

Lunds universitet  
Socialhögskolan  
SOL 062 ht -06

# **Underhållsbehandling**

**ur socialtjänstens perspektiv**

Författare: Kira Ljungdahl

Handledare: Dolf Tops

## **Abstract**

The aim of the study was to get a deeper understanding of how social workers at the welfare office think and act when it comes to methadone or buprenorphine treatment. What role does the welfare office take when it comes to methadone- or buprenorphine treatment, what does the welfare office think about this form of treatment, what possibilities does the welfare office have when it comes to decide the selection to this kind of treatment and what consideration does the welfare office take to the separate individuals demands when it comes to methadone- or buprenorphine treatment. The study is done in the perspective of society as a social construction. The method that was used was qualitative interviews with professionals at the welfare office and professionals at the reception of methadone- and buprenorphine treatment. The result of the study is that the attitude towards methadone- and buprenorphine treatment is complicated and the opinions are partly divided.

# Innehållsförteckning

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b> .....	<b>3</b>
<b>FÖRORD</b> .....	<b>4</b>
<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>5</b>
PROBLEMFÖRMULERING .....	5
SYFTE .....	6
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	7
NYCKELBEGREPP .....	7
METOD OCH URVAL .....	9
FORTSATT FRAMSTÄLLNING.....	12
<b>2. BAKGRUND</b> .....	<b>13</b>
SKAPANDET AV MISSBRUK SOM ETT SAMHÄLLSPROBLEM.....	13
FÖRÄNDRING AV MISSBRUKSVÅRDEN .....	14
UNDERHÅLLSBEHANDLING .....	15
SUBSTITUTIONSMOTTAGNINGEN I HELSINGBORG .....	18
IDEOLOGISKA MOTSÄTTNINGAR INOM MISSBRUKSVÅRDEN .....	18
YTTERLIGARE FORSKNINGRESULTAT .....	19
<b>3. TEORETISKA PERSPEKTIV</b> .....	<b>21</b>
SOCIALFÖRVALTNINGENS MISSBRUKSVÅRD SOM EN SOCIAL KONSTRUKTION .....	21
KUNSKAP SOM EN SOCIAL KONSTRUKTION .....	22
KRITIK MOT SOCIALKONSTRUKTIVISMEN .....	22
DET SOCIALA ARBETETS ARENA.....	22
MAKT I SOCIALT ARBETE .....	23
<b>4. ANALYS</b> .....	<b>25</b>
SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFT OM UNDERHÅLLSBEHANDLING .....	25
OM UNDERHÅLLSBEHANDLING GENERELLT OCH I MÖTET MED KLIENTEN.....	27
OM SOCIALTJÄNSTENS ROLL VID INTAG TILL UNDERHÅLLSBEHANDLING.....	28
UPPFATTNINGAR OCH ÅSIKTER OM UNDERHÅLLSBEHANDLING.....	30
UNDERHÅLLSBEHANDLING HOS ANDRA AKTÖRER ÄN SJUKVÅRDEN .....	32
<b>5. SAMMANFATTANDE SLUTDISKUSSION</b> .....	<b>34</b>
<b>KÄLLFÖRTECKNING</b> .....	<b>37</b>
LITTERATUR.....	37
BILAGA 1 INTERVJUGUIDE .....	40
BILAGA 2 INTRODUKTIONSBRÄV .....	41

## **Förord**

Jag vill börja med att rikta ett stort tack till de personer från socialtjänsten samt underhållsbehandlingen i Helsingborg som ställt upp och medverkat i intervjuer. Utan eran hjälp hade detta arbete inte kunnat genomföras.

Ett tack till min handledare, Dolf Tops, som med sin stora kunskap inom detta område har varit till stor hjälp med tips och synpunkter.

Tack mina vänner för stöd och hjälp när det har känts tungt och jag har kört fast.

Sist men inte minst vill jag tacka min familj som alltid tror på mig.

Kira Ljungdahl

# 1 Inledning

## Problemformulering

Heroin är en drog som väcker starka känslor bara man talar om den. Det finns en föreställning om att heroinmissbrukare är de värsta av alla missbrukare i vårt samhälle. Heroinmissbrukare skapar rädsla och avsky hos människor och de hamnar långt ner på listan över ovärdiga individer. Uppfattningen om heroinmissbrukare är att de lever ett oerhört hårt liv, fyllt av kriminalitet och prostitution, en ständig jakt efter pengar och droger och ett allt större socialt utanförskap som avslutas med att de flesta dör väldigt unga. Den allmänna uppfattningen är även att heroinmissbruk är oerhört svårt att bli fri från. Svensson (2005), docent i socialt arbete, menar att media har hjälpt till att sprida denna bild av heroinmissbrukare. Det finns dock flera alternativ att välja på för vård av heroinmissbruk.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) är en myndighet vars uppgift är att kritiskt granska de metoder som används i vården. År 2001 gav man ut en rapport om behandling av alkohol- och narkotikaproblem där man kan ta del av vetenskapligt bevisat effektiva behandlingsmetoder för missbruk och beroende av alkohol och narkotika. I rapporten kommer man fram till att psykosociala behandlingsmetoder av beteendeterapeutisk modell i kombination med metadon har positiv effekt vid behandling av heroinmissbruk. Vidare dras slutsatsen att det framgångsrikt går att behandla heroinabstinens med metadon samt att metadonbehandling leder till bättre medverkan i behandlingsprogram. När det gäller behandling med Subutex kan man se positiva resultat liknande de vid behandling av metadon. Vidare visar utvärderingen att man framgångsrikt kan behandla heroinabstinens med metadon och subutex samt att dessa preparat även har gett positiva resultat vid långtidsbehandling. Metadon och subutex har även visat sig vara positiva för att få bättre medverkan i behandlingsprogram. Däremot har man i utredningen inte kunnat hitta några vetenskapliga bevis för att de ospecifika stödjande behandlingar som ofta används inom svensk missbruksvård har någon positiv effekt (Berglund m fl, 2001).

Enligt Bengt Svensson (2005), docent i socialt arbete, finns det klara indikationer på att det finns ett motstånd inom socialtjänsten till att inte vilja medverka till att heroinmissbrukare får underhållsbehandling. Detta motstånd skall ha både ekonomiska och ideologiska orsaker. Johnson (2005), filosofie doktor i statsvetenskap och forskare med inriktning mot

narkotikapolitik, menar att det inom socialtjänsten lever kvar gamla uppfattningar och värderingar som påverkar vilken vård de heroinmissbrukande får tillgång till.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, SOSFS 2004:8, står det att hälso- och sjukvården ska samarbeta med socialtjänsten vid läkemedelsassisterad underhållsbehandling (vidare används endast benämningen underhållsbehandling) av heroinmissbruk. Samarbetet skall leda till att man vid behandling får en helhetssyn på den enskilda individens missbruk, hälsotillstånd samt sociala situation. En vårdplan skall upprättas i samarbete med patienten, beroendevården och socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2004). I Helsingborg innebär detta samarbete att de som får underhållsbehandling ska ha en fast kontakt med en socialekreterare under hela den tid underhållsbehandlingen pågår. Sjukvårdens underhållsbehandling består av en kombination av medicinsk och psykosocial behandling. Den psykosociala behandlingen består av ett obligatoriskt behandlingsprogram baserat på kognitiv beteendeterapi (Helsingborgs Lasarett, 2006).

Med tanke på den debatt man emellanåt ser i media skulle man kunna dra slutsatsen att underhållsbehandling borde vara det enda tänkbara behandlingsalternativet vid heroinmissbruk. Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2004:8 står det dock att underhållsbehandling inte får påbörjas om annan behandling anses tillräcklig (Socialstyrelsen, 2004). Senast den 23 oktober 2006 visade svensk television programmet *Faktum*, där socialtjänsten blev ifrågasatt om varför enskilda individer hade nekats denna form av vård. Man tog även upp det faktum att det är socialekreteraren i det enskilda ärendet som har makten att avgöra vilken form av behandling som är aktuell. Även Torkel Richert (2005), socionom, har i en undersökning sett att heroinmissbrukarna själva upplever att det är socialekreterarna som i stor utsträckning har makt att avgöra vilken behandling som anses lämplig.

Det här leder mig till frågan hur socialtjänsten ser på underhållsbehandling?

## **Syfte**

Syftet med denna uppsats är att se hur missbrukshandläggare inom socialtjänsten förhåller sig till underhållsbehandling av heroinmissbrukare.

## Frågeställningar

De frågor jag kommer att utgå ifrån är följande:

- Vilken är socialtjänstens roll när det gäller underhållsbehandling?
- Vad anser handläggare inom socialtjänsten om underhållsbehandling?
- Vilka möjligheter har socialtjänsten att påverka klienters deltagande i underhållsbehandling?
- Hur förhåller sig handläggare till individens önskemål om underhållsbehandling?

## Nyckelbegrepp

### Opiumpreparat

Opium, morfin, morfinbas samt kodein är naturliga preparat som framställs av opiumvallmo (Johnson, 2005). Opium har använts som läkemedel i över 5000 år och har varit ett universalmedel från den antika medicinen fram till vår tid. Opium har använts mot så skilda saker som diarré, hosta, ormbett, epilepsi, urinvägsbesvär samt som lugnande och smärtstillande medel (Tunving & Nordegren, 1993). I början på 1900-talet började opiummissbruk ses som ett moraliskt och socialt problem och år 1912 enades 34 nationer genom Opiumkonventionen i Haag om att förbjuda all icke-medicinsk användning av opiater (Svensson, 2005).

### Heroin

År 1874 lyckades den brittiske kemisten C.R. Alder Wright att framställa heroin, som är en halvsyntetisk vidareförädling av morfin. Heroin består av en blandning av morfin och acetylsyreacetat (Svensson, 2005). Heroin lanserades ursprungligen som ett ersättningsmedel för morfin att användas inom sjukvården. Läkemedelsföretaget Bayer, som lanserade heroinet, menade att heroin var effektivare än morfin och dessutom inte beroendeframkallande. Senare forskning visade dock att heroin var minst lika beroendeframkallande som morfin (Tunving & Nordegren 1993).

## **Metadon och subutex**

Metadon är ett helsyntetiskt framställt opiat och i likhet med morfin och heroin är det ett narkotiskt preparat som verkar smärtlindrande, ångstdämpande och rogivande (Johnson, 2005). Metadon kan både injiceras och intas via munnen (peroralt). Vid underhållsbehandling blandas metadonet med juice eller liknande och dosen intas dagligen. Då metadon intas peroralt ger det en långsammare effekt och ger ingen kick. Vid samtidigt intag av heroin eller liknande blockerar metadonet effekten av dessa preparat (Tunving & Nordegren, 1993). Metadon kan överdoseras vid användning under mindre kontrollerade former. Preparatet har även en del biverkningar samt kan ge de som använder det en känsla av avtrubning (Johnson, 2005).

Det verkningsfulla ämnet i Subutex är buprenorfin. Subutex används i likhet med metadon vid underhållsbehandling av heroinmissbrukare (Johnson, 2005). Subutex intas i tablettform som skall lösas under tungan. Effekten uteblir om tabletten sväljes hel (Helsingborgs Lasarett, 2006). Buprenorfin är inte lika beroendeframkallande som metadon och är dessutom i stort sett omöjligt att överdosera. Preparatet blockerar inte drogsug lika effektivt som metadon. Buprenorfin kan i likhet med metadon missbrukas (Johnson, 2005).

## **Missbruk**

Enligt en svensk narkomanvårdskommitté har narkotikamissbruk definierats som ”allt icke-medicinskt bruk av narkotika.” (Tunving & Nordegren, 1993). Denna definition omfattar både de som använder narkotika vid enstaka tillfällen till de som har ett mer allvarligt missbruk. Då målgruppen i detta arbete är tunga heroinmissbrukare är därför en definition gjord av UNO, Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, lämpligare. ”Med tungt narkotikamissbruk avses allt injektionsmissbruk, oavsett medel, och all daglig eller nästan daglig användning av narkotika, oavsett intagningsätt.” (Johansson & Wirbing, 2005).

## **Klient/Patient**

Klient används som en benämning på de hjälpsökande inom den sociala omsorgen. Patient används som benämning av de individer som står under läkarbehandling (Malmström, Györki & Sjögren, 2002). Då avsikten med detta arbete främst är att se till den verksamhet som bedrivs av socialtjänsten kommer till största delen ordet klient att användas om de hjälpsökande. Då även personal från sjukvården har intervjuats kommer dock vid några tillfällen även ordet patient att användas.



## **Metod och urval**

### **Val av metod**

Metoden är det tillvägagångssätt man använder vid insamlandet av information, hur man tänker göra för att få svar på de frågor man har. Man brukar skilja mellan två olika sätt att samla information, kvantitativ och kvalitativ metod. För att förklara innebörden av dessa olika metoder brukar man ställa dem i motsatsförhållande till varandra. I den kvantitativa metoden beskriver man den insamlade informationen med hjälp av siffror och statistik. Den kvantitativa metoden används med fördel om man vill svara på frågor som hur många, hur ofta, hur vanlig osv. Vid insamlandet är det av stor vikt att forskaren inte påverkar det som undersöks utan observerar på avstånd (Holme & Solvang, 1997). Det material som samlas in skall vara objektivt och inte innehålla subjektiva upplevelser. Exempel på kvantitativa metoder är empiriska observationer, experiment och insamling av statistik (Starrin & Svensson, 1994). Med hjälp av kvalitativa metoder får man en djupare förståelse av det man har för avsikt att undersöka. Subjektiva händelser som känslor och upplevelser som är svåra att mäta med kvantitativa metoder står i fokus i den kvalitativa undersökningen (Holme & Solvang, 1997).

Då avsikten med denna undersökning är att få en djupare förståelse för handläggarnas inställning till underhållsbehandling har en kvalitativ metod i form av intervjuer använts. Kvalitativa intervjuer kan ha olika grad av strukturering. För att ge intervjupersonerna frihet och möjlighet att utveckla egna tankar och idéer användes semistrukturerade intervjuer. Enligt Denscombe (2000) innebär detta att intervjuguiden består av ett antal tema som ska avhandlas. Ordningföljden på de tema som ingår kan variera och intervjuaren har möjlighet att anpassa frågeformuleringarna utifrån det pågående samtalet. Den intervjuguide som användes återfinns som bilaga 1. Intervjuerna har spelats in på band och sedan skrivits ut i sin helhet. Två intervjuer har p.g.a. tekniska problem inte spelats in, varför en sammanfattning av dessa intervjuer har antecknats i snar anslutning till intervjuernas genomförande.

### **Fördelar och nackdelar med den kvalitativa metoden**

Fördelar med den kvalitativa metoden är att den kan hjälpa till att ge en helhetsbild och skapa förståelse för enskilda individers uppfattning om det som undersöks. Nackdelen är att då

endast ett fåtal personer studeras är det svårt att dra några generella slutsatser utifrån resultatet. Holme och Solvang (1997) tar även upp det faktum att forskaren måste vara flexibel för nya infallsvinklar och perspektiv. Fördelen med detta är att det hela tiden kan leda till nya insikter och en bredare uppfattning om förhållandena kring det undersökta problemet. Detta kan även uppfattas som en svaghet, då flexibiliteten kan få som resultat att det kan bli svårt att göra jämförelser i de olika intervjupersonernas berättelser om de fokuserat på olika delar av det undersökta området.

### **Validitet**

Validitet uppges svara på frågan om huruvida man mäter det man har för avsikt att mäta (Kvale, 1997). Holme & Solvang (1997) menar att möjligheterna att få fram giltig information med hjälp av en kvalitativ metod är relativt stor. Anledningen till detta är att kvalitativa intervjuer ger en närhet till det man vill undersöka vilket ger möjlighet att styra intervjuerna så att man får den information man avser att samla in. Detta är dock inte problemfritt och det kan diskuteras i vilken grad den som utför intervjuerna ska inta en aktiv eller passiv roll för att resultatet ska anses ha god validitet. Intervjuguiden till denna undersökning tar upp mer allmänna frågor om vård till heroinmissbrukare. Introduktionsbrevet informerar om att underhållsbehandling är en del av det område som är intressant för undersökningen. Under intervjuerna med missbrukshandläggarna kom samtalen naturligt att omfatta underhållsbehandling som en del av den vård som finns att tillgå för heroinmissbrukare och följdfrågor ställdes kring detta. Under samtal med Substitutionsmottagningen informerades om att avsikten med intervjun var att belysa socialtjänstens inställning till underhållsbehandling. Vid enstaka tillfällen styrdes samtalet för att omfatta socialtjänstens medverkan i arbetet. Vid intervjun med den chef som ingick bland intervjupersonerna avhandlades mer generella riktlinjer för socialtjänstens missbruksvård i Helsingborg. Som helhet användes en relativt passiv roll vid insamlandet av information. Vid bearbetning av det insamlade materialet har stor vikt lagts på att bedöma och ta hänsyn dess aspekter och validiteten i detta arbete bedöms vara god.

### **Reliabilitet**

Vid genomförandet av ett forskningsprojekt är det av intresse att svara på frågan hur stor reliabilitet arbetet har. Reliabilitet svarar på frågan om undersökningen har gjorts på ett tillförlitligt sätt samt i vilken utsträckning informationen är pålitlig. Går det i en annan oberoende studie komma fram till samma resultat? Då syftet med den kvalitativa metoden är

att få en djupare förståelse för vissa faktorer har reliabiliteten inte samma centrala plats som den har i en kvantitativ studie (Holme & Solvang, 1997). Detta har sin grund i att resultatet av den kvalitativa metoden är beroende av det samspel som uppstår mellan den intervjuade och den som utför intervjun. Detta samspel går inte att återskapa även om samma intervjuguide används och samma frågor ställs.

Något som påverkar informationens pålitlighet är i vilken utsträckning frågorna som ställts har varit ledande. Frågornas formulering påverkar och formar svarets innehåll (Kvale, 1997). För att undvika att påverka intervjupersonernas svar har öppna frågor i så stor utsträckning som möjligt använts. Intervjupersonerna har på så vis själva fått utrymme att välja vad och på vilket sätt de vill svara. Samtalen har spelats in på band vilket gör det möjligt att i efterhand kunna se huruvida svaren kan ha påverkats av frågornas utformning. Även faktorer som kön, ålder, personlighet, upplevda förväntningar och liknande kan påverka svaren men är svåra att kringgå och svåra att bedöma effekten av. Ytterligare en faktor som påverkar reliabiliteten är att intervjuerna bokades genom kontakt med en handläggare på Vuxenbasen i Helsingborg som i sin tur förmedlade kontakt med de övriga intervjupersonerna från den arbetsplatsen. Med utgångspunkt i vad som framkom under intervjuerna kan detta faktum inte anses ha påverkat resultaten nämnvärt. Slutsatsen av allt detta är dock att reliabiliteten i denna undersökning är låg.

## **Urval**

Undersökningen genomfördes i Helsingborgs kommun där kontakt togs med handläggare på Vuxenbasen i Helsingborg. Denna handläggare ställde upp på en intervju samt förmedlade kontakt med ytterligare tre handläggare. Efter förslag från Vuxenbasens handläggare kontaktades även Substitutionsmottagningen, som är sjukvårdens inrättning för underhållsbehandling i Helsingborg. För att få så stor bredd som möjligt intervjuades även en chef inom socialtjänsten. Mitt urval har därmed varit vad Holme och Solvang (1997) beskriver ett icke slumpmässigt urval. Totalt intervjuades sju personer under sammanlagt sex intervjutillfällen. Vid intervju med Substitutionsmottagningen genomfördes en intervju med två personer samtidigt. Varje intervju varade ca. 50 – 60 minuter. De fyra handläggarna på Vuxenbasen bestod av två män och två kvinnor med varierande tid som missbrukshandläggare, från tre till sjutton år. Den chef som ingick bland intervjupersonerna hade arbetat inom socialtjänsten i många år, tidigare bl.a. som missbrukshandläggare. Från

Substitutionsmottagningen intervjuades en sjukskötare samt en läkarsekreterare som har god insyn i utredningsförfarandet.

### **Etiska överväganden**

Holme och Solvang (1997) uppger att krav på anonymitet, konfidentialitet och tystnadsplikt måste uppfyllas inom samhällsvetenskaplig forskning. Vidare ska medverkan i en undersökning vara frivillig. Innan intervjuernas genomförande fick intervjupersonerna ta del av ett introduktionsbrev som innehöll uppgifter av etisk karaktär. Detta brev kan ses i helhet som bilaga 2. Intervjupersonernas medverkan har varit frivillig och de intervjuade har haft möjlighet att avbryta intervjun om de så önskade. Intervjupersonerna har fått information om att det insamlade materialet enbart kommer att användas i detta arbete och att materialet kommer att behandlas strängt konfidentiellt. Alla intervjupersoner har godkänt att intervjuerna har spelats in på band. Både band och utskrifter har förvarats på så vis att ingen utomstående haft tillgång till dessa. I arbetet har intervjupersonerna avidentifierats.

### **Fortsatt framställning**

Som avslutning till denna del återges en kort överblick över kommande delar. I kapitel två återges en bild av hur missbruk har formats till ett samhällsproblem, vilka motsättningar som spelat in samt hur detta har påverkat dagens narkomanvård. I kapitel tre följer en redogörelse för vilka teoretiska perspektiv som valts ut för att tolka och förstå det material som samlats in. I kapitel fyra analyseras det insamlade materialet och kapitel fem innehåller en avslutande diskussion.

## 2. Bakgrund

### Skapandet av missbruk som ett samhällsproblem

Först på 1960-talet började användandet av narkotika att uppfattas som ett problem i samhället. Tidigare hade missbruksproblem setts som ett individuellt problem som fick lösas av individen och genom kontakt med sjukvården (Johnson, 2005). Det som främst uppmärksammades var den ökande konsumtionen av sömnmedel och centralstimulerande medel som i Sverige kallades fenoprominpreparat. Uppgifter om överdoser, andra dödsorsaker med anledning av intag av tabletter och allvarliga skador till följd av läkemedelsmissbruket rapporterades (Lindgren, 1993). Med anledning av detta skärpte Medicinalstyrelsen reglerna kring läkarnas möjligheter att skriva ut recept. Detta fick som resultat att en svart marknad för läkemedel skapades som i sin tur uppmärksammades av rättsliga och polisiära instanser (Johnson, 2005, Tops, 2000). Brott som receptförfalskning, stöld av narkotika från apotek och langning blev till slut så många att en särskild narkotikaåklagare utsågs i Stockholm (Lindgren, 1993). En annan tendens som uppmärksammades under den här tiden var att olika subkulturella grupper som kriminella, prostituerade och grupperingar av ungdomar användande opiater och amfetamin. Även ett nytt sätt att inta droger introducerades bland dessa grupper. De krossade tabletter, blandade det med vätska och injicerade lösningen. Denna form av narkotikaintag väckte mycket upprörda känslor (Lindgren, 1993). Under den senare delen av 1960-talet var skapandet av narkotikamissbruk som ett samhällsproblem definitivt etablerat. Flera aktörer och intresseorganisationer hade bildats kring detta nya samhällsproblem. Föräldraföreningen mot narkotika, FMN, och Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle, RNS, var några av dessa. Alla aktörer var överens om att narkotikafrågan var viktig och att samhället borde ägna tid och kraft på att uppmärksamma frågan. Oenigheten som fanns låg i om problemet skulle betraktas som ett rättsligt eller socialpolitiskt problem (Johnson, 2005).

I mitten av 1960-talet började dock andra synsätt på problemet att dyka upp i debatten. Socialläkare menade att jakten på missbrukarna tvingade dem att bli kriminella vilket i sin tur ledde till att det blev svårare att bryta missbruket. Läkarna menade att missbruket i stället borde betraktas som en sjukdom. År 1965 bildades Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare, RFHL, som menade att de sjuka borde erbjudas vård istället för att förföljas. Som ett resultat av detta synsätt godkände Medicinalstyrelsen ett försök, under ledning av Sven-Erik Åhström, med legalföreskrivning av narkotika till narkomaner. Detta

försök, som blev utsatt för massiv kritik, pågick endast under två år (Johnson, 2005). Försöket med legalförskrivning av narkotika har med tiden blivit ansett som ett varnade exempel för vad som kan hända om man inte arbetar med total drogfrihet som mål. Sveriges restriktiva narkotikapolitik försvaras med att en liberalare narkotikapolitik ovillkorligen skulle leda till katastrofala följder (Tops, 2000). Det råder delade meningar om vilka resultat försöket med legalförskrivning av narkotika fick och Johnson (2005) menar att det inte går att dra några välgrundade vetenskapliga slutsatser av försöket. Även storleken på drogmissbrukets omfattning under den här perioden kan dock diskuteras och olika uppgifter om dess omfattning spreds. Den narkotikapolitiska utformning som senare gjordes kan därför inte ses som en logisk följd vare sig av en omfattande missbruksproblematik eller som resultat av legalförskrivningsförsöket. Istället bör narkotikapolitiken ses som ett resultat av flera aktörers beskrivning av problemet utifrån olika ideologiska och professionella intressen (Lindgren, 1993).

År 1965 tillsattes Narkomanvårdskommittén med uppgift att undersöka narkotikamissbruket. Sammanlagt presenterade kommittén fyra betänkanden där man kom fram till att det var av stor vikt att omgående starta uppbyggnaden av ett omfattande program för att bekämpa narkotikamissbruket. Förslaget var att detta program skulle bestå av tre delar, kontroll, prevention och vård. Utifrån kommitténs arbete tog riksdagen senare ett beslut som lade grunden för all framtida narkotikapolitik i Sverige (Lindgren, 1993).

Under 1960- och 70-talen fokuserades kontrollpolitiken främst på narkotikahandeln. På 1980-talet flyttades fokus till att även inriktas på individen. De kontrollpolitiska åtgärderna mot de enskilda missbrukarna skärptes med motiveringen att narkotikan måste hejdas i missbrukarleden. År 1982 trädde två nya lagar i kraft som påverkar vården av missbrukare, Lagen om vård av unga, LVU, och Lagen om vård av missbrukare, LVM (Johnson, 2005).

## **Förändring av missbruksvården**

I slutet på 1960-talet bestod narkomanvården främst av medicinsk akutvård för individer som överdoserat samt öppna och slutna psykiatriavdelningar (Johnson, 2005). Som en del av den nya narkotikapolitiken omformades vården för narkotikamissbrukare. Vården skulle bestå i uppsökande verksamhet, öppen- och slutenvård samt eftervård. Då sociologiska och socialpsykologiska förklaringsmodeller till missbrukandets orsaker fick stor framgång i

problembeskrivningen under 1950- och 60-talen till förmån för andra förklaringsmodeller fick de sociala myndigheterna en stärkt ställning i vården av missbrukarna. Nya former av behandlingshem skulle byggas upp, finansierade genom statsbidrag. Samhällen med miljöterapeutiskt synsätt började därför att byggas upp med utgångspunkt från teorier om att missbruk är symptom orsakat av bakomliggande psykologiska och sociala problem. Ansvaret för förebyggande arbetet åtgärder och dessa nya typer av vårdinsatser lades på socialvårdsmyndigheten som därmed blev en viktigare instans än sjukvårdsmyndigheten inom narkotikaområdet. Det överordnade ledningsansvaret lades på Socialstyrelsen (Lindgren, 1993). I början av 1970-talet började därför en tydlig och från sjukvården självständig narkomanvård att byggas upp. Vården flyttades från de psykiatriska sjukhusen till behandlingshem, öppenvårdsmottagningar och rådgivningsbyråer. Socialarbetare, psykologer och andra beteendevetare började ta över en del av läkarkårens fält (Johnson, 2005).

## **Underhållsbehandling**

Under andra världskriget var Tysklands tillgång till opiummarknaden avskuren. Samtidigt fanns ett stort behov av smärtstillande medel åt sina sårade soldater. Tyska forskare uppfann metadon, som är ett helsyntetiskt framställt opiat vars egenskaper liknar morfin och heroin. Metadon är följaktligen ett narkotiskt preparat som verkar smärtlindrande, ångstdämpande och rogivande (Johnson, 2005). År 1965 presenterade de amerikanska forskarna Vincent Dole och Marie Nyswander den första rapporten i sitt slag som beskrev metadonbehandling av heroinmissbrukare (Tunving & Nordegren, 1993). Dole och Nyswanders rapport visade att långtidsbehandling med metadon fick som resultat att de behandlade inte längre hade något begär efter heroin och om de ändå använde heroin fick de inte länge någon kick (Johnson, 2005). Senare forskning om kroppsegna endorfiner och hjärnans morfinreceptorer har hjälpt till att bättre förstå metadonets positiva effekter (Tunving & Nordegren, 1993). Den som introducerade metadonbehandlingen i Sverige var Lars Gunne, professor i psykiatri vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Gunne kom i kontakt med Dole och Nyswanders behandlingsprogram vid ett besök i USA och startade 1966 en försöksverksamhet vid Ulleråker, för metadonbehandling ad modum Dole-Nyswander, vilket innebar att man använde sig av samma intagningskriterier som Dole och Nyswander (Johnson, 2005).

Dessa kriterier var:

- Valfrihet, att patienten inte var häktad, arresterad eller väntade ett fängelsestraff

- Ett minst fyraårigt dokumenterat missbruk
- Minst tre tidigare försök att bryta missbruket genom drogfri vård
- Individen måste vara över 20 år
- Ej ha ett samtidigt missbruk av andra droger
- ha ett aktivt heroinmissbruk (Socialstyrelsen, 1987).

Denna verksamhet väckte från början ingen större uppmärksamhet och hade få patienter. En av anledningarna till detta var att opiatmissbruket i Sverige vid den tiden inte var speciellt utbrett. Antalet opiatmissbrukare uppskattades till ca tvåhundra individer och dessa bestod främst av relativt högtbildade individer utan någon övrig social problematik (Johnson, 2005).

År 1971 tillsatte Socialstyrelsen en arbetsgrupp vars arbetsuppgift var att se över föreskrivningen av opiater. Missbruket av morfinbas hade ökat i Sverige och man misstänkte även att metadon läckte ut genom att läkare i öppenvården skrev ut det till sina patienter. Arbetsgruppens förslag resulterade i en förordning där metadonbehandlingen begränsades till att enbart få lov att ske vid Ulleråkers forskningsklinik. På grund av den hårda kritiken och motståndet mot att ge programmet erkännande som en reguljär verksamhet gjordes ett intagningsstopp mellan 1979–1984. Beslutet om intagningsstoppet togs av Lars Gunne i ett försök att sätta press på Socialstyrelsen att godkänna metadonprogrammet som en reguljär behandlingsmetod (Johnson, 2005). Intagningsstoppet resulterade i att ungefär hälften av de som stod i kö för att komma in i programmet avled (Svensson, 2005).

Marlene Stenbacka och Anders Romelsjö har gjort en utvärdering av de svenska metadonprogrammen från starten till år 1993. Deras resultat visar att metadonbehandling medför en markant minskning av kriminalitet, sjukhusvård och dödlighet samt en klart förbättrad livssituation för många patienter (Svensson, 2005). Forskarna på Ulleråker genomförde även en kontrollerad studie av två grupper av heroinister, där den ena gruppen fick underhållsbehandling och den andra gruppen var hänvisad till den övriga narkomanvårdens utbud. Underhållsbehandlingens resultat var klart överlägset (Svensson, 2005). I början på 1980-talet gjorde Socialstyrelsen en utvärdering av underhållsbehandlingen. Enligt utvärderingen resulterade programmet troligen till en kraftigt minskad dödlighet bland de behandlade. Troligen resulterade det även i förbättring avseende arbete, studier och kriminalitet men att detta var något mer osäkert p.g.a. metodproblem. År



1983 utkom Socialstyrelsen med en föreskrift där försöksverksamheten vid Ulleråker omvandlades till en reguljär behandlingsmetod baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Nyintag till behandlingen begränsades dock även fortsättningsvis till Ulleråker med möjlighet till senare överflyttning till en öppenvårdsmottagning i Stockholm. Det infördes även en begränsning i form av ett tak på 150 personer som det högsta antalet patienter som fick ingå i behandlingen (Johnson, 2005).

Med anledning av spridningen av HIV och aids bland de intravenösa missbrukarna hade Socialstyrelsens granskning av programmet 1987 omfattat en diskussion om metadonprogrammets verksamhet som ett medel i bekämpningen av HIV (Socialstyrelsen, 1987). Denna utvärdering resulterade 1988 i nya riktlinjer från Socialstyrelsen. Man slog fast att de tidigare intagningskriterierna fortfarande skulle gälla. Hiv-smittan skulle bekämpas genom satsningar på den drogfria vården men av humanitära skäl kunde man i vissa speciellt ömmande fall ta in heroinmissbrukare som smittats av HIV och aids. Detta fick dock bara ske om intagningskriterierna var uppfyllda (Svefors & Thomsen, 2005). Underhållsbehandlingens verksamhet utökades genom att en öppenvårdsmottagning för patienter som ingick i metadonprogrammet som öppnats 1983 i Stockholm omvandlades till ett andra underhållsprogram med rätt att själva ta in patienter istället för att som tidigare enbart ta över Ulleråker patienter. Taket för hur många patienter som fick delta i behandling höjdes från 150 till 300 (Johnson, 2005). I senare föreskrifter från Socialstyrelsen har verksamheten utökats ett flertal gånger, ytterligare behandlingsenheter har öppnats, först en i Malmö och senare en i Lund och patienttaket har höjts. Vidare har socialtjänsten fått en större delaktighet genom samarbete vid vårdplanering och uppföljning (Svefors och Thomsen, 2005).

År 1999 godkände Läkemedelsverket ett nytt läkemedel för behandling av heroinmissbrukare, nämligen Subutex. Till skillnad från metadon har Subutex inte varit omgärdat av ett restriktivt regelverk vilket har inneburit att alla legitimerade läkare har haft möjlighet att skriva ut Subutex. Andra länder, främst Frankrike och Finland, har haft problem med Subutex i form av missbruk av substansen samt läckage till den svarta marknaden (Svensson, 2005). Krav har höjts om att Subutex, i likhet med metadon, ska omgärdas av ett restriktivt regelverk. Sedan 2004 omfattas både metadon och subutex genom Socialstyrelsens föreskrift Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende SOSFS 2004:8. I Socialstyrelsens (2004) föreskrift togs kvarvarande begränsningar bort gällande antal behandlingsenheter och antal medverkande patienter vid metadonbehandling. Krav finns dock

om att behandlingsinrättningen måste söka tillstånd hos Socialstyrelsen samt ha en läkare inom psykiatri knuten till sig. Intagningskriterierna har förändrats på så vis att det numera finns undantag från åldersgränsen på 20 år. Kravet på ett dokumenterat opiatmissbruk har sänkts från fyra till två år. Kravet om blandmissbruk har omformulerats till att underhållsbehandling inte får ske om patienten samtidigt intar andra droger i sådan utsträckning att det innebär en oacceptabel medicins risk. Kravet om minst tre tidigare drogfria behandlingar är borttaget, istället finns en regel som säger att underhållsbehandling inte får påbörjas om annan behandling anses tillräcklig. Vid uteslutning från programmet får patienten inte antas på nytt förrän tidigast om sex månader. Vården kan avslutas genom planerad avveckling eller genom uteslutning från programmet.

### **Substitutionsmottagningen i Helsingborg**

Substitutionsmottagningens verksamhet startade år 2000, som en filial till metadonprogrammet i Lund. År 2003 blev mottagningen i Helsingborg en egen verksamhet med Nordvästra Skånes sjukvårdsdistrikt som upptagningsområde. Verksamheten bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och erbjuder behandling med hjälp av metadon eller subutex. Behandlingen omfattar även ett obligatoriskt motivationsprogram som bygger på kognitiv beteendeterapi. Detta program består av åtta strukturerade motivationssamtal som innehåller samtal om förändring, motivation, återfallsprevention, fritidsplanering, stresshantering m.m. Ytterligare program med kognitiv beteendeterapi samt akupunktur finns att få om patienten själv önskar. Vid behov kan även samtalskontakt med legitimerad psykolog erbjudas om individen har behov av en djupare känslomässig bearbetning av tidigare och/eller nuvarande upplevelser (Helsingborgs Lasarett, 2006).

### **Ideologiska motsättningar inom missbruksvården**

En av de största konflikterna på det narkotikapolitiska området handlar om i vilken omfattning aktörerna på området ska ägna sig åt skadereducerande verksamhet. Exempel på denna verksamhet är sprutbytesprogrammet och behandling med metadon. Metadonkonflikten, som är ett resultat av ideologiska motsättningar mellan ett socialpolitiskt och ett medicinskt synsätt på vård av missbrukare, har haft och har fortfarande stor betydelse för den svenska narkotikapolitiken och kan ses än idag, i diskussionen om läkemedlet Subutex

(Johnson, 2005). Fridell (1996) anser att denna ideologiska debatt kring missbruksvård har försvårat möjligheterna att göra en saklig bedömning av vad som är fungerande vård. Underhållsbehandlingens kritiker hade en rad argument för sitt motstånd. Man menade att eftersom metadon är ett opiumpreparat så innebär underhållsbehandling att man ersätter en drog mot en annan. Det finns en ökad spridningsrisk av metadon till svarta marknaden om patienterna, istället för att själva ta sitt metadon, säljer det för att finansiera inköp av heroin. Metadonet gör att individen blir känslomässigt avtrubbad och de fråntas möjligheten att bearbeta de bakomliggande orsakerna till missbruket (Svensson, 2005). Även inom socialtjänsten och den drogfria vården var motståndet mot metadon stort. Det faktum att behandlingen inte hade drogfrihet som primärt syfte samt att programmet genom sin existens kunde ha en negativ inverkan på patientens motivation att söka drogfria behandlingsalternativ gav även det upphov till kritik. Man såg även en risk att den relativt billiga och praktiska underhållsbehandlingen skulle konkurrera ut den mer kostsamma drogfria behandlingen (Johnson, 2005). Även i Socialstyrelsens granskning av metadonprogrammet noteras att samarbetet mellan socialtjänsten och sjukvården var präglad av motsättningar (Socialstyrelsen, 1987).

Förespråkare för metadon menade att det fanns en rad positiva effekter med metadon. Metadon tar bort suget efter heroin och gör att individen kan sköta ett arbete eller studera. Då kontrollen i de svenska programmet var sträng var läckaget av metadon väldigt litet samt att då det alls inträffade var det till personer som själva var beroende av heroin. Metadonanvändning gjorde även att terapeutisk behandling hade bättre effekt. Förespråkarna för metadon menar att det inte är realistiskt att jämföra metadonbehandling med en lyckad drogfri behandling, då drogfri behandling sällan leder till någon varaktig drogfrihet för heroinmissbrukare (Svensson, 2005). Enligt Johnson (2005) får ca 20% av Sveriges heroinmissbrukare behandling med metadon eller subutex idag.

### **Ytterligare forskningsresultat**

Enligt en undersökning från 1979 fanns det mellan 10 000 och 14 000 tunga missbrukare. Som tungt missbruk räknades allt injektionsmissbruk, oavsett medel, samt all daglig eller nästan daglig användning av narkotika, oavsett intagningsätt. År 1998 hade antalet tunga missbrukare stigit till ca. 26 000 individer, varav 47 % hade opiater, främst heroin, som huvuddrog (Johansson & Wirbing, 2005).

Fridell (1996) uppger att man under 1960- och 1970-talen hade en stark tilltro till att kunna åtgärda narkotikaproblemet genom en uppbyggnad av antalet behandlingshem. Även under 1980-talet befann sig uppbyggnaden av olika former av institutionella behandlingsmodeller i en expansiv fas. Det skapades även en specialiserad öppenvård för narkomaner både på kommunal och regional nivå (Johnson, 2005). Goldberg (2005) menar att både politiker och behandlare i stor utsträckning har utgått från att missbruksvården är effektiv. Istället för att fokusera på vad som är realistiskt att förvänta sig för resultat har man istället försökt avgöra vilken behandling som är bäst. Under senare år har dock skaran växt av de forskare som anser att de flesta välorganiserade behandlingsmetoderna ger liknande resultat. Ett problem är att det inte finns några systematiska utvärderingar om hur den drogfria vården fungerar. Skillnaden mellan bra och dåliga behandlingshem är stor och bristen på utvärdering gör att missbrukare riskerar att utsättas för dålig behandling till stor kostnad för samhället (Svensson, 2005).

Inte ens välgjorda studier kan ge definitiva svar på om en typ av behandling för missbruk generellt sett är bättre än någon annan (Fridell, 1996). Enligt Bergmark (2006) finns det ytterst få behandlingar där man på säker vetenskaplig grund kan dra några slutsatser om behandlingens effekt. Ett undantag till detta är underhållsbehandling som är vetenskapligt bevisat effektiv. Med stöd av forskning kan man även dra den generella slutsatsen att drogfri vård fungerar sämre för behandling av heroinmissbruk än vid andra typer av missbruk, ex. amfetamin (Svensson, 2005).

Enligt Fridell och Hesse (2006) får man flera patienter att stanna kvar i behandling genom en kombination av underhållsbehandling och någon form av psykosocial behandling vid jämförelse med enbart underhållsbehandling. När det gäller drogfrihet eller minskat intag av droger så har psykosocial behandling i kombination med underhållsbehandling bättre effekt än enbart psykosocial behandling. Enligt Socialstyrelsens föreskrift för underhållsbehandling bör en kombination av underhållsbehandling och någon form av psykosocial behandling erbjudas till personer med ett opiatberoende (Socialstyrelsen, 2004). Huruvida detta genomförs i verkligheten påverkas både av klienten och behandlaren samt vad den omgivande organisationen tillåter och påbjuder (Fridell & Hesse, 2006).

### **3. Teoretiska perspektiv**

#### **Socialförvaltningens missbruksvård som en social konstruktion**

Inom sociologin finns ett flertal teoretiska perspektiv för att förklara verkligheten och vår kunskap om sociala problem. Ett sätt för att beskriva vår tillvaro är genom att säga att den sociala verkligheten existerar oberoende av de människor som lever i verkligheten och som beskriver den (Giddens, 2003). Detta synsätt kan benämnas som realism eller objektivism. Motsatsen till detta är en subjektiv uppfattning om verkligheten, att verkligheten bara existerar genom individens upplevelse av eller beskrivning av verkligheten. En annan benämning på detta är social konstruktion (Sahlin, 2002). Blumer menar utifrån detta perspektiv att sociala problem inte är objektiva händelser utan är fenomen skapade genom en kollektiv definitionsprocess (Lindgren, 1993). Blumer menar att det finns ett stort antal missförhållanden i ett samhälle, men att endast ett fåtal betraktas som sociala problem (Meeuwisse & Swärd, 2002). Det är inte tillräckligt att allmänheten uppfattar en företeelse som problematiskt för att etablera ett socialt problem. Företeelserna måste även vinna uppmärksamhet på mer betydelsefulla arenor, som massmedia, myndigheter, politiker och lagstiftande verksamheter (Lindgren, 1993). Skapandet av ett socialt problem är en process i fem steg. Det första steget är att något framträder som ett socialt problem. Nästa steg är att inflytelserika grupper i samhället ger det legitimitet genom att uppmärksamma något som ett problem. Efter det mobiliseras krafter för att göra något åt detta problem. I steg fyra formuleras en officiell handlingsplan och denna genomförs sedan i steg fem (Harste & Mortensen, 2003).

Skapandet och vidmakthållandet av socialtjänstens arbete med drogmissbrukare kan utifrån denna femstegsprocess ses som en form av social konstruktion. Via en process legitimeras uppfattningen om missbrukets orsaker och lämpliga åtgärder. Sedan formas en handlingsplan för hur socialtjänsten ska arbeta med dessa missbrukare och slutligen genomförs handlingsplanen. Handlingarna görs meningsfulla genom att organiseras i ett trovärdigt system. Eftersom så många delar samma uppfattning om verkligheten upplevs den som objektiv av de individer som ingår i systemet (Payne, 2002). Socialarbetarna tar utifrån detta system emot klienterna, och utifrån klienternas berättelse omvandlar socialarbetarna informationen så att den passar in på problem och lösningar som är aktuella inom verksamheten. Som hjälp i denna process finns både bemötandet av och samtalet med

klienten, utredningsformulär, diskussioner med andra kollegor samt beslutsmotiveringar (Sahlin, 2002).

### **Kunskap som en social konstruktion**

Enligt Foucault är kunskap, eller vetande som är det begrepp han använder sig av, en produkt som skapas i samspel mellan individer (Lindgren, 2000). Genom att dela med sig av kunskap skapas gemensamma bilder av verkligheten. Synen på orsaker till ett socialt problem, begrepp, definitioner och möjliga åtgärder uppnår status av att vara sanna och tränger ut andra tolkningar och beskrivningar (Swärd & Starrin, 2006). Denna gemensamma bild av verkligheten ligger sedan till grund för våra handlingar. När många individer är överens om den gemensamma uppfattningen av verkligheten och handlar utifrån denna befästs dessa handlingar (Payne, 2002). På så vis har en organisation eller yrkeskår stora möjligheter att avgöra hur ett problem skall uppfattas samt avgöra lämplig åtgärd (Swärd & Starrin, 2006).

### **Kritik mot socialkonstruktivismen**

Kritiker av socialkonstruktivismen menar att man inte är konsekvent i sin uppfattning om att verkligheten är en konstruktion. Detta med anledning av att vissa faktorer beskrivs som objektiva för att kunna förklara andra faktorer subjektivitet. Kritik har även riktats mot att förespråkare för den sociala konstruktivismen inte vill erkänna att det finns objektiva händelser som påverkar de subjektiva konsekvenser som beskrivs (Giddens, 2003). Kritik har även riktats mot att socialkonstruktivismen bidrar till att försvaga forskningens möjligheter att bidra till positiva förändringar (Sahlin, 2002).

### **Det sociala arbetets arena**

Arbetet med missbrukare är kopplat till den diskurs som råder i samhället. Med det menas hur man talar om missbruket. Diskursen omfattar synen på problemet i stort, i vilken utsträckning det uppfattas som ett samhällsproblem, lämpliga behandlingsmetoder samt hur samhällsåtgärderna ska utformas (Svensson, 1998). Den franska filosofen och sociologen Pierre Bourdieu har bl a utvecklat begreppen fält och doxa. Han menar att det moderna samhället består av en rad autonoma fält (Järvinen, 2003). Dessa fält är inte harmoniska system, istället pågår en ständig kamp och intressekonflikter när aktörer på fältet kämpar för

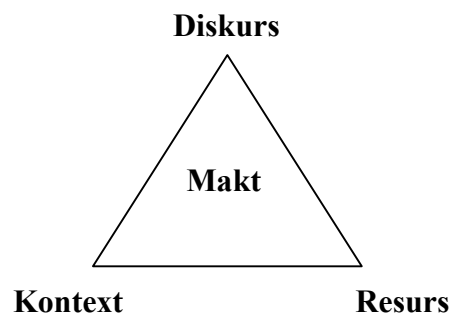
att dra gränsen mellan sig själva och aktörer från närliggande fält (Meeuwisse & Swärd, 2002). Bourdieu menar att varje fält har sin egen uppsättning regler och uppfattningar om vad som är rätt eller fel, normalt eller onormalt. Bourdieu benämner detta som doxa. Doxa bevaras genom att nykomlingar på fältet socialiseras in i de spelregler som gäller på det aktuella fältet. Ställs krav från fältet att nykomlingarna ska ha speciell utbildning eller färdighet går socialiseringsprocessen snabbare (Järvinen, 2003.)

## **Makt i socialt arbete**

Socialt arbete handlar inte enbart om hjälp, stöd eller neutral handläggning. Då socialarbetaren utför sitt arbete med stöd av systemet och dess medföljande regler, rutiner och resurser och där klienten är objektet för dessa regler och rutiner handlar det även om makt och kontroll (Järvinen, 2002). Foucault menar att makt är någonting relativt som utövas i ett växelspel mellan individer. Makten i sig är neutral men kan ha positiva eller negativa effekter (Swärd & Starrin, 2006). Denna makt kan vara synlig, som vid användandet av tvångsvårdslagar eller vid hantering av socialbidrag. Men det finns även osynliga aspekter av makt inom det sociala arbetet (Järvinen, 2002). Att ha kunskap om teorier och metoder om socialt arbete ger tillgång till ett fackspråk med vars hjälp man kan sätta ord på beteenden och problem. Användandet av detta fackspråk ger tolkningsföreträde, en större rättighet att avgöra vilket som är rätt och fel. Rätten att avgöra hur en klients problem skall uppfattas samt på vilket sätt det bäst åtgärdas brukar ses som professionell kunskap (Swärd & Starrin, 2006). Man kan även se denna professionella kunskap som en del av socialtjänstens doxa som kan användas som ett verktyg för att utöva en form av symbolisk makt över klienten. Denna makt uppfattas sällan av de som ingår i fältet, då denna kunskap inte uppfattas som en produkt av dess system, utan ses som något naturligt (Järvinen, 2002). Akter, journaler, mötesrapporter och liknande blir redskap för det professionella språket och för att vidmakthålla tolkningsföreträdet. Det som uppfattas som relevant och som passar in dokumenteras. Det blir inte klientens upplevda behov som blir utgångspunkt för hjälpen utan de åtgärder som organisationen har tillgång till (Swärd & Starrin, 2006). Socialarbetare intar ibland ett skeptiskt förhållningssätt till en klients berättelse eller önskemål. Inte heller klientens uppfattning om sina problem och förslag på behandling godtas utan vidare. Utredning, rådgivning och motivationsarbete har som uppgift att omforma klientens uppfattning av problemet till att passa in på de lösningar som finns att erbjuda (Sahlin, 2002).

Socialarbetaren har i mötet med klienten en relativt stor handlingsfrihet. Anledningen till detta är svårigheter med att sätta upp exakta regler för att lösa de moraliska och etiska frågor som kan uppstå. Socialarbetaren har därför i sin yrkesroll fått ett förtroende att utifrån lagar, normer och moralisk yrkeskod utföra sitt arbete. Socialarbetaren ska å andra sidan förhålla sig till ibland motstridiga krav. Klienterna har sina behov och krav, organisationen har sina krav på restriktivitet, ekonomiska förutsättningar och effektivitet. Samtidigt måste socialarbetaren även följa gällande lagar och regler (Svärd & Starrin, 2006).

För att visualisera maktens position inom en organisation använder sig Franzén (2005) av en triangel. Triangelns tre hörn består av diskurs, kontext och resurser.



*Diskursen* inom socialtjänstens missbruksvård blir då fackspråk bestående av teorier om missbrukets orsaker, konsekvenser, behandlingsalternativ och liknande.

*Kontexten* är det nät av andra instanser som socialtjänsten ingår i. Myndigheter vars regler socialtjänsten har att följa samt lagstiftande instanser.

*Resurser* som finns att tillgå inom socialtjänsten, såsom öppen- och slutenvård, stödjande samtal och liknande.

Som avslutning kan nämnas att en uppfattning som ett flertal forskare<sup>1</sup> tar upp när det gäller både svensk narkotikapolitik och metadon är att debatten blir en blandning av politiska, medicinska och ideologiska argument. Att se till underhållsbehandling ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv kändes därför som ett naturligt och relevant val att använda som instrument för att nå en djupare förståelse för hur missbrukshandläggare inom socialtjänsten ser på underhållsbehandling.

---

<sup>1</sup> Detta nämns av bland andra Fridell (1996), Johnson (2005), Lindgren (1993) samt Svensson (2005).



## 4. Analys

Intervjupersonerna har numrerats från ett till sju och kommer att presenteras som IP 1, IP 2 osv. IP 1 – IP 4 är handläggare inom socialtjänsten, IP 5 är chef inom socialtjänsten och IP 6 och IP 7 arbetar med underhållsbehandling. Värt att upprepa är att tekniska problem under inspelning med IP 1 och IP 5 gör att redovisning av detta material inte återges i form av citat.

### **Socialstyrelsens föreskrift om underhållsbehandling**

#### **Samarbete mellan socialtjänst och sjukvård**

Socialtjänsten är delaktig i underhållsbehandlingen på så vis att Substitutionsmottagningen i Helsingborg, utifrån Socialstyrelsens föreskrifter, ställer krav på att klienten ska ha kontakt med en socialsekreterare för att kunna få underhållsbehandling. Ansvaret har fördelats på så vis att sjukvården ansvarar för underhållsbehandlingen och socialtjänsten ansvarar för den sociala rehabiliteringen, som hjälp med bostad, sysselsättning, ekonomiskt bistånd och liknande. Att ha bostad är ett krav för att få delta i underhållsbehandlingens program i Helsingborg. En del missbrukare kommer till socialtjänsten efter att substitutionsmottagningen har skickat dem. De som vänder sig till socialtjänsten med avsikt att få underhållsbehandling men som inte har kontaktat sjukvården blir hänvisade dit. Klienterna uppges ha lärt sig att de måste ha kontakt med socialtjänsten för att få underhållsbehandling.

IP 2: ”Dom kan ju också komma till oss, heroinisterna, då dom redan tagit en kontakt med beroendesjukvården, för deras underhållsbehandling [---] och i Helsingborg, då gör vi så att dom ringer först dit och ansöker om den här vården. Och sen finns det krav från sjukvården också då, i Socialstyrelsens föreskrifter, för den här typen av behandling. Krav på att man ska ha en kontakt med socialtjänsten också.”

IP 3: ”dom vet att dom måste gå via socialtjänsten för att få det. Man måste ha en kontakt med socialtjänsten för att få underhållsbehandling. Det lär dom sig efter ett tag.”

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter skall ett samarbete ske mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården vid underhållsbehandling (Socialstyrelsen, 2004). Payne (2002) menar att den bild vi skapat av hur något förhåller sig ligger till grund för de handlingar som utförs. När många individer är överens om hur något ska tolkas och handlar utifrån denna tolkning

befästs dessa handlingar. Här kan man se att socialtjänsten och sjukvården har skapat en gemensam bild om att samarbetet ska ske på så vis att man delar upp handlingarna mellan sig och var för sig organiserar dem i respektive system. Enligt Foucault är kunskap en produkt som skapas i ett samspel mellan individer (Lindgren, 1993). Klienterna uppges ha lärt sig att de måste ha en kontakt med socialtjänsten för att få underhållsbehandling.

### **Andra behandlingar än underhållsbehandling måste alltid prövas**

Utgångspunkten i socialtjänstens arbete med missbrukare är att målet alltid ska vara att individen ska bli helt fri från droger. Från både socialtjänstens och sjukvårdens sida uppges att underhållsbehandling är att betrakta som något av den sista utvägen vid behandling av heroinmissbrukare.

IP 4: ”Alltså, metadon är ändå på något sätt [...] jag vill ju inte kalla det sista utvägen, men något liknande [...] man har ju provat en massa annat innan man får metadon”

IP 6: ”Det står ju någonstans att det ska vara en sista anhalt, att prova detta”

Detta kan förstås utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv, att skapandet av ett socialt problem, hur man definierar det och vad man vidtar för åtgärder sker i en process (Harste & Mortensen, 2003). Under 1950- och 60-talet fick sociologiska och socialpsykologiska förklaringsmodeller stor framgång i problembeskrivningen på bekostnad av andra förklaringsmodeller (Lindgren, 1993). Genom politiska beslut har det utifrån dessa förklaringsmodeller slagits fast att målet med svensk missbruksvård alltid ska syfta till drogfrihet (Svensson, 2005). Då både metadon och Subutex är att klassa som narkotiska preparat (Johnson, 2005) får denna politik som resultat att underhållsbehandling inte får påbörjas om annan behandling anses tillräcklig (Socialstyrelsen, 2004).

Både från socialtjänsten och sjukvården uppges att underhållsbehandling inte är aktuell om det inte gjorts minst ett försök att behandla missbruket med hjälp av drogfria alternativ.

IP 3: ”Dels har man ju kriterier, att man måste ha provat olika behandlingar innan man kommer ifråga på underhållsbehandling”

IP 2: ”kommer Pelle hit [...] han har inte under hela sitt liv fått eller sökt någon vanlig behandling [...] då kan vi ju ana att [...] han kommer inte att godkännas för en underhållsbehandling”

Enligt Svensson (2005) kan man med stöd av forskning dra den generella slutsatsen att drogfri vård fungerar sämre för behandling av heroinmissbruk än vid andra typer av missbruk. Enligt Bergmark (2006) finns det mycket få behandlingar där man på säker vetenskaplig grund kan dra några slutsatser om behandlingens effektivitet, med undantag för underhållsbehandling som är vetenskapligt bevisat effektiv. Swärd och Starrin (2006) uppger att en tolkning kan uppnå status av att vara sann och på så vis tränga ut en annan tolkning. Enligt Socialstyrelsens föreskrift får underhållsbehandling inte påbörjas om annan behandling anses tillräcklig (Socialstyrelsen, 2004). Socialtjänsten och sjukvården i Helsingborg är överens om att oavsett omständigheterna kring den enskilda missbrukaren och dennes förmåga att lyckas med en drogfri behandling, ska detta ändå alltid prövas vid minst ett tillfälle.

### **Om underhållsbehandling generellt och i mötet med klienten**

Uppfattningen är att det har blivit vanligare att klienter efterfrågar underhållsbehandling. Samtidigt har underhållsbehandlingen i Helsingborg fått mer resurser så att fler klienter får tillgång till denna formen av vård. Vid kontakt med socialtjänsten får de klienter som önskar, information om hur regler och krav kring underhållsbehandling ser ut. De får även information om att det är deras eget ansvar att söka denna formen av behandling hos sjukvården. Enskilda handläggare har olika sätt att förhålla sig till underhållsbehandlings existens. Dels kan sjukvårdens underhållsbehandling ses som en verksamhet som klienterna på eget initiativ har möjlighet att söka sig till efter att först ha försökt bli drogfria med hjälp av de vårdalternativ som socialtjänsten har att erbjuda.

IP 2: ”Vi har ju många här som först har provat på annan typ av behandling, på behandlingshem, i öppenvården och så och som sen söker till underhållsbehandling.”

Dels kan enskilda handläggare se underhållsbehandling som ett alternativ till den egna verksamheten som klienter kan hänvisas till i de fall den enskilda handläggaren gjort bedömningen att drogfri behandling inte är tillräckligt.

IP 4: ”det är ju alltid en övervägning när man träffar en klient som visar sig ha ett heroinmissbruk. Ska man hänvisa dom till sjukvården eller ska vi själva försöka med behandling först. [---] Ibland kan det ju vara så att personen själv vill ansöka om det, och det ligger också på klienten att själv göra det.”

Enligt Foucault är kunskap en produkt som skapas i samspel mellan individer (Lindgren, 2000). Enligt Swärd och Starrin (2006) har socialtjänsten som organisation stora möjligheter att avgöra hur ett problem ska uppfattas samt vad som är lämpliga åtgärder. Det blir inte klientens upplevda behov eller önskemål som blir utgångspunkt för hjälpen utan de åtgärder som organisationen har tillgång till.

Swärd och Starrin (2006) tar upp det faktum att den enskilda handläggaren har en handlingsfrihet att utifrån lagar, normer och moralisk yrkeskod utföra sitt arbete. Samtidigt ska socialarbetaren förhålla sig både till den egna organisationens verksamhet, klientens behov och krav samt gällande lagar och regler. Sammantaget blir att underhållsbehandling innebär en komplex situation att förhålla sig till. Organisationens målsättning är att sträva efter drogfrihet. Socialarbetaren strävar mot att ge hjälp på bästa sätt utifrån den enskilda klientens behov samt önskemål. För att ge individen så bra förutsättningar som möjligt bör även den enskilda handläggaren ha en uppfattning om kvalitén på den behandlingsplacering som väljs samt framför allt göra en bedömning om vilken form av behandling som passar den enskilda individen.

### **Om socialtjänstens roll vid intag till underhållsbehandling**

IP 6 och 7 uppger att de individer som önskar underhållsbehandling får kontakta Substitutionsmottagningen. De gör sedan ett urval baserat på de intagningskriterier som finns. De som väljs ut måste ha ett minst tvåårigt dokumenterat missbruk, ha provat andra behandlingar tidigare, ha ett ordnat boende samt inte ha ett blandmissbruk. Det finns inga regler som styr hur många behandlingar individen måste ha genomgått utan det blir en bedömningsfråga där socialtjänstens åsikt uppges ha stor betydelse.

IP 7: ”Om patienten anmäler sig själv ringer vi alltid upp socialsekreteraren och tar en diskussion med dom, vad dom tycker och hur det ser ut. Så deras ord väger ju ganska tungt.”

IP 7 nämner även att det idag är svårt att få tillgång till andra behandlingar, vilket blir en faktor som påverkar intag till underhållsbehandling. De som anses uppfylla kriterierna kallas till ett bedömningsamtal samt genomgår en läkarundersökning. Sjukvården har i sin utredning skyldighet att begära in uppgifter från kriminalvården, socialtjänsten samt se vad patienten tidigare fått för vård inom sjukvården. Efter detta tas de olika ärendena upp i teamet på Substitutionsmottagningen som tar det avgörande beslutet för vilka som ska väljas ut till underhållsbehandling.

IP 2 menar att socialtjänsten inte har någon möjlighet att påverka sjukvårdens urval av klienter för underhållsbehandling. Detta motiveras med att det är en medicin som ska skrivas ut och den bedömningen och beslut tas av läkare, vilket socialtjänsten inte kan påverka. Att sjukvården har en skyldighet att göra en utredning där det begärs in information från socialtjänsten noteras men inte som ett sätt för socialtjänsten att kunna påverka intag till underhållsbehandling.

IP 1 menade att flera klienter har blivit antagna till underhållsbehandling där den enskilda handläggaren gjort bedömningen att dessa klienter inte uppfyllt intagningskravet på att alla andra möjligheter till vård ska vara uttömda. Klienterna har fått denna information och denna information har även lämnats till Substitutionsmottagningen, när de enligt reglerna för sin utredning begärt in upplysningar från socialtjänsten. IP 1 menar därför att de enskilda handläggarna inte har någon möjlighet att påverka sjukvårdens patienturval.

IP 4 menade att i de fall en klient ville ha underhållsbehandling, men handläggaren inte ansåg att underhållsbehandling var aktuellt hänvisades klienten ändå till att ansöka om underhållsbehandling hos sjukvården.

IP 4 ”då är jag också tydlig med att när [...] Substitutionsmottagningen ringer, då är jag tydlig mot klienten med att jag kommer att säga vad jag tycker när [...] ringer, så du är medveten om det. Och det tar dom ju liksom och oftast så får dom ju avslag då.”

Som Lindgren (1993) nämner har socialtjänsten ansvar för den drogfria narkomanvården. Tidigare har Socialstyrelsens regler för underhållsbehandling omfattat ett krav på att minst tre tidigare drogfria behandlingsförsök måste ha gjorts innan underhållsbehandling är aktuellt.

Numera säger reglerna endast att underhållsbehandling inte får påbörjas om annan behandling anses tillräcklig (Socialstyrelsen, 2004). Detta innebär en större frihet att göra individuella bedömningar av den enskilda individens behov. Detta kan kopplas till Foucaults teori om att makt är någonting relativt som utövas i ett växelspel mellan individer (Swärd & Starrin, 2006). Vissa former av makt är inte alltid fullt synlig inom det sociala arbetet (Järvinen, 2002) utan ingår som en del av det tolkningsföreträde den enskilda socialarbetaren har genom sin professionella kunskap (Swärd & Starrin, 2006). Payne (2002) tar upp det faktum att verkligheten kan upplevas som objektiv av de individer som ingår i ett system.

## **Uppfattningar och åsikter om underhållsbehandling**

Enligt Johnson (2005) har det varit inom socialtjänsten funnits ett stort motstånd mot underhållsbehandling. IP 2 menar att det för fem – tio år sedan fanns ett motstånd bland socialsekreterarna i Helsingborg mot underhållsbehandling, men att detta motstånd inte längre finns kvar som något motstånd att prata om. IP 3 anser att underhållsbehandlingen har blivit bättre i och med underhållsbehandling numera även innefattar någon form av påverkansprogram samt att det är positivt att socialtjänsten har en roll i behandlingen i form av hjälp med bostad och liknande.

IP 5 menar att målet med Socialtjänstens arbete med missbrukare alltid måste vara att det bästa för den enskilda individen är att bli fri från droger. Att vara beroende och påverkad av droger är inget värdigt liv och inget fritt liv. Drogfrihet är det som ger störst livskvalitet och oavsett vilken substans en individ intar som påverkar dem på något vis, är det en försämring i jämförelse med att leva ett liv helt utan påverkan från dessa substanser. IP 1 anser att om alternativet till underhållsbehandling är att leva ett väldigt hårt missbruksliv, med hög dödlighet, kriminalitet, prostitution och liknande kan möjligen underhållsbehandling ses som ett bättre alternativ. IP 1 menar dock att detta resonemang grundar sig i ett hopplöshetstänkande som intervjupersonen inte ville kännas vid. IP 4 ansåg att underhållsbehandling inte var att jämföra med bruk av droger utan som användande av en medicin och att denna medicinska behandling är att jämföra med en diabetikers behov av insulin. Utan tillgång till medicin blir missbrukaren sjuk vilket i sin tur påverkar den sociala situationen mycket negativt. Enligt Svensson (2005) har uppfattningen inom socialtjänsten varit att eftersom metadon är ett opiumpreparat så innebär underhållsbehandling att den behandlade inte kan anses vara drogfri.

IP 3 uppger att problemet med underhållsbehandling ligger i om personen inser att för att kunna bryta missbruket krävs en vilja till förändring. Är inte klienten mottaglig för att göra denna förändring så byter klienten bara en drog mot en annan och då fungerar inte någon form av behandling, vare sig drogfri behandling eller underhållsbehandling. Missbrukaren måste reflektera över vad missbruket samt medföljande livsstil har fått för konsekvenser på det liv han eller hon lever. Reflektera över bakomliggande orsaker till missbruket, konsekvenser av missbruket och relationer till anhöriga och vänner samt fundera på vad han/hon ska göra av dygnets alla timmar när de inte längre fylls av drogandet och aktiviteter kring det. Individen måste ändra sin syn på droger och inse att han/hon inte kan ta droger. IP 2 ansåg att underhållsbehandling fungerar bäst i de fall individen genomgått andra behandlingar innan, där individen med hjälp av en terapeut eller grupp av andra missbrukare tvingats se på sig själv, sin situation och sitt missbruk och reflekterat över detta. När de börjat se sitt eget ansvar och inser att de måste hjälpa sig själva för att det ska kunna ske en förändring har de större förutsättningar att lyckas i underhållsbehandlingen. Enligt Svensson (2005) har det från socialtjänstens håll riktats kritik mot att det primära syftet med behandlingen inte har varit drogfrihet och att programmets existens påverkar socialtjänstens motivationsarbete negativt.

IP 1 ansåg att då metadon och subutex är preparat man blir beroende av, är det synd att binda så unga människor till dessa preparat, istället för att arbeta för att de ska bli helt fria från droger. Att bli drogfri måste vara målet som eftersträvas så länge som möjligt. Uppfattningen om svårigheter med att bryta ett heroinmissbruk ansågs delvis bottna i ett hopplöshetstänkande som inte hörde hemma inom missbruksvården av framför allt unga missbrukare. De flesta av dessa unga klienter har även själv fortfarande hoppet och viljan att leva ett drogfritt liv och intervjupersonen såg många möjligheter för de unga att komma dit utan hjälp av underhållsbehandling. Enligt Johnson (2005) har det när det gäller Subutex, som framför allt används till yngre individer och de med lättare missbruksproblematik, riktats kritik mot att man allt för tidigt ger upp hoppet om drogfrihet.

IP 4 såg ett problem med de personer som inte klarar av de krav som ställs i underhållsprogrammet utan skrivs ut, oftast med anledning av sidomissbruk. Dessa personer blir oerhört drabbade, deras lidande och sociala situation blir mycket, mycket värre när de inte har tillgång till sin medicin och den enda återstående möjligheten för dessa personer är att vårda dem enligt LVM.

IP 4 ”Och det är tragiskt tycker jag [...] att efter metadon så finns bara tvångsvård.”

IP 1 upplevde att det för några år sedan varit betydligt svårare att få igenom LVM-placeringar vilket ansågs ha både ideologiska och ekonomiska orsaker. Placeringar enligt LVM kostar väldigt mycket pengar. Nu upplevde IP 1 att det var lättare att få igenom dessa placeringar och menade att det är bättre att göra en placering med hjälp av LVM i ett tidigare skede. Detta p.g.a. att det är bättre för individen att bli uppfångad i ett tidigare skede än att vänta tills de gått ner sig mycket mer.

Intervjupersonernas inställning till underhållsbehandling kan kopplas till de begrepp som Bourdieu kallar fält och doxa (Järvinen, 2003). Mellan olika fält pågår en kamp och intressekonflikter när aktörerna på fältet kämpar för att dra gränsen mellan sitt eget och andras fält (Meeuwisse & Swärd, 2002) Varje fält har sin egen doxa, vilket är en uppsättning regler och uppfattningar om vad som är rätt eller fel, normalt eller onormalt. Genom att nykomlingar socialiseras in i de spelregler som gäller på det aktuella fältet bevaras fältets doxa (Järvinen, 2003). Det egna fältet är inget harmoniskt system utan påverkas av den pågående kampen (Meeuwisse & Swärd, 2002).

### **Underhållsbehandling hos andra aktörer än sjukvården**

Tidigare har socialtjänsten i Helsingborg inte haft någon policy kring medicinering av subutex och socialtjänsten har beviljat olika former av placeringar i kombination med subutexbehandling, både på institution och i familjehem. Numera beviljas inte denna formen av behandling inom socialtjänsten med motiveringen att socialtjänsten inte har skyldighet att tillhandahålla och bekosta vård som kan tillgodoses på annat sätt. I detta fall innebär det att socialtjänsten anser att alla former av behandling med subutex eller metadon ska tillgodoses av sjukvården och alla som vill ha behandling med metadon eller subutex hänvisas till sjukvårdens underhållsbehandling. Det finns privata behandlingshem som bedriver en verksamhet som bygger på kognitiv beteendeterapi och där subutex används som ett verktyg för att få klienter att stanna kvar i denna behandling. När behandlingen är avslutad är tanken att individen ska ha brutit sitt missbruk, vara drogfri och inte heller ha behov av subutex.

Detta kan kopplas till Swärd och Starrin (2006) som menar att uppfattningen om ett problem kan uppnå status av att vara sann och tränga ut andra tolkningar och beskrivningar.



Socialtjänsten i Helsingborg har valt att se all form av behandling där subutex ingår som en del av sjukvårdens underhållsbehandling. Enligt Fridell och Hesse (2006) har forskning visat att psykosocial behandling i kombination med underhållsbehandling ger bättre resultat än enbart psykosocial behandling när det gäller drogfrihet eller minskat intag av droger.

Enligt IP 3 har socialtjänsten tidigare beviljat placeringar hos en privat aktör men resultatet har inte blivit så bra för individen. Enskilda individer har inte ansett sig redo att sluta med subutex efter avslutad behandling och har upplevt sig svikna och lurade efter denna behandling. Socialtjänsten har inte kunnat hjälpa dem då de inte har någon möjlighet att skriva ut subutex. IP 4 uppger att de haft fyra klienter som haft subutex i kombination med någon form av placering, i familjehem, på institution eller liknande. Ingen av dessa placeringar har fått lyckat resultat.

IP 4: ”Ingen av dom fixade det. Därför att, det handlar ju också om att man ska trappa ut sig från subutexet när man ska ut från behandlingshemmet. För det är ingen som vill ta över medicineringen.”

Franzén (2005) beskriver maktens position inom en organisation som en triangel vars hörn består av rådande diskurs, kontext samt resurser. De enskilda handläggarna i Helsingborg har i detta fall att förhålla sig till en kontext bestående av socialtjänstens verksamhet som bygger på Socialtjänstlagen, sjukvårdens verksamhet samt Socialstyrelsen med dess föreskrifter. Socialtjänstens resurser som består av motivationssamtal, stödjande samtal, öppenvårdsbehandling, institutionsplaceringar och liknande är den andra delen att förhålla sig till. Diskursen består av en uppfattning om att psykosocial behandling i kombination med underhållsbehandling inte är någon bra behandlingsmetod då enstaka klienter har återfallit i missbruk efter avslutad behandling.

## 5. Sammanfattande slutdiskussion

Syftet med detta arbete var att se hur enskilda handläggare inom socialtjänsten i Helsingborg ser på underhållsbehandling av heroinmissbrukare. Resultatet blir att inställningen till underhållsbehandling är en komplex fråga som kräver att belysas från många olika håll för att ge en så rättvisande bild som möjligt. Inställningen till underhållsbehandling påverkas av de lagar och regler som gäller, vad den omgivande organisationen förväntar sig, klienters behov och krav samt enskilda tjänstemäns uppfattning om vad de enskilda individerna har behov av för att bli hjälpta i sin situation.

Arbetet har varit upphov till många intressanta reflektioner som omfattar många olika aspekter. Som avslutning har ett fåtal valts ut att i korthet belysas ytterligare. Hur kommer det sig till exempel att socialtjänsten inte är mer delaktig i den psykosociala delen av behandlingen för de som får underhållsbehandling? Med tanke på att socialförvaltningens arbete med missbrukare sedan uppbyggnaden under 1960- och 1970-talen har inriktat sig på psykosociala behandlingsmetoder och klienterna ändå måste ha en kontakt med en handläggare på socialtjänsten hade kanske de kunnat ansvara för det behandlingsprogram som ingår som en obligatorisk del av underhållsbehandlingens verksamhet. En möjlig förklaring kan dock vara att detta hade blivit omständigare för klienterna/patienterna som nu har all behandling samlad på ett ställe.

En annan intressant reflektion är hur och när man kom fram till att underhållsbehandling ska ses som den sista utvägen. Enligt personal på Substitutionsmottagningen står det skrivet någonstans, men detta har inte kunnat hittas i den genomgång av tidigare litteratur som gjorts i samband med detta arbete. Frågan är hur många individer som blir lidande för att den rådande inställningen är att underhållsbehandling ska ses som den sista utvägen och att ett drogfritt liv är måttstocken för att värdigt liv. Alternativet är att underhållsbehandling ses som ett sätt för den enskilda individen att leva ett betydligt värdigare liv, med möjlighet att klara av att sköta ett arbete, ta hand om sin familj, slippa kriminalitet och prostitution i jakten på pengar och droger, klara av det ansvar som krävs för att behålla sin bostad och liknande.

Den rådande inställningen att underhållsbehandling ska ses som den sista utvägen påverkar även de bedömningar som görs inom missbruksvården, både av personal på socialtjänsten och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen (2004) får inte underhållsbehandling påbörjas om annan

behandling anses tillräcklig. Detta gör att minst en försök inom den drogfria vården alltid måste göras oavsett individens problematik, egna önskemål och förutsättningar att lyckas inom den drogfria vården. En alternativ tolkning hade kunnat vara att annan behandling beroende på vissa omständigheter inte är tillräcklig oavsett om drogfri vård provats eller inte.

En utredning ska alltid göras vid medverkan i sjukvårdens underhållsbehandling. Detta leder till frågan om vilka möjligheter enskilda handläggare på socialtjänsten har att påverka sjukvårdens urval av patienter som får underhållsbehandling samt vad deras egen inställning till underhållsbehandling får för betydelse för de uppgifter som lämnas till sjukvården. Enligt personal på Substitutionsmottagningen har handläggarnas åsikt stor betydelse för vilka patienter som får underhållsbehandling. Handläggarna på socialtjänsten anser dock inte att de har några större möjligheter att påverka urvalet. Helhetsintrycket är att de enskilda handläggarna på socialförvaltningen i Helsingborg ser underhållsbehandling som ett bra komplement till socialtjänstens vård av missbrukare samt att samarbetet mellan socialtjänsten och sjukvården fungerar bra för de klienter som får underhållsbehandling. Slutsatsen blir dock att det inte har gått att få fram ett uttömmande svar på vilka möjligheter socialtjänsten har att påverka deltagande i underhållsbehandling. Detta beroende på att själva utredningsförfarandet inte har granskats närmare i detta arbete. Vid vidare forskning hade denna aspekt varit intressant att belysa.

Som avslutning kan kombinationen av underhållsbehandling och psykosocial behandling vara värt att belysa. Fridell och Hesse (2006) gör en åtskillnad vid sammanfattning av de olika behandlingarnas resultat. Underhållsbehandling i kombination med någon form av psykosocial behandling gör att fler patienter *stannar kvar* i underhållsbehandling än vid enbart underhållsbehandling. Så som det ser ut idag så får de patienter som deltar i sjukvårdens underhållsbehandling i Helsingborg även psykosocial behandling i form av ett motivationsprogram baserat på kognitiv beteendeterapi. Vidare uppger Fridell och Hesse (2006) att psykosocial behandling i kombination med underhållsbehandling *ger bättre resultat när det gäller drogfrihet eller minskat intag av droger* än enbart psykosocial behandling. En fråga som kan ställas är huruvida privata aktörers verksamhet som bygger på kognitiv beteendeterapi och använder subutex som ett verktyg för att få individer att stanna kvar i behandling verkligen ska ställas i jämförelse med sjukvårdens underhållsbehandling. Ett alternativ är att jämföra resultatet mellan de drogfria behandlingsalternativ, psykosocial behandling, som finns att tillgå och behandling med psykosocial behandling i kombination

med underhållsbehandling. Med anledningen av att socialtjänsten har drogfrihet som målsättning i sitt arbete så har de klienter som hade varit aktuella för denna formen av behandling troligtvis en relativt tung missbruksproblematik. Frågan är vilka förutsättningar dessa individer har att stanna kvar i en behandling med enbart psykosocial behandling. Vid vård med psykosocial behandling i kombination med underhållsbehandling har dessa individer bättre förutsättningar att åtminstone under den tid som behandlingen varar, få en möjlighet att leva ett betydligt värdigare liv än utan behandling. Som det ser ut idag är de alternativ som finns att tillgå för dessa individer antingen att hänvisa dem till sjukvårdens underhållsbehandling eller att vårda dem enligt LVM. Med hänsyn tagna både till samhällsekonomiska faktorer och till den enskilda individen hade eventuellt psykosocial behandling i kombination med underhållsbehandling eventuellt varit ett bättre alternativ än att vårdas enligt LVM.

## Källförteckning

### Litteratur

Berglund M, Andréasson S, Franck J, Fridell M, Håkanson Ingrid, Johansson B-A, Lindgren A, Lindgren B, Nicklasson L, Rydberg U, Salaspuro M, Thelander S och Öjehagen A (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsställning*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Bergmark, Anders (2006), *Evidensfrågan och kunskapsläget beträffande behandlingsåtgärder för narkotikaproblem*. i Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen.

Franzén, Mats (2005), *I fråga om makt. Diskurser, resurser, kontexter*. i Goldberg, Ted (red) *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur

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

Fridell, Mats och Morten Hesse (2006), *Psykosociala interventionsmetoder vid opiatmissbruk*. i Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Stockholm: Socialstyrelsen.

Giddens, Anthony (2003), *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur

Harste, Gorm och Nils Mortensen (2003), *Sociala interaktionsteorier*. i Andersen, Heine och Lars Bo Kaspersen (red) *Klassisk och modern samhällsteori*. Lund: Studentlitteratur

Helsingborgs Lasarett (2006), *Information om underhållsbehandling med Metadon eller Subutex*. Helsingborg: Helsingborgs Lasarett

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

Johansson, Katarina och Peter Wirbing (2005), *Riskbruk och missbruk. Alkohol – Läkemedel - Narkotika. Uppmärksamma, motivera och behandla inom primärvård, och psykiatri*. Stockholm: Natur och kultur.

- Johnson, Björn (2005), *Metadon på liv och död. En bok om narkomanvård och narkotikapolitik i Sverige*. Lund: Studentlitteratur
- Järvinen, Margaretha (2002), *Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system*. i Meeuwisse, Anna och Hans Swärd (red), *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur
- Järvinen, Margaretha (2003), *Pierre Bourdieu*. i Andersen, Heine och Bo Kaspersen (red) *Klassisk och modern samhällsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Lindgren, Sven-Åke (1993), *Den hotfulla njutningen. Att etablera drogbruk som ett samhällsproblem 1890 – 1970*. Stockholm/Stehag: Symposion Graduale
- Lindgren, Sven-Åke (2003), *Michel Foucault*. i Andersen, Heine och Bo Kaspersen (red) *Klassisk och modern samhällsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Malmström, Sten, Iréne Györki och Peter A. Sjögren (2002), *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Bonniers förlag AB
- Meeuwisse, Anna och Hans Swärd (2002), *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur
- Melin, Ann-Gerd och Christina Näsholm (1998), *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur
- Payne, Malkolm (2002), *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur
- Richert, Torkel (2005), *Processen mot ett drogfritt liv – En utvärdering av Process, en läkemedelsassisterad öppenvårdsbehandling i Malmö för heroinister*. Malmö: Malmö högskola
- Sahlin, Ingrid (2002), *Sociala problem som verklighetskonstruktioner*. i Meeuwisse, Anna och Hans Swärd (red) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur
- Skårner, Anette (2001), *Skilda världar? En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborg: Kompendiet AB

Socialstyrelsen (1987), *Granskning av metadonbehandlingsprogrammet PM 174/87*.

Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2004) *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende*,

*SOSFS 2004:8*. Stockholm: Socialstyrelsen

Starrin, Bengt och Per-Gunnar Svensson (1994), *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund:

Studentlitteratur

Svefors, Susanne och Linda Thomsen (2005) *Metadon – drog eller medicin. En diskursanalys av Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. Lund:

Lunds universitet

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

Svensson, Bengt (1998), *Missbrukare*. i Denvall, Verner och Tord Jacobson (red),

*Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Juridik

Svensson, Kerstin (2000), *Motivationsarbetets praktiska ramar*. i Johnsson, Eva, Leili

Laanemets och Kerstin Svensson (red) *Narkotikamissbruk. Debatt, behandling och begrepp*.

Lund: Studentlitteratur

Swärd, Hans och Bengt Starrin (2006), *Makt och socialt arbete*. i Meeuwisse, Anna, Sune

Sunesson och Hans Swärd (red) *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur och kultur

Tops, Dolf (2000), *Den svenska narkotikapolitikens födelse*. i Johnsson, Eva, Leili Laanemets

och Kerstin Svensson (red) *Narkotikamissbruk. Debatt, behandling och begrepp*. Lund:

Studentlitteratur

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

## **Bilaga 1 Intervjuguide**

### **Intervjuguide**

#### **Personuppgifter**

Namn, ålder, utbildning, tid i yrket, tidigare arbetsuppgifter, nuvarande arbetsuppgifter

#### **Uppfattning om heroinmissbrukare**

Definition av heroinmissbrukare, antal i Helsingborg, hur många som får någon form av vård, hur många som har kontakt med soc.tjänst

#### **Vård till heroinmissbrukare**

Vilka behandlingsalternativ finns för heroinmissbrukare i Skåne, vem har huvudansvaret för dessa behandlingsalternativ, vad anser handläggaren om dessa alternativ

#### **Soc.tjänstens roll**

Vad är soc.tjänstens uppgifter och vad är inte soc.tjänstens uppgifter när det gäller vård av heroinmissbrukare, (vem är som bestämmer om en individ ska få vård eller inte, är det sjukvården eller soc.tjänsten?), vilka faktorer påverkar handläggarna vid valet av behandling

#### **Den enskilda individen**

Vem får vård och vem får inte vård, vad måste individen uppfylla för krav för att få vård, hur förhåller sig soc.tjänsten till den enskildes rätt till att ex. välja vårdalternativ, vilken hjälp kan den enskilda missbrukaren ansöka om av soc.tjänsten, vad kan han/hon eventuellt få för hjälp

#### **Övrigt**

Har jag missat att ta upp något som du tycker är viktigt?

Ta namn och telefonnummer, e-mailadress



## **Bilaga 2 Introduktionsbrev**

### **Information inför intervju**

Som en del av utbildningen till socionom ingår ett forskningsprojekt som ska redovisas i form av en C-uppsats. Syftet med detta projekt är att förstå vilken roll socialtjänsten har när det gäller vård av heroinmissbrukare samt att belysa vilka faktorer som påverkar socialtjänstens val av behandling till personer med ett heroinmissbruk, t ex drogfri behandling eller underhållsbehandling. Kunskapsinsamlingen kommer att ske genom kvalitativa intervjuer med personer som kan tänkas ha kunskap om detta.

Medverkan i detta projekt är frivillig och kan när som helst avbrytas. Det insamlade materialet kommer enbart att användas i ovannämnda syfte. Det insamlade materialet kommer att behandlas strängt konfidentiellt och kommer inte att vara tillgängligt i obearbetad form för någon annan än forskaren själv. Det kommer att förvaras av forskaren på ett sådant sätt att ingen obehörig kommer att komma åt det.

För ytterligare information:

Kira Ljungdahl

Socionomstudent

Campus Helsingborg