för HSL. Syftet med denna paragraf är att markera att läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende endast får administreras inom hälso och sjukvården då hanteringen anses potentiellt riskfylld. I praktiken innebär detta att alla vårdgivare skall uppfylla de mål och krav som fastställts för hälso och sjukvården i HSL. Portalparagrafen i HSL ådagalägger vårdgivaren att bedriva en verksamhet som syftar till god vård på lika villkor för hela befolkningen i kombination med en verksamhet som genomsyras av tanken på individens lika värde och behov av integritet. Den första paragrafen ger stöd till att vårdgivaren om den så anser, har rätt att göra prioriteringar mellan de olika individer som ansöker om vård inom ett

läkemedelsassisterat behandlingsprogram då den individ som anses ha störst vårdbehov har företräde. Vårdgivaren har med andra ord rätt att neka en vårdsökande att behandlas för sitt opiatberoende med utgångspunkt från att vårdgivaren anser sig sakna resurser och behandlingsplatser för ändamålet. Socialstyrelsen fastställer vidare att all läkemedelsassisterad behandling dvs. all underhållsbehandling endast skall ordineras om läkemedlen (Metadon, Subutex) åtföljs av en psykosocial behandlingsinsats. Med en psykosocial behandlingsinsats åsyftar Socialstyrelsen en behandling som tjänar till att underlätta för individen att återrehabiliteras till samhället, behandlingsformen är således ingen enhetlig behandlingsform utan det är upp till vårdgivaren att administrera en lämplig behandlingsinsats till syfte att rehabilitera patienten ur ett psykosocialt perspektiv. Detta faktum att det inte finns några fastlagda riktlinjer och kriterier för vad som kan anses vara en adekvat psykosocial behandling i Socialstyrelsens föreskrifter torde påverka den sammantagna vårdkvaliteten hos de olika vårdgivarna.

2 kap. Verksamheten

”Underhållsbehandling skall syfta till att den som är beroende av opiater skall upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation.”

Det andra kapitlet i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* (SOSFS 2004:8) omfattar syftet med underhållsbehandling med Metadon och Subutex. Socialstyrelsen fastställer att behandlingsformen syftar till att öka patientens överlevnadschanser samt att individen även skall ges en möjlighet att förbättra sin allmänhälsa genom missbruksfrihet i kombination med förbättrade sociala förhållanden. Socialstyrelsen fastställer vidare att behandlingsformen skall präglas av respekt för individens självbestämmande och integritet. Den enskilde Metadon- och Subutexpatienten har på samma sätt som övriga vårdtagare inom hälso- och sjukvården rätt till en professionell vård kännetecknad av ett korrekt och omsorgsfullt bemötande i kombination med vård som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vårdgivaren skall sträva efter att ge Metadon- och Subutexpatienten de verktyg som krävs för att uppnå kontinuitet och långsiktighet i behandlingen samt stödja individen i sitt beslut att försöka bli missbruksfri. Målen med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* förväntas bli reella genom att behandlingsgivaren skapar tillitsfulla kontakter med patienten samt underlättar och uppmuntrar vårdtagaren att fullfölja annan eventuell somatisk och psykiatrisk vård.

Socialstyrelsen fastställer även att all läkemedelsassisterad missbruksbehandling måste samordnas med socialtjänsten som ytterst har det övergripande ansvaret för att individen ges det stöd som krävs för att målet med behandlingen ska uppnås. Socialstyrelsen fastställer även att endast behöriga läkare med specialkompetens har rätt att föreskriva läkemedlen Metadon och Subutex samt att preparaten, i kombination med föreskrivna behandlingsinsatser även kan administreras av vårdgivare inom den privata sektorn under förutsättning att dessa vårdgivare uppfyller de kvalitet och säkerhetskrav som fastställts i HSL och LYHS (*Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*) samt följer övriga föreskrifter som fastställts av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen öppnar härmed för privata aktörer att administrera läkemedelsassisterad missbruksbehandling.

3 kap. Kvalitet och säkerhet m.m.

”Av 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår det att kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras.”

Det tredje kapitlet i förordningen omfattar Socialstyrelsens krav på att all underhållsbehandling skall genomsyras av struktur och fortlöpande kvalitetssäkring samt kvalitetsutveckling. Syftet med dessa krav är att säkerställa att behandlingen ges till den för ändamålet avsedda patientgrupp samt att preparaten inte sprids ut på den illegala marknaden. Socialstyrelsen påpekar att all läkemedelsassisterad behandling av opiatmissbrukare måste genomsyras av en anda som i sin helhet strävar efter att förbättra verksamheten. Detta för att säkerställa patientsäkerheten samt kvaliteten på verksamheten i stort.

4 Kap. Vården

”Frågan om en patient skall ges underhållsbehandling skall avgöras av en legitimerad läkare som har ansvar för sådan behandling. Vid bedömningen skall läkaren ha en helhetssyn på patientens missbruk samt dennes hälsotillstånd och sociala situation. Bedömningen skall göras efter en personlig undersökning av patienten och i samråd med kommunens socialtjänst. Den skall dokumenteras i patientens journal.”

Socialstyrelsens har givit de behandlande läkarna mandat att avgöra huruvida en vårdsökande patient har rätt till läkemedelsassisterad behandling på respektive vårdenhet. Den ansvarige

läkaren skall i sin objektiva bedömning av huruvida patienten kan bli aktuell för substitutionsbehandling ta del av den patientutredning som i samråd med patienten skall ha utförts av socialtjänsten. Utredningen skall belysa såväl individens sociala, psykologiska och medicinska behov. Socialstyrelsen fastställer vidare att den behandlande läkaren, oavsett socialtjänstens uppfattning alltid har sista ordet när det kommer an på att avgöra om en underhållsbehandling skall inledas.

Vidare fastställer Socialstyrelsen i skrivelsen de kriterierna som skall gälla för att bli aktuell för underhållsbehandling med Metadon och Subutex.

”Underhållsbehandling får endast ges till den som fyllt 20 år och har ett dokumenterat opiatberoende sedan minst två år, och har förmåga att tillgodogöra sig information om sådan behandling och lämna samtycke. Underhållsbehandling får dock, om synnerliga skäl föreligger, ges till den som ännu inte fyllt 20 år. Underhållsbehandling får inte ges, om det finns skäl att anta att samtycket inte ger stöd för att den kan genomföras i enlighet med vårdplanen.”

Socialstyrelsen fastställer även tre omständigheter där underhållsbehandling med Metadon och Subutex inte får ges till presumtiva patienter.

”Underhållsbehandling får inte påbörjas om annan behandling vid opiatberoende bedöms tillräcklig, eller att patienten är beroende av andra narkotiska preparat än opiater eller alkohol på ett sätt som innebär en oacceptabel medicinsk risk, eller att patienten har varit utesluten från sådan behandling under de senaste sex månaderna.”

I föreskrifterna från Socialstyrelsen framgår det även att underhållsbehandling med Metadon och Subutex måste ges frivilligt till patienten, med andra ord så får behandlingsformen inte utgöra en del av en dom eller ett alternativ till en dom. Ett exempel kan vara att en patient som vårdas enligt LVM kan bli aktuell först sedan tvångsvården upphört att gälla.

Patienter intagna enligt LPT eller LRV kan däremot bli aktuella för Metadon- eller Subutexbehandling under pågående tvångsvård, då det ur behandlingssynpunkt anses föreligga påtagliga fördelar.

6 Kap. Vårdens upphörande

”Om en patient trots särskilda stödinsatser inte kan förmås att medverka till att syftet med underhållsbehandlingen uppnås, skall den avbrytas om patienten inte har medverkat i sådan behandling under längre tid än en vecka, har upprepade återfall i missbruk av narkotika, missbrukar alkohol i sådan omfattning att det innebär en medicinsk risk, upprepade gånger har manipulerat urinprover, har utsatt patienter eller vårdpersonal för våld eller hot om våld, eller har dömts för narkotikabrott enligt en dom som vunnit laga kraft.”

All form av sidomissbruk inom behandlingens ramar är oacceptabelt och kan i förlängningen leda till att patienten exkluderas från den läkemedelsassisterade behandlingen med Metadon och Subutex. Behandlande läkare skall i varje enskilt fall av sidomissbruk besluta om hur patientens behandling kan optimeras alternativt avslutas. Patientgruppen har tillika andra patientgrupper som omfattas av HSL rätt till en adekvat och evidensbaserad vård. För att en god vård skall komma till stånd krävs att patienten är samarbetsvillig och fogar sig till de direktiv som anges av behandlande läkare. Till dessa högst rimliga krav hör att patienten inte hänfaller till ett sidomissbruk. Ett avancerat sidomissbruk med inslag av t.ex. benzodiazepiner kan i kombination med Metadon vara direkt livsfarligt. Enligt Socialstyrelsen så är alla former av sidomissbruk kontraproduktivt och därför så bör behandlande läkare, efter en individuell kartläggning genomföra förändringar som har till syfte att sidomissbruket upphör. Som en sista åtgärd kan behandlande läkare besluta att patienten utesluts från behandlingsprogrammet. Behandlande läkare kan även i andra fall besluta om att patienten exkluderas från behandlingen, det kan i dessa fall handla om att vederbörande har hotat eller på annat sätt omöjliggjort en läkemedelsassisterad behandlingsinsats. Avstängningsperioden för en exkluderad patient är rutinmässigt minst sex månader.

2.3 Sammanfattning av Socialstyrelsens föreskrifter

Regelverket runt verksamheten på landets substitutionsmottagningar har utformats för att ge både ett visst mått av styrning såväl som tolkningsfrihet för behandlande läkare och övrig personal. Det är upp till ansvarig läkare att avgöra patientens eventuella medverkan eller exkludering från medicinsk behandling med Metadon eller Subutex. Varje läkare måste med Socialstyrelsens föreskrifter samt läkareden i åtanke göra en egen professionell och etisk bedömning av behandlingens lämplighet för den aktuella individen. Socialstyrelsens riktlinjer

ger även utrymme för behandlande personal att skapa en egen praxis gällande verksamhetens utformning.

3. Teori

3.1 Introduktion till etiska teorier

Då fokus i denna uppsats ligger på ett etiskt perspektiv har några olika etiska teorier valts att belysas. Etik är ett ämne som diskuterats ända sedan antiken. Sokrates, som levde på 400-talet f.Kr. var en av de första etiklärarna, och uppges ha yttrat ”Vi diskuterar ingen liten fråga, utan frågan hur vi bör leva”. Sokrates gjorde ingen distinktion mellan idé och handling eller teori och praktik. Hans undervisning utmanade makthavarna till den så milda grad att de dömde honom till döden (Collste, 1996). Två viktiga konsekvensetiska teorier har valts att användas i denna uppsats; etisk egoism samt utilitarism. För att förtydliga och beskriva etiken följer först en förklarande del av detta teoriavsnitt. Inledningsvis beskrivs dock den normativa etikens samt konsekvensetikens grundtankar.

3.2 Normativ etik

Normativ etik handlar om hur människan på ett genomtänkt sätt kan ta ställning till moraliska problem och utföra rätta handlingar (a.a.). Inom den normativa etiken pågår ett systematiskt och kritiskt sökande efter korrekta moraliska grundvalar att använda sig av vid lösningen av praktiska problem (Tännsjö, 2005).

För att dra paralleller till verkligheten och vårt aktuella ämne kan kort sägas att normativ etik infinner sig vid diskussioner om hur behandling av narkomaner skall ske. Det finns exempelvis olika åsikter angående ämnet läkemedelsassisterad vård, och vad som är rätt eller orätt är inte på något sätt självklart. I ena sidan av spektrat finner man åsikter som säger att all narkomanvård ska ske helt drogfrött, och motsvarande finns det de som menar att substitutionsbehandling är det enda som fungerar för den aktuella patientgruppen.

3.3. Konsekvensetik

Konsekvensetiska (eller teleologiska från grekiskans *telos* som betyder mål) teorier har det gemensamma draget att det enda som tas hänsyn till vid en bedömning av om huruvida en handling är rätt eller orätt är dess konsekvenser. Några frågor som då kan ställas är bland andra ”konsekvenser för vem?” och ”vilka konsekvenser?” Olika teorier ger olika svar på dessa och andra frågor (Collste, 1996).

Vid användandet av konsekvensetiska teorier vid en genomgång av det etiska läget gällande läkemedelsassisterad behandling av opiatmissbrukande narkomaner kan alltså sägas att Metadon, Subutex, eller Suboxone är etiskt berättigade medel då dess konsekvenser (eller åtminstone slutliga mål) innebär en frihet från missbruk och dess negativa följder. Man skiljer dock på huruvida konsekvenserna berör den enskilde individen eller samhället i stort.

3.3.1 Etisk egoism

Den etiska egoismen utgår från att människor till sin natur tänker på sig själv i första hand. Individer handlar så att de själva ska få uppleva största möjliga välbefinnande. De handlingsalternativ som leder till de bästa konsekvenserna för personen ifråga är alltså de moraliskt rätta. Det egna välbefinnandet behöver dock inte alltid vara motivet för diverse handlingar, utan istället är syftet att uppnå tillfredsställelse genom att hjälpa någon annan (a.a.).

För att dra en parallell till substitutionsbehandling och vård av narkomaner med hjälp av denna etiska teori kan med fördel i princip all vårdpersonal inkluderas i detta tankesätt. Även om läkare och sjuksköterskor som arbetar med opiatmissbrukare inte personligen gagnas av läkemedelsassisterad underhållsbehandling får de dock troligtvis en känsla av tillfredsställelse av tanken på att de hjälpt en medmänniska i nöd. Denna motiverande kraft är en viktig källa till kraft och energi att orka fortsätta det viktiga arbetet.

3.3.2 Utilitarism

Utilitarismen är universal och förutsätter att alla individer behandlas lika. Det är konsekvenserna för mänskligheten i stort som skall tas i beaktande vid avgörande om en handling är moraliskt rätt eller orätt. Målet för utilitarismen är en värld med maximal lycka och minimalt lidande. De handlingar som bidrar till att lyckan i världen ökar eller att lidandet minskar är rätta, och de handlingar som minskar lyckan eller ökar lidandet är orätta (a.a.).

Vid en betraktelse av substitutionsbehandling ur ett utilitaristiskt perspektiv finner man således att Metadon/Subutex/Suboxone utan tvivel bör användas om det medför positiva effekter på samhället och mänskligheten i stort. Missbrukets negativa konsekvenser och de enorma kostnader det medför hos samhället minskas genom användandet av dylika ersättningspreparat och är med andra ord något som ökar lyckan och välbefinnandet i världen. En narkoman som inte tvingas hänge sig åt kriminella handlingar för att få ihop tillräckliga

ekonomiska resurser till att införskaffa sin dagliga dos av opiater utan istället med ett utskrivet recept kan gå till ett apotek eller substitutionsmottagning och hämta ut ett ersättningsmedel innebär stora ekonomiska och sociala vinster för vilket samhälle som helst.

3.4 Etik och professionsidentitet

Erik Blennberger (2005) ägnar i sin bok ”Etik i socialpolitik och socialt arbete” ett helt kapitel till hur man inom socialt arbete bör förhålla sig till sin professionsidentitet. En profession betecknas som att det föranleds av en lång utbildning med väletablerad kunskapsbas, följd av någon form av offentlig legitimering, auktorisation eller vigningar som ger rätt att inneha vissa befattningar. Exempel på professioner som uppfyller dessa kriterier är läkare, psykolog, och jurist, medan yrken som socionom, sjuksköterska och polis ibland kallas semiprofessioner. Oavsett om man skiljer mellan professioner, semiprofessioner eller yrken, kan en professionsidentitet avse ett yrkes generella roll och funktion i samhället. Olika professioner eller yrken har sina egna värdegrunder och (etiska) normer som används vid arbetet.

Sambandet mellan yrkesroll och etiska övertygelser är komplext och omfattande. Generellt kan dock sägas att det finns vissa etiska värden och normer som kan ha en särskilt betydelse för respektive yrkesgrupp eller professionsidentitet. Inom arbete med socialt utsatta individer finns belägg för att de yrkesverksamma redan vid inträde till den relevanta utbildningen har en intention att göra gott, samt att de under utbildningens gång och i det professionella yrkeslivet anammar ett etiskt tänkande (a.a.).

Olika professionsidentiteter och roller som tas an av personer som arbetar med denna typ av frågor är bland andra hjälpare, terapeut, mentor eller coach, pedagog, eller språkrör för klienten. Denna identitet kommer särskilt till uttryck vid bemötandet av klienter eller patienter (a.a.).

3.5 Konflikter och lojalitet

Socialarbetarens professionella autonomi kan vara begränsad av system, föreskrifter, eller överordnades regler. Vid en eventuell sammanstötning mellan dessa och den egna etiska synen vid situationer då man är pressad redogör Blennberger för fyra strategier eller handlingsalternativ för att komma tillrätta med situationen. Dessa fyra är lojalitet, protest, obstruktion samt sorti (a.a.).

- Lojalitet

Lojalitetsalternativet innebär att man ger avkall på sin egen övertygelse. Detta alternativ kan väljas av olika anledningar, exempelvis feighet eller rädsla för att bli missgynnad eller hamna i kollektiv onåd och kanske till och med bli avskedade. Lojaliteten kan även härledas till en förvaltningsetisk övertygelse och använda sig av argumentet att rättssäkerheten sätts ur spel om offentliga tjänsteutövare börjar använda sig av ett privat regelverk (a.a.).

- Protest

Ännu en strategi är att påkalla, eller protestera mot, de oegentligheter som finns. Den mest diskreta typen av protest är att försöka väcka sina överordnade och påtala problemen för dessa. Det kan även innebära att man påkallar allmänhetens uppmärksamhet genom att demonstrera eller väcka intresse för frågan i media. Detta sistnämnda agerande är dock endast moraliskt försvarbart om man först påpekat oegentligheten för sina överordnade, då detta medieintresse kan få förödande effekter för förvaltningen eller organisationen (a.a.)

- Obstruktion

Obstruktion kan innebära att man som tjänsteutövare medvetet arbetar långsammare eller att man obemärkt handlar på ett annat sätt än det föreskrivna. Denna tysta obstruktion kan emellertid bli en i det stora hela verkningslös privat protest. Kombinerar detta med att anonymt läcka uppgifter till massmedia eller annan part kan dock en offentlig diskussion uppstå som förbättrar situationen (a.a.).

- Sorti

Den i viss mån slutliga lösningen är naturligtvis att sluta på sin tjänst, det vill säga göra sorti ur verksamheten alternativt byta arbetsuppgifter. Sker detta utan en öppen protest eller anonymt läckande blir det hela dock en misslyckad handling. Även om det egna samvetet blir stillat har situationen ändå inte förbättrats för någon än en själv (a.a.).

Även Jenny Gren (1996) tar i sin bok "Etik i Socialt Arbete" upp frågan om lojalitetskonflikter. Dessa konflikter kan uppstå på olika nivåer, exempelvis kan socialarbetarens lojalitet mot klienten kollidera med allmänhetens krav, kollegornas syn, eller politiska direktiv och föreskrifter. Enligt Gren är det oundvikligt att man inom socialt arbete

hamnar i etiska dilemman. En förutsättning för att man i detta läge ska göra ett gott arbete är att man tar uppgiften på allvar samt tydliggör och eventuellt löser problemen. Vissa dilemman går dock inte att lösa, i dessa fall är det istället viktigt att man lär sig hantera dem.

Gren menar vidare att socialarbetarens primära lojalitet skall ligga hos klienten eller patienten. Detta som en logisk följd av lagens formulering och den humanistiska människosynens anda. Detta etiska grundval är en förutsättning för att värden som demokrati och respekt skall förverkligas.

4. Metod och urval

I detta kapitel presenteras uppsatsens val av metod samt urval av intervjupersoner för datainsamling. En beskrivande genomgång av metoden samt dess för- och nackdelar görs, följt av en urvalsredogörelse.

4.1 Val av metod

Till varje uppsats behövs data i någon form. För att få tag på denna information finns olika redskap och sätt för att lösa problem och komma fram till ny kunskap. Allt som kan leda fram till detta är en metod. Detta innebär dock inte att alla metoder är lika bra eller hållbara; vissa kriterier eller grundkrav måste vara uppfyllda för att metoden ska vara användbar vid samhällsvetenskaplig forskning. Bland annat måste det finnas en överensstämmelse med den verklighet som undersöks, man måste göra ett systematiskt urval av informationen, och resultaten ska presenteras på ett sådant sätt att andra kan kontrollera och undersöka hållbarheten (Holme & Solvang, 1997).

Inom samhällsvetenskapen brukar det skiljas på två olika metodiska tillvägagångssätt: kvalitativa samt kvantitativa. Vilken metod som ska väljas att användas bör ha sin utgångspunkt i den frågeställning som önskas undersökas (a.a.). Jan Trost (2005) beskriver väldigt förenklat skillnaden mellan de två olika metoderna genom att använda sig av en metafor. Vid en undersökning av blommor på en äng kan en kvantitativ metod nyttjas för att få reda på hur många blommor av skilda slag som finns. Om intresset istället ligger i att få veta vilka sorter som förekommer och hur deras livsvillkor ser ut är en kvalitativ studie med syfte att nå en djupare förståelse av blommornas situation att föredra. Då fokus i denna uppsats har legat på att undersöka åsikter och tankar snarare än frekvenser och annan statistik har således en kvalitativ approach med semistrukturerade personliga intervjuer använts.

Semistrukturerade intervjuer innebär i praktiken att det vid intervjutillfället finns ett antal förutbestämda teman som skall behandlas, men att ordningsföljden på, samt utformningen av dessa, kan varieras och anpassas till den aktuella situationen (Denscombe, 2000).

De åtta intervjuerna har i alla fall utom ett skett genom ett personligt möte. Vid flertalet av dessa intervjuer användes inspelningsutrustning varpå transkribering följde. En telefonintervju utan möjlighet till inspelning utfördes varvid minnesanteckningar fördes under samtalets

gång. Vidare ville en av intervjupersonerna inte spelas in, och även här togs så noggranna och utförliga anteckningar som möjligt under intervjun. Intervjupersonerna informerades om att inspelningen enbart var till för att underlätta analysarbetet och inte skulle användas i något annat syfte eller sammanhang.

4.2 Kvalitativa metoder

Kvalitativa metoder är i sin karaktär ostrukturerade och oformaliserade. Man väljer att rikta in sig på att få en djupare förståelse av det problem man undersöker, istället för att pröva om informationen har en generell giltighet (Holme & Solvang, 1997).

Kvalitativa intervjuer har det utmärkande draget att en enkel och rak fråga ställs, varvid ett komplext och innehållsrikt svar ges. Sådana intervjuer är lämpliga att använda då man är intresserad av att försöka förstå människors sätt att resonera eller reagera, eller om man vill särskilja eller urskilja olika handlingsmönster (Trost, 2005)

4.3 Fördelar och nackdelar med metoden

Styrkan i kvalitativa studier är att de ger en helhetsbild och visar på totalsituationen, vilket möjliggör en djupare förståelse för sociala processer och sammanhang. Undersökningsmetodernas närhet innebär också en bättre uppfattning av den enskildes livssituation. Dyliga undersökningar omfattar dock sällan mer än några få personer, vilket innebär att man inte kan dra några generella slutsatser om populationen i övrigt (a.a.).

4.4 Validitet och reliabilitet

Validitet avser att det som är relevant i sammanhanget mäts, medan reliabilitet avser att mätningen sker på ett tillförlitligt sätt samt att bearbetningen av informationen sker korrekt och noggrant (Holme & Solvang, 1997). För att så långt som möjligt säkerställa denna uppsats validitet och reliabilitet utformades en intervjuguide (se bilaga) som användes vid alla intervjuer, och en noggrann objektiv och reflekterande analys av intervjupersonernas svar gjordes.

4.5 Urval

Denna uppsats har fokus på vad yrkesverksamma inom substitutionsbehandling anser om utförandet och regelverket för densamma. På grund av detta föll sig urvalet av intervjupersoner naturligt. Genom att kontakta Substitutionsmottagningen i Helsingborg och

Metadonmottagningen i Lund kom vi i kontakt med personal som på daglig basis arbetar med detta och som var intresserade av att medverka genom att bli intervjuade. Urvalet, totalt åtta personer, har således innefattat kuratorer/utredare, sjuksköterskor, provtagningsansvarig toxikolog vid mottagningen, samt en läkare i mycket hög behandlande och administrativ position. Detta diversifierade urval har gett en insyn i de varierade åsikter och tankar som finns hos de olika professionerna och människorna, och även om inga generella slutsatser kan dras är urvalet ändå så spritt som möjligt utan att gå till irrelevanta källor.

5 Analys

5.1 Uppfattningar och åsikter om underhållsbehandling

De intervjuade personerna har i stort sett liknande åsikter och tankar om de aktuella frågeställningarna, med vissa små skillnader. Dessa åsikter, känslor, erfarenheter och tankar presenteras i citatform samt analyseras under respektive kategori eller frågeställning. Analysresultaten hänvisas efter varje frågeställning därefter till relevant teori.

5.1.1 Kriterier för inskrivning

Uppsatsens första frågeställning var vad yrkesverksamma inom substitutionsprogrammen anser om reglerna eller kriterierna för att bli aktuell för behandling. Det visade sig att i princip samtliga ansåg att reglerna var rimliga. Vissa menade dock att de ibland kanske var lite otydliga men att det ändå var positivt att ha utrymme för individuella tolkningar. Återkommande i intervjuerna var bristen på resurser och behandlingsplatser. Flera respondenter uttryckte en önskan om större resurstilldelning och budget för att kunna hjälpa fler patienter.

”Socialstyrelsens regler är kanske lite luddiga, men det är en tolkningsfråga också, för det ska ju inte vara såhär inrutat utan att det står då till exempel att om man har upprepat missbruk, och det kan vara allt från två gånger till tusen, oavsett preparat, så det är ju en tolkningsfråga det och jag tror att klinikerna i Sverige tolkar det lite olika. Vissa är stenhårda och säger att det är två gånger, det är individuella tolkningar. Socialstyrelsen har gjort så att man kan bedöma individuellt så att man inte liksom håller att alla ska ut efter två för det är orimligt. Tidigare var det lite striktare regler, lite hårdare på nåt sätt. Det var svårt att komma in men lätt att komma ut. Nu är det mer lätt att komma in och svårare att komma ut. Det är bara det att det inte finns platser.”

”I princip fungerar det ganska bra. Dom har sänkt det från fyra år till två år, på fyra år kan man förstöra sig rätt mycket, jag förstår inte varför det ska vara någon skillnad på två och fyra år egentligen. Så det är positivt. Jag tycker dom fungerar bra. Problemet är inte att reglerna inte fungerar, problemet är att det inte finns platser. Att det finns liksom inte, man kan inte ta in så många personer som man vill. Sjukvården har inte möjligheter, personal och lokaler och sånt. Vi är maxade nu, det är nästan alla i Sverige. Fler platser hade inte varit fel, det finns ju behov.”

En av intervjupersonerna, i hög administrativ ställning, menade att bristen på resurser i stor utsträckning påverkar vilka patienter som får tillgång till programmet. Hade budgetförhållandet sett annorlunda ut hade antagligen också behandlingens klientel varit avpassat därefter.

”Det är vettiga regler, men man får ju vara lite pragmatisk. Helst hade vi sett att alla som behöver och har dokumenterat missbruk får hjälp, även om de inte testat andra behandlingsformer. Men det går ju inte, det är en utopi på grund av att våra resurser är så begränsade. Om vi ska ta in fler i behandling krävs ett helt nytt team.”

Ett flertal av respondenterna påpekade vikten av ett utpräglat etiskt tänkande vid bedömningar av huruvida patienter ska komma att bli aktuella för substitutionsbehandling. De menade att det är oetiskt att undanhålla patienterna från en behandlingsmetod som uppenbart fungerar. Resultaten av de mer konventionella metoderna såsom behandlingshem och samtalsterapi förefaller i sammanhanget vara förhållandevis små för den aktuella patientgruppen.

”Det är trasiga människor som kommer hit, så man måste tänka etiskt också. Behandlingen handlar inte bara om medicin utan om att få tillbaka sitt liv och sin värdighet, och då gäller det ju att man tänker på hans eller hennes bästa och använder det som bevisligen fungerar, givetvis ska det ju vara beprövat och vetenskapligt. Man kan ju inte hålla på och skicka iväg dom på behandlingshem i all evighet.”

Dessa svar stämmer väl överens med Grens (1996) teorier om var den primära lojaliteten ligger. Det är patientens situation och behov som står i centrum och styr om huruvida en patient blir inskriven, och inte politiska direktiv eller resurser. Behandlingspersonalen står ofta inför etiska problem och lojalitetsdilemman och även om hänsyn tas till arbetsgivarens eller Socialstyrelsens regler och föreskrifter är det slutligen patientens välbefinnande som tas i beaktande.

5.1.2 Regelverk för utskrivning

Intervjurespondenterna var förvånansvärt eniga i sin inställning till reglerna för utskrivning från behandlingsprogrammet. Det råder enligt våra intervjupersoner en tendens att vara väldigt återhållsamma med att exkludera patienter och man försöker i det längsta att sätta in

stödande åtgärder i syfte att ge patienten verktyg för att kunna kvarstanna i behandlingen. Vi ser ett tydligt konsekvensetiskt tänkande i deras resonemang och det är uppenbart att patientens bästa hamnar i fokus.

"Vi skriver inte ut någon i onödan, utan vi drar på det så länge som möjligt."

"Det är inte många som blir utskrivna, vissa år har vi skrivit ut 3-4 stycken. I år hitintills har vi inte skrivit ut en enda. Jag tror inte det är mer än max 2-3 per år."

När mottagningens möjligheter är uttömda och man gör bedömningen att behandlingen är kontraproduktiv samt etiskt oförsvarbar och patienten inte kan tillgodogöra sig denna vidtar man dock i undantagsfall åtgärden att exkludera honom eller henne.

"Om någon har upprepade återfall och ändå inte blir utskriven, då blir ju metadonet eller subutexet inte en behandling utan bara ännu en drog."

"När metadonet eller subutexet bara blir ett av preparaten man missbrukar, då känns det inte meningsfullt. Alltså, första tidningsartikeln där patienten dog av överdos av metadon eller överdos av subutex, den vill jag inte se.

Metadonpatient dog av överdos, nej tack. De som blir utskrivna, de håller på med sidomissbruk eller kriminalitet."

En av de intervjuade respondenterna beskriver hur exkluderingsprocessen är väldigt obehaglig, vilket tyder på stort personligt engagemang och empati.

"Lätt att komma in men svårt att bli utskriven - oerhört traumatiskt för personalen att skriva ut någon."

Flera av intervjupersonerna poängterade att patientens medverkan och engagemang i behandlingen var oerhört viktig eftersom programmet förutsätter en hög grad av motivation för att kunna tillgodogöra sig behandlingen och lyckas bibehålla ett nyktert leverne.

"Man får ju en känsla ibland, att detta är meningslöst. Han eller hon är inte mogen för detta. För det är ju ändå en livslång behandling, får man räkna med. Det kan vara så, man får räkna med det och sen har vi då dom som klarar sig utan och så mognar så pass att de kan leva ett normalt liv. Men dom flesta av våra patienter är ju så socialt avvikande när dom börjar, dom har ingen plats i samhället."

Bland de teorier som Blennberger (2005) tar upp angående strategier för att hantera de etiska dilemman man ställs inför i arbetslivet, ser vi här en koppling till teorin om obstruktion. Personalen väljer inte sällan att avvakta med utskrivning in i det längsta, vilket i vissa fall kanske inte överensstämmer med Socialstyrelsens önskemål och avsikter med föreskrifterna. Genom att eventuellt handla på ett annat sätt än det tänkta gör personalen ett etiskt ställningstagande och sätter patientens bästa i fokus. Även här är Grens (1996) teorier relevanta, då hon menar att detta beror på att personalens primära lojalitet ligger hos patienten.

5.1.3 Alternativ till substitutionsbehandling

Ytterligare en av uppsatsens frågeställningar är huruvida det finns något likvärdigt alternativ till substitutionsbehandling med Metadon och Subutex. Genomgående svarade respondenterna att de anser att behandlingen är överlägsen alla konventionella metoder vid behandling av den aktuella patientgruppen.

"Jag ser inget alternativ som är likvärdigt substitutionsbehandlingen idag, inte i Sverige eller i världen, det måste jag säga. Det vore väl om nån blev frälst, eller nån som träffar en tjej och blir kär och kommer bort från det, men i det stora hela är det svårt att hitta en ersättning som grej till det här."

Det etiska tänkandet återkommer även i detta sammanhang och det är tydligt att det hos de yrkesverksamma råder ett etiskt och empatiskt tankesätt.

"Det känns inte riktigt bra de gångerna vi måste neka nån att komma in i behandling bara på grund av att vi inte har plats. Det här funkar ju, så varför hålla på och tvinga in någon i andra behandlingar som ändå inte kommer ge ett bra resultat?"

Avslutningsvis vill vi gärna återge ett citat som vi anser är väldigt talande och beskriver personalens åsikter och tilltro till programmet som sista utväg ur ett opiatmissbruk.

”Om nu det här är sista anhalten och man inte lyckas här, vad gör man då?”

Enligt personalen har behandlingsmetoden alltså så pass goda resultat och är så effektiv, att det egentligen inte finns något alternativ till den för de individer som trots allt inte lyckas tillgodogöra sig behandlingen och vara kvar i programmet. Man efterfrågar även vidare forskning och en utveckling av behandlingsformerna för att så långt som möjligt tillgodose patientgruppens varierade behov av hjälp, stöd och vård.

Dessa åsikter har en viss grund i att personalen tagit sig an en roll eller professionsidentitet som behandlade och hjälpare som tar vid när ingen annan behandlingsmetod fungerat tillfredsställande. Enligt Blennberger (2005) innebär detta att personalen på substitutionsmottagningarna anammat vissa etiska värden och normer samt i hög grad införlivat dessa i sitt yrkesutövande. Det faktum att substitutionsbehandling av personalen anses vara överlägset har säkerligen även sin förklaring i programmets otvetydigt goda resultat. Den positiva anda som präglar personalen innebär att skadliga lojalitetskonflikter sällan uppstår, då de yrkesverksamma känner att de kan stå bakom sin behandlingsform och tro på dess goda verkan.

6. Sammanfattande slutdiskussion

När vi inledde arbetet med denna uppsats hade vi en förförståelse och uppfattning om att patienterna i substitutionsprogrammen många gånger behandlades cyniskt då det förekommit tillfällen då patienter förvägrats adekvat vård och många gånger uteslutits från livsviktig medicinsk behandling. Vår uppfattning var också att Socialstyrelsens regelverk för inskrivning samt uteslutning var väldigt strikt reglerat och i många fall rigid, ett faktum som vi befarade skulle kunna missgynna den aktuella patientgruppen. Vi hade svårt att förstå hur en patient med en allvarlig diagnos och livshotande missbruksproblematik kan förvägras vård, hjälp och stöd, särskilt med tanke på att behandlingsmetoden har väldokumenterade och otvetydigt positiva resultat. Det råder ingen tvekan om att behandling med preparaten metadon och/eller subutex är den mest effektiva och verksamma för den aktuella patientgruppen. Vid en jämförelse mellan opiatberoende patienter och exempelvis diabetiker skulle aldrig den sistnämnda patientgruppen förvägras eller uteslutas från medicinsk behandling.

Under arbetets gång och vid intervjuer samt analys av det insamlade materialet har vår uppfattning dock förändrats. Vi har genomgående mött engagerad och mycket professionell personal som tämligen utförligt förklarar sin ståndpunkt samt tolkning av socialstyrelsens föreskrifter. Patientens bästa har alltid stått i centrum, och ett genuint etiskt försvarbart tankesätt och handlade har genomsyrat verksamheten såväl hos läkare som hos kuratorer och övrig behandlande personal. Genom en inblick i verksamhetens rutiner och tankegångar insåg vi att det rådde en tämligen frikostig inskrivning av patienter i förhållande till verksamhetens budget och resurser. Vår uppfattning är att mottagningarna tenderar att skriva in fler patienter än vad resurserna egentligen tillåter samtidigt som utskrivningar förefaller vara få och sällan förekommande. Personalen sätter patienterna i första rummet, många gånger trots att vare sig budget eller utrymme tillåter detta. Dessa faktorer i kombination med det påtagliga engagemang som vi upplevt hos de respondenter som vi intervjuat, anser vi vittna om ett välutvecklat etiskt tänkande. En respondent påpekade dessutom att det ur ett etiskt perspektiv var nödvändigt att höga etiska ideal tillsammans med ett behandlingsarbete grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet utgjorde navet i verksamheten.

Inom socialt arbete är de etiska perspektiven av största vikt och patientens eller klientens bästa bör alltid komma i första rummet. Inte minst vid behandlingen av en utsatt patientgrupp

med en livshotande åkomma och påfrestad social situation är det avgörande, inte minst ur ett etiskt perspektiv att man använder sig av effektiva och välbeprövade förfaringssätt som skapats och administreras utifrån vetenskapliga metoder. Lika viktigt som regelverk och politiska beslut, är personalens tolkning av förekommande direktiv samt utförande av föreslagna behandlingsinsatser till patientgruppen. Vi fann i vårt material att våra respondenters tankegångar runt frågeställningarna i högsta grad överensstämde med våra önsknings om höga etiska ideal vid dessa för patienten livsavgörande frågor.

De aktuella medicinerna Metadon, Subutex och Suboxone är förvisso narkotikaklassade, men på grund av opiatberoendets natur krävs potenta mediciner för att komma tillrätta med problematiken. I samhället finns dessutom andra icke drogrelaterade patientgrupper som behandlas med narkotikaklassade preparat, exempelvis används den centralstimulerande medicinen Concerta vid behandling av individer med AD/HD-problematik. Vår personliga uppfattning, som överensstämmer med konsekvensetiken, är att faktumet att preparaten är narkotikaklassade inte har någon betydelse i sammanhanget. Det primära är att individen får adekvat hjälp samt att de positiva behandlingsresultaten blir bestående och långvariga.

Socialstyrelsens föreskrifter och riktlinjer är både bindande regler samt rekommendationer som i viss mån ger tolkningsfrihet, i synnerhet med avseende på utskrivning. Den behandlande läkaren har i alla patientfall möjlighet att genomföra nödvändiga justeringar för att på så sätt optimera behandlingen. Det kan handla om att förkorta intervallen mellan de obligatoriska urinproven, eller som en sista åtgärd, utesluta patienten från behandling. Vår uppfattning är att respondenterna genomgående är mycket frikostiga med chanser för problematiska patienter med sidomissbruk. Sammantaget så har intervjupersonerna genomgående, oavsett tjänst och befattning, en förvånansvärt enhetlig inställning till exkluderingsproblematiken. Flera respondenter beskriver också att de upplever en likartad frustration inför att behöva ta ett sådant beslut. Detta då personalen vet att extremt få patienter kommer att lyckas sluta använda droger på egen hand. Behandlingspersonalen har hellre överseende med snedsteg en gång extra än exkluderar en patient i förtid eftersom de positiva konsekvenserna överväger i sammanhanget. Vår uppfattning är att personalen endast exkluderar den minoritet av patienterna som, trots adekvata stödinsatser, på intet sätt kan tillgodogöra sig sin behandling. Detta faktum, att patienter faktiskt exkluderas från behandling, anser vi vara etiskt försvarbart under förutsättning att alla tänkbara möjligheter inom programmets ramar är prövade och uttömda. Då substitutionsprogrammen har

begränsade möjligheter att ta mot patienter för behandling, kan det dessutom anses vara oetiskt att värdefulla behandlingsplatser upptas av misskötsamma patienter. Flera respondenter har uttryckt att behandlingsinsatsen tenderar att vara lyckosam först när patienten själv är mogen för den. Det krävs ett utpräglat engagemang samt en önskan om ett nyktert leverne från patienternas sida för att substitutionsbehandlingsmodellen skall vara lyckosam och vår uppfattning är att engagerade patienter blir kvar i behandlingen. I de fall där patienten inte är genuint intresserad av ett nyktert leverne och hänger sig åt sidomissbruk är det direkt kontraproduktivt eller till och med livsfarligt att förse denne med en ytterligare substans i form av Metadon eller Subutex att missbruka. Patienten får i dessa fall avbryta behandlingen och överförs till socialtjänstens insatser, och i vissa fall behåller den före detta patienten en viss kontakt med substitutionsmottagningens personal.

Beträffande problematiken med vilka individer som skall bli aktuella för substitutionsbehandling förefaller inställningen även här att vara likartad hos berörd personal. Genomgående beskriver respondenterna att Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:8) är fullt adekvata i sammanhanget. Med andra ord finns det inte någon anledning att vare sig skärpa eller lätta på föreskrifterna för inskrivning. Flera respondenter har i sammanhanget påpekat att behandlingen med Metadon och Subutex i många fall är livslång, och att man därför bör vara förhållandevis restriktiv med inskrivningen av framför allt unga individer till substitutionsprogrammen. Uppfattningen hos majoriteten av våra respondenter är att individen skall ha ett förhållandevis avancerat opiatmissbruk innan substitutionsbehandling bör sättas in som en åtgärd. Socialstyrelsens föreskrifter ger behandlande personal ett generöst utrymme för individuella undantag och tolkningar. Ett exempel på ett sådant undantag är möjligheterna att frångå den generella åldersgränsen på 20 år som gäller för att kvalificera sig till programmen. Även detta resonemang menar vi återigen vittnar om ett välbalanserat etiskt tänkande i kombination med en önskan från personalens sida att komma till rätta med patientens missbruksbild. Förhoppningsvis gör behandlande läkare en adekvat bedömning med patientens bästa för ögonen.

Socialstyrelsens föreskrifter är utformade på ett sådant sätt att behandlande läkare och annan personal på landets substitutionsmottagningar måste tolka och implementera dessa tolkningar på ett sådant sätt så att slutresultatet blir till gagn för den enskilde patienten. En adekvat och rättvis tolkning kräver att all behandlande personal genomsyras av ett högvärdigt etiskt tänkande och resonemang.

7. Källförteckning

7.1 Litteratur

American Psychiatric Association (2004). *DSM-IV TR*. American Psychiatric Association.

Blennberger, Erik (2005). *Etik i socialpolitik och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Collste, Göran (1996). *Inledning till etiken*. Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, Martyn (2000). *Forskningshandboken: för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Gren, Jenny (1996). *Etik i socialt arbete*. Stockholm: Liber utbildning.

Helsingborgs Lasarett (2007). *Information om underhållsbehandling med Metadon eller Subutex*. Helsingborg: Helsingborgs Lasarett.

Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn (1997). *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2005). *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och kultur.

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

Socialstyrelsen (1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (Svensk version av ICD-10)*.

Socialstyrelsen (2004). *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende*. (SOSFS 2004:8)

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

Tobutt, Clive (2003). *Att hantera alkohol- och andra drogproblem i arbetslivet: För kvalitet och säkerhet*. Sundsvall: Norra förlag.

Trost, Jan (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Tunving, Kerstin & Nordegren, Thomas (1993). *Droger A – Ö. En uppslagsbok om historia, effekter, behandling, preparatnamn, fackuttryck och drogslang*. Stockholm: Natur och kultur

Tännsjö, Torbjörn (2005). *Grundbok i normativ etik*. Stockholm: Thales.

Bilaga intervjuguide

1. Vad har du för tjänst och arbetsuppgifter?
2. På vilket sätt kommer du i kontakt med dina patienter?
3. Vad anser du om reglerna för att bli aktuell för substitutionsbehandling?
4. Vad anser du om reglerna för att få stanna kvar i substitutionsbehandlingsprogrammet?
5. Vad anser du om att vissa blir exkluderade ur substitutionsbehandlingsprogrammet?
6. Erbjuds de individer som inte längre får vara med i programmet någon annan sorts hjälp och stöd i dennes vardag utanför programmet?
7. Känner du personligen till någon exkluderad patient som ”det gått bra för” respektive ”gått sämre för”?
8. Ser du något alternativ till substitutionsbehandling med Subutex eller Metadon för ”din” aktuella patientgrupp?
9. Hur effektiv anser du att substitutionsbehandlingen är?
10. Substitutionsbehandling på begränsad tid eller för livstid?