

# ”Perversa konsekvenser” – en studie om socialarbetares inställning till underhållsbehandling

Av

Magnus Nilsson

---

Ht 2009



Handledare: Johan Cronehed

## **ABSTRACT**

Author: Magnus Nilsson

Title: Perverse consequences- a study of social workers attitude towards medical treatment of heroin addiction [translated title]

Supervisor: Johan Cronehed

Assessor:

The purpose of this study was to examine how professionals within the social services who work with drug abuse think and feel about methadone and subutex as a treatment against heroin addiction. I have used qualitative interviews to receive information about the respondent's experiences, views and attitudes. I have interviewed three social workers from different municipalities. The municipalities vary in size and population and are neighboring municipalities. All three of the municipalities is apart of the same region and uses them same methadone and subutex programs. I have also interviewed a representative from the Swedish users association. The representative was primarily used as a reference point to develop my analysis of the problems in the treatment described by the social workers. The results where analyzed on the basis of a theoretical perspective, the rational choice theory. It's clear in the result that all of the respondents had a positive attitude towards medical treatment against heroin addiction. All of the respondents confirms that they se heroin addiction as a disease and that they find comfort in the guide lines provided by the national board of health and welfare. The respondents did, however, share light on what in the Rational choice theory is known as perverse consequences. Perverse consequences in this case means rational decisions and rules on a collective level, witch can manifest itself as irrational as well as harmful at a individual level. The social workers described how laws and guide lines put limits on what options they consider practicable. They describe how the boundaries and rules sometimes induce effects that counteract the explicit goal of the treatment; witch in this case is helping people with heroin abuse problems.

Key Words: metadon, subutex, heroin, missbruk, socialtjänsten

## INNEHÅLLFÖRTECKNING:

FÖRORD.....	5
<b>1. INLEDNING.....</b>	<b>6</b>
1.1 PROBLEMFÖRMULERING.....	6
1.2 SYFTE.....	7
1.3 CENTRALA FRÅGESTÄLLNINGAR.....	7
1.4 METOD.....	7
1.5 URVAL.....	8
1.6 ETIK.....	8
1.7 RELIABILITET.....	9
1.8 VALIDITET.....	9
<b>2. CENTRALA BEGREPP OCH HISTORIK.....</b>	<b>10</b>
2.1 CENTRALA BEGREPP.....	10
2.1.1 ETT NARKOTIKAFRITT SAMHÄLLE.....	10
2.1.2 FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER.....	10
2.1.3 RESTREKTIV KONTROLLPOLITIK.....	10
2.1.4 OPIUMPREPARAT OCH HEROIN.....	10
2.1.5 METADON OCH SUBUTEX.....	11
2.1.6 SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER.....	11
2.2 HISTORIK.....	12
<b>3. TEORI OCH TIDIGARE FORSKNING.....</b>	<b>17</b>
3.1 TIDIGARE FORSKNING.....	17
3.2 FORTSAT FRAMSTÄLLNING.....	19
3.3 RATIONELL HANDLINGS TEORI.....	19
<b>4. INTERVJUER.....</b>	<b>22</b>
4.1 PETER, SOCIALSEKRETERARE, KOMMUN A.....	22
4.2 GÖRAN, SOCIALSEKRETERARE, KOMMUN B.....	24
4.3 MARIE, SOCIALSEKRETERARE, KOMMUN C.....	26

4.4 JOHAN, REPRESENTANT SVENSKA BRUKARFÖRENINGEN.....	29
<b>5. ANALYS OCH SAMMANFATTNING.....</b>	<b>31</b>
5.1 ANALYS.....	31
5.2 SAMMANFATTNING.....	34
<b>6. SLUTDISKUSSION .....</b>	<b>36</b>
<b>KÄLLFÖRTECKNING.....</b>	<b>38</b>
<b>BILAGA 1.....</b>	<b>40</b>
<b>BILAGA 2.....</b>	<b>41</b>

# Förord

Denna uppsats påbörjades under höstterminen 2008 som en komparativ studie av synen på subutex mellan Sverige och Danmark. Det visade sig dock vara svårt att få tillgång till det danska fältet, de yrkesverksamma på så väl de olika Beroendecentrumerna som socialförvaltningarna i Danmark som jag tog kontakt med var inte intresserade av att medverka i studien. Då jag lyckats få kontakt med yrkesverksamma inom socialtjänsten i Sverige så bestämde jag mig, i samråd med min handledare, för att göra en jämförande studie vad avser skillnader och likheter inom underhållsbehandling mellan en större och mindre kommun. För att denna undersökning skulle kunna genomföras på ett korrekt sätt krävdes dock att jag fick tillgång till de yrkesverksamma inom den aktuella regionens subutex och metadonprogram, något som visade sig vara svårt. Den personal inom subutex och metadonprogrammen jag fick kontakt med var inte villiga att delta i undersökningen. Då jag redan varit i kontakt med yrkesverksamma inom socialförvaltningen med missbruk som inriktning väcktes det ett intresse för mig att undersöka hur de ser på och värderar underhållsbehandling. Resultatet är den uppsats ni nu läser vilken handlar om hur de yrkesverksamma inom socialförvaltningen som arbetar med missbruksfrågor ser på och värderar underhållsbehandling.

Det stora problemet med denna uppsats har varit, som tidigare nämnts, tillgång till fältet. Jag har aktivt försökt få till stånd en intervju med yrkesverksamma inom så väl metadonmottagningen och subutexprogrammet inom den aktuella regionen, utan någon som helst framgång.

Jag vill ge ett stort tack till min handledare Johan Cronehed för allt stöd och vägledning under uppsatsskrivandet. Jag vill också ge ett stort tack till alla de socialsekreterare och representanten från Svenska brukarföreningen som ställt upp för intervjuer.

# 1. Inledning

## 1.1 Problemformulering

Heroin är den narkotikaklassade drog som dödar flest människor i Sverige och resterande Europa. I Sverige är ungefär 0,15 procent av befolkningen i åldern 15-57 år beroende av heroin (Socialstyrelsen, 2004a). Detta är dock en andel som anses öka. Ett av delmålen för svensk narkotikapolitik är att förmå personer med missbruksproblem att upphöra med sitt missbruk. Läkemedelsassisterad behandling, substitutionsbehandling eller underhållsbehandling har fått en allt viktigare roll både vid akuta tillstånd och vid långtidsbehandling (Johnson, 2005). Substitutionsbehandlingen består av metadon, subutex och på senare år suboxone (a.a). Sjukvården har i den offentliga debatten fått skarp kritik för att den inte kan leva upp till vårdgarantin för heroinmissbrukare (Sydsvenskan 2007-07-14). Allra värst är situationen i västra Götaland där väntetiderna för substitutionsbehandling är uppemot 5 år (a.a). Under en hearing som läkemedelsverket anordnat under våren 2008 framkom det att det förekommer tilltagande missbruk av subutex (läkemedelsverket, 2008). Missbruket sker antingen i berusningssyfte eller för att behandla abstinens i väntan på behandling (a.a). Det har under inledningen av 2000-talet förekommit två typer av underhållsbehandling parallellt med varandra; den hårt reglerade metadon-behandlingen och den närmast oreglerade Subutex-behandlingen. *Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* (Socialstyrelsen, 2004b), är det regelverk som började gälla 2005. Föreskrifterna innebär ett gemensamt regelsystem för metadon och subutex. Endast läkare inom den specialiserade beroendevården får skriva ut metadon eller subutex. Insatsen ska ske i samråd med kommunens socialtjänst, vilket innebär att en gemensam behandlingsplan ska göras mellan beroendevård och socialtjänst (a.a). Bengt Svensson (2005), docent i socialt arbete och forskare vid Malmö högskola, anser att det särskilt inom socialtjänsten finns ett motstånd mot underhållsbehandlingen. Motståndet medför enligt Svensson att socialtjänsten inte alltid medverkar till att heroinmissbrukare blir beviljade underhållsbehandling. Den främsta kritiken från socialtjänsten mot underhållsbehandlingen har varit att det primära målet med behandlingen inte är drogfrihet samt att programmets existens försvårar socialtjänstens motivationsarbete med klienterna (a.a). Då insatsen ska ske i samråd mellan socialtjänst och beroendevård är de enskilda socialarbetarnas värderingar av underhållsbehandling och missbruk av stor vikt för en klients möjligheter till denna behandlingsform. Kira Ljungdahl (2006), studerande vid

Socialhögskolan i Lund, intervjuar i sin undersökning en sjukskötare samt en läkarsekreterare som är verksamma på Substitutionsmottagningen i Helsingborg. Vid intervjuerna framkom det att socialsekreterarnas åsikt är av stor betydelse för vilka patienter som beviljas underhållsbehandling (a.a). Mot denna bakgrund växte det ett intresse för mig att undersöka hur de yrkesverksamma inom socialtjänsten som arbetar med missbruksfrågor ser på och värderar underhållsbehandling och heroinmissbruk.

## **1.2 Syfte**

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur de yrkesverksamma inom socialtjänsten som arbetar med missbruksfrågor kan se på och värdera underhållsbehandling och heroinmissbruk utifrån deras återberättande i intervjuer

## **1.3 Centrala frågeställningar**

För att besvara detta syfte kommer jag att använda mig av följande frågeställningar:

- Vad anser yrkesverksamma inom socialtjänsten med missbruk som inriktning om underhållsbehandling?
- Vilka värderingar finns det bland de yrkesverksamma inom socialtjänsten med missbruk som inriktning angående substutionsbehandling som behandlingsform för heroinmissbruk?
- Hur uppfattar de yrkesverksamma inom socialtjänsten med missbruk som inriktning socialstyrelsens riktlinjer angående underhållsbehandling?

## **1.4 Metod**

För att undersöka underhållsbehandlingens och narkotikapolitikens historia och aktuella position i Sverige har jag använt mig av en litteraturstudie. Jag fördjupade mig i form av relevanta böcker, rapporter och avhandlingar.

Då fokuset i denna uppsats ligger på att undersöka åsikter och tankar snarare än frekvenser eller statistik, har jag även som avsikt att använda mig av ett kvalitativt tillvägagångssätt. Intervjuer ger en god inblick i människors upplevelser, erfarenheter, åsikter, drömmar, attityder och känslor (May, 2001).

För att ge intervjupersonerna möjlighet och frihet att utveckla egna tankar och idéer har jag använt mig av semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade intervjuer skapar en möjlighet

att utveckla en dialog med informanten vilket i sin tur kan resultera i fördjupade svar (May, 2001). Då mina frågeställningar inte söker precisa svar utan snarare en större insikt, gör att jag finner denna metod lämplig för min studie.

## **1.5 Urval**

Intervjupersonerna består av tre socialsekreterare som alla arbetar med missbruksfrågor samt en representant för Svenska brukarföreningen. Intervjun med representanten från Svenska Brukarföreningen används främst i analysen där hans berättande ställs i relation till mina intervjuade socialsekreterares uppfattningar om missbruk och underhållsbehandling.

Socialsekreterarna tillhör olika kommuner men ingår i samma region och använder samma underhållsbehandlingsprogram, de aktuella kommunerna är även grannkommuner.

Kommunernas storlek varierar. Kommun A, är en stor kommun med ungefär 100 000 invånare, medan kommun B är en mellan stor kommun med en befolkning på ungefär 30 000, kommun C kan ses som en liten kommun med sina 15 000 invånare (Statistiska Centralbyrån, 2008). Detta urval ger mig möjlighet att se eventuella likheter och skillnader utifrån kommunens storlek. Även representanten från Svenska brukarföreningen är en brukare av samma regions metadonprogram och bidrar med dels sin egen erfarenhet av underhållsbehandlingen och dels Svenska brukarföreningens perspektiv. Representanten används främst som en referenspunkt för att utveckla min analys avseende den, av intervjupersonerna beskrivna, problematik inom underhållsbehandlingen som jag belyser och utreder i uppsatsen. Jag har inte haft någon ambition att dra några generella eller allmängiltiga slutsatser utifrån denna undersökning. Urvalsgruppen jag använder utgörs av ett fåtal personer vilket försvårar generaliserbarheten.

## **1.6 Etik**

Jag anser att det är angeläget att upprätthålla det etiska kravet på anonymitet. Utöver detta kommer stort hänsyn att tagas till de övriga etiska aspekter som informationskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Samtliga intervjupersoner, utom en socialsekreterare, tillät att intervjun spelades in.



## **1.7 Reliabilitet**

Reliabilitet eller tillförlitlighet innebär traditionellt att resultaten av undersökningen är stabila och fria från variationer av intervjueteknik, tid eller plats (Trost, 2005). Vilket exempelvis kan innebära att intervjuaren ställer sina frågor på samma sätt och att alla intervjuade skall vara i samma situation. Då jag i denna undersökning använder mig av ett kvalitativt tillvägagångssätt är det möjligt att resultaten hade blivit annorlunda om någon annan gjort intervjun eller om undersökningen gjorts vid en annan tidpunkt. Det är dock själva förändringen som är det intressanta vid kvalitativa studier (Trost, 2005). Som intervjuare försöker jag att vara lyhörd och uppmärksamma tonfall, ansiktsskiftningar, uttryck och andra kroppsrörelser. Jag upplever intervjupersonerna som ärliga och uppriktiga i sina svar och berättelser. Dock bör vi ha i åtanke att samtliga intervjuade tillhör och representerar sin organisation vilket till viss del kan påverka deras svar och möjlighet att uttrycka sig. Jag tror dock att möjligheten för intervjupersonerna att vara anonyma gav dem en större frihet att kunna uttrycka sig.

## **1.8 Validitet**

I en undersökning som denna innebär validitet att författaren verkligen har undersökt det han eller hon hade som avsikt att undersöka (Trost, 2005). Ett sätt för författaren att visa att han eller hon har undersökt det som var avsikten att undersöka är genom ett samband mellan empirin och teorin (Halvorsen, 2006). För att undersökningen ska ha validitet krävs det att författaren samlar in data som är relevant för den problemställningen han eller hon arbetar med (a.a) För att stärka validiteten i denna undersökning har jag använt mig av samma intervjuguide till samtliga socialsekreterare (bilaga1). Intervjuguiden för brukarrepresentanten har endast en fråga anpassats för att bättre passa in i den aktuella situationen (bilaga2). Då samtliga intervjupersoner tillhör samma region är de alla brukare av samma regionalprogram, vilket innebär att deras upplevelser om underhållsbehandlingen till stor del avser den aktuella regionens subutex- och metadonprogram och går där med inte att generalisera. Det är även troligt att deras upplevelse av de regionala programmen färgar deras åsikter om och hur de värderar underhållsbehandling generellt.

## 2 Centrala begrepp och historik

### 2.1 Centrala begrepp:

**2.1.1 Ett narkotikafritt samhälle:** Ett narkotikafritt samhälle är det uttalade huvudmålet för svensk narkotikapolitik (Goldberg, 2005), vilket är det samma mål som under 1970-talet. Det övergripande målet har dock modifieras genom att tre delmål har lagts till; 1) minska rekryteringen till missbruk 2) förmå fler missbrukare att upphöra med sitt missbruk 3) minska tillgången på narkotika. Ett narkotika fritt samhälle kan ses som ett uttryck för optimism och en positiv människosyn. Genom de ovanstående delmålen har aspirationsnivån sänkt från det övergripande målets krav från ett narkotikafritt samhälle till att bara minska nyrekryteringen, fortsatt missbruk och tillgång. Enligt Ted Goldberg, fil dr i sociologi, kan detta vara ett tecken på en förändring från nolltolerans till vis tolerans (a.a).

**2.1.2 Förebyggande åtgärder:** Narkotikakommissionen skriver att den vanligaste förebyggande insatsen är information i form av traditionell kunskapsförmedling (Goldberg, 2005). Informationen har fortfarande hög prioritet i Regeringens proposition, men samtidigt poängteras att det finns tydliga samband mellan narkotikamissbruk, kriminalitet, dåligt självförtroende, bristande social kompetens och svagt socialt nätverk. Regeringen uttrycker ett behov av forskning kring sambanden mellan missbruk och socioekonomisk bakgrund, etnisk tillhörighet samt ålder och kön (a.a).

**2.1.3 Restriktiv kontrollpolitik:** Restriktiv kontrollpolitik är regeringars sätt att via juridiska åtgärder begränsa narkotikans utbredning (Goldberg, 2005). Genom att lägga stor tonvikt vid användningen av lagstiftning, polis och domstolar försöker regeringarna reducera narkotikakonsumtionen (a.a).

**2.1.4 Opiumpreparat/Heroin:** Heroin utvinns ur opiumvallmo, papaver somniferum (Svensson, 2005). Opiumvallmon är känd som en medicinalväxt sedan tusentals år före Kristus. Växten antas härstamma från Mellersta Östern för att sedan ha spridit sig till stora delar av Asien. En ny växtplats introducerades under 1990-talet, Colombia. 1803 lyckades den tyske farmaceuten Friedrich Wilhelm Serturner utvinna den viktigaste verksamma beståndsdel från opiumet, preparatet Morfin. Morfin var fram till mitten av 1960-talet en viktig ingrediens i flera svenska hostmediciner (Svensson, 2005). Morfinbas började uppträda på den illegala marknaden i Stockholm och Malmö under våren 1971. Morfinbas dominerade opiatmarknaden fram till dess att heroinet tog över, i Stockholm under 1974 och i Skåne

under sommaren 1975. Traditionellt så finns det flera olika typer av heroin på den illegala marknaden. Den vanligaste uppdelning bygger på olika steg i raffineringprocessen och är indelad i fyra kategorier: Number one; obearbetat morfin. Number two: heroinbas som inte har övergått till saltet heroinhydroklorid. Konsistensen varierar från fast form till puderaktigt. Number Three; preparatet innehåller mellan 25 och 45 procent heroinhydroklorid som är utspädd med andra, ibland icke- narkotiska, substanser. Number four; Den mest raffinerade formen med en renhetsgrad på upp till 98 procent heroinhydroklorid (a.a).

**2.1.5 Metadon och subutex:** Metadon är det äldsta preparatet som används som ersättning för heroin (Svensson, 2005). Metadon är långtidsverkande vilket innebär att en dos räcker ett dygn, att jämföra med heroin som varar fyra till sex timmar. Preparatet ges oralt, upplösligt i juice. Under 1990-talet lanserades Subutex som ett alternativ till metadon. Preparatet är ett smärtstillande medel som funnits tillgängligt på marknaden sedan tidigt 1980-tal, då under namnet Temgesic. Suboxone är ett preparat som kombinerar Subutex med Naloxone. Naloxone är det motgift som används för att häva heroinöverdoser. Genom att kombinera Subutex med Naloxone minskar risken för att preparatet ska fungera som missbrukspreparat. (a.a)

1999 inregistrerade Läkemedelsverket ett nytt läkemedel på indikationen heroinnarkomani; buprenorfin, subutex (Goldberg, 2005, Socialstyrelsen, 2004). Subutexet var avsett som ett ersättningspreparat för metadon, vilket har använts i Sverige sedan 1960-talet. Med introduktionen av subutex väcktes frågor om den framtida behandlingen av opiatmissbrukare. Det nya medlet, subutex, uppfattades av vissa som ett hot mot den traditionella behandlingen. Kritiken handlade om att en ökad okontrollerad förskrivning skulle underminera metadonets roll inom beroendevården. Behandling av heroinnarkomani utformas som ett samarbete mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. För en framgångsrik behandling är det av stor vikt att det finns ordnad bostadssituation, meningsfull sysselsättning och ett fungerande socialt nätverk, vilket innebär att samarbetet är av stor vikt för resultatet av behandlingen (a.a).

**2.1.6 Socialstyrelsens riktlinjer:** Enligt socialstyrelsens *föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiat beroende* (2004) är syftet med underhållsbehandling att få den som är beroende av opiater att upphöra med sitt missbruk samt att få en förbättrad hälsa och social situation. Verksamheten skall samordnas med

socialtjänsten, efter en undersökning av patienten skall läkaren i samråd med socialtjänsten bilda sig en helhetsuppfattning om patientens missbruk, hälsotillstånd och sociala situation. För att individen skall få tillgång till underhållsbehandling så måste han eller hon fyllt 20 år samt varit beroende av opiater i minst två år. Underhållsbehandling kan ges till den som är under 20 år om det finns särskilda skäl. Vårdplanen skall baseras på en utredning som ger en helhetsbild av individens medicinska, psykologiska samt sociala situation. Vårdplanen upprättas i samband med patienten och socialtjänsten, vilket innebär en överenskommelse om vilka behandlingsåtgärder och kontrollundersökningar som blir aktuella. Patienten kan uteslutas från underhållsbehandlingen om han eller hon haft upprepade återfall, manipulerat urinprover, utsatt personal och/eller patienter för våld eller hot om våld, missbrukat alkohol eller dömts för narkotikabrott (a.a).

## **2.2 Historik**

Sverige var ett av de först länderna utanför USA som byggde upp underhållsbehandling med metadon till opiatmissbrukare (Goldberg, 2005). Det var under 1960-talet, när narkotikan började sprida sig till nya grupper i befolkningen, som det ”liberala projektet” genomfördes. Tanken bakom projektet var att ge storkonsumenter av narkotika ren narkotika för att på det sättet förbättra deras hälsa. Ytterligare en orsak var att man förmodade att storkonsumenterna inte skulle behöva begå brott för att skaffa pengar till narkotika samt att de skulle våga kontakta medicinsk personal vid behov. Förskrivningen av narkotikan utfördes av ett fåtal läkare. Läkaren hade dock främst en rådgivande roll, då det var patienten som bestämde doseringen (a.a).

Narkomanvårdskommittén tillsattes 1966, en del av deras arbete bestod av att utvärdera liberalförskrivningsprojektet (Goldberg, 2005). Folkhälsoinstitutet hänvisar till utvärderingen i sin översikt över den svenska drogpolitiken. Folkhälsoinstitutets sammanfattning var att liberalförskrivningsprojektet inte uppnådde sitt mål att minska brottsligheten i målgruppen. Annan kritik som riktades mot liberalförskrivningsprojektet var att omåttligt stora doser skrevs ut, att stora mängder narkotika läckte ut och blev tillgängliga på den svarta marknaden, att patienter gav droger till andra människor, samt att journalföringen var bristfällig. Många forskare, bland annat Sune Sunnesson professor i socialt arbete, ifrågasätter dock dessa

slutsatser. Liberalförskrivningsprojektet presenteras än idag som ett ”bevis” för att prohibition är det enda realistiska och humanitära sättet att hantera narkotikaproblemet (a.a).

Narkotikastrafflagen trädde i kraft 1968, idéerna bakom narkotikastrafflagen grundar sig i det tiopunktsprogram som utformades av narkomanvårdskommittén (Goldberg, 2005). De viktigaste förslagen i programmet var att utveckla en drogfri behandling, informera om narkotika, utöka tullen och polisen samt att avsevärt öka straffsatserna för grovt narkotikabrott. Narkomanvårdskommitténs förslag var något som man försökte tillämpa under 1970-talet. Ett antal drogfria behandlingshem grundade på olika teorier startades, diskussionen handlade främst om vilka metoder som var bäst. Parallellt utökades även polisens och tullens anslag till narkotikabekämpning markant, samtidigt som den restriktiva kontrollpolitiken utvidgades. Utvidgningen av kontrollpolitiken innebar att alltfler handlingar gjordes illegala och att straffsatserna skärptes (Kasman 1998, Goldberg, 2005).

Björn Johnson (2005), filosofie doktor i stadsvetenskap och forskare med inriktning mot narkotikapolitik, menar att den svenska metadonkonflikten är ett resultat av starka vårdideologiska motsättningar mellan socialpolitiskt och ett medicinskt synsätt på narkotikamissbruk. På ena sidan av konflikten återfanns socialtjänsten, den drogfria narkomanvården, flera frivilligorganisationer som exempelvis RFHL (Riksförbundet för hjälp till läkemedelsmissbrukare), samt en del politiker och massmedier. Argumentet för motståndarna till metadonbehandlingen var, och är, att metadon var narkotika och att preparatet därför inte hade någon roll att spela i den svenska narkomanvården. Vidare menade motståndarna att metadonbehandlingen var riskabel och troligen en samhällsfara. På den andra sidan konflikten fanns i princip endast metadonläkarna, vilka menade att metadon var ett verksamt läkemedel, samt att det inte fanns några belägg för de påstådda negativa konsekvenserna av behandlingen. Johnson menar att mot bakgrund av dåtidens kunskaps situation var en del av farhågorna om metadonet rimliga. Han anser dock att behandlingen borde blivit godkänd som reguljär verksamhet senast 1979. 1979 nådde intagningen taket av socialstyrelsens gräns om 100 patienter (a.a).

Morfinbasmissbruket etablerades på allvar i Stockholm 1972. (Johnson, 2005) När opiatmissbruket tilltog började antalet remisser till Ulleråker att öka, vilket ledde till att en metadonkritisk opinion började mobiliseras. Kritiken mot metadonbehandlingen kom främst från RFHL, socialarbetare och företrädare för den drogfria narkomanvården, men även från

massmedia, läkare och politiker. Under åren 1972-73 lät RFHL cirkulera protestlistor mot metadonprogrammet inom socialtjänsten i Stockholm (a.a).

Under 1970-talet var de några av de viktigaste aktörerna två klientorganisationer med skilda ideologier; RFHL och RNS (Goldberg, 2005). RFHL, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende, ville att motåtgärder för drogmissbruk huvudsakligen bör bestå av att förbättra samhällsliga förhållanden och frivillig vård. Enligt RFHL's synsätt var drogmissbruk ett resultat av negativa sociala erfarenheter. RNS, Riksförbundet narkotikafritt samhälle, krävde en utvidgning av den restriktiva kontrollpolitiken och tvångsvård. Enligt RNS's synsätt var missbrukare vanliga människor som saknade en tillfredställande uppfostran. Missbrukaren måste, enligt RNS, lära sig att uppföra sig ordentligt. För att missbrukaren skulle kunna lära sig att uppföra sig ordentligt så ansåg RNS att vården borde grunda sig på pedagogik snarare än terapi. Missbrukaren ansågs ha förlorat kontrollen över sig själv, vilket innebar att samhället var tvungna att ha maktmedel att hålla dem kvar i behandling (a.a).

Polisens roll var också en diskussion som fördes under 1970-talet i Sverige. Under den tidigare delen av 70-talet var polisens primära mål den organiserade brottsligheten (Johnson, 2005). Trots att polisen ibland riktade blickarna på en gatunivå så var det inte huvudmålet. Polisen ansåg att det inte var värt mödan att jaga konsumenter av hasch då det ofta beviljades åtalsunderlåtelse för innehav eget bruk. Under tidigt 1980-tal ändrades dock polisens och åklagarnas strategi, vilket ledde till att åtalsunderlåtelse sällan beviljas för narkotika fall (a.a).

Goldberg (2005) menar att ett av de mest grundläggande och återkommande teman inom svensk narkotikapolitik är att slå fast om budskapet att narkotikakonsumtion inte tolereras (a.a).

Narkotika debatten under 80- och 90-talen var enligt Goldberg (2005) närmast obefintlig. Antingen stödde man narkotikapolitiken eller var man drogliberal. Generellt var det RNS:s modell som vunnit gehör (a.a)

Motståndet till metadonbehandling avtog gradvis under 1980-talets första hälft. (Johnson, 2005) Det främsta skälet till att motståndet avtog var att det inte längre gick att bortse från de positiva resultat som metadonprogrammet i Uppsala kunde uppvisa. 1983 klassades metadonbehandlingen som reguljär behandlingsmetod baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det dröjde dock ytterligare några år innan den riktiga vändningen i debatten infann

sig. Det var när hiv-viruset på allvar etablerat sig bland heroinmissbrukarna, vilket skapade en rädsla för en omfattande hiv-epidemi, som ledde till att injektionsmissbruket mer och mer började betraktas som ett smittspridningsproblem. Främst var det de kvinnliga heroinmissbrukarna, vilka ofta finansierade sitt missbruk med prostitution, som utgjorde en potentiell språngbräda för smittspridningen till den övriga befolkningen (a.a).

Johnson (2005) menar att orsaken till att metadonbehandlingen blivit så kontroversiell var för det första att kritiken hängde samman med det ökade opiatmissbruket och framförallt med uppkomsten av ett mer omfattande subkulturellt missbruk av morfin, morfinbas och heroin. Det andra skälet var utvecklingen som metadonbehandlingen hade gått igenom internationellt, där man saknade den infrastruktur som hade kunnat göra det möjligt att bemöta den accelererande narkotikaepidemin. Det tredje skälet var den generella utvecklingen på narkomanvårdsområdet och den där till knutna konflikten mellan två olika tankesystem: det traditionella medicinskt-biologisk syn på missbruk, och det nya, psykosocialt och terapeutiskt orienterat synsättet. Det fjärde och viktigaste skälet var att metadonbehandlingen blev av RFHL mer och mer förknippat 1960-talets legalförskrivningsförsök. RFHL var 1965 initiativtagare till legalförskrivningen och när den förbjöds 1967 hade den dragit med sig förbundet i fallet (a.a).

Det var professor Lars Gunne som 1966 tog initiativ till ett behandlingsprogram vid Ulleåkers sjukhus i Uppsala (Svensson 2007). Programmet var vid start litet i skala men växte efterhand till att omfatta ett par hundra patienter. Metadonprogrammet blev snart ifrågasatt, främst av personer som var verksamma inom den narkomanvård som syftade till drogfrihet. Resultatet av den hårda kritiken var ett intagningsstop mellan 1979 och 1984. Av de narkotikamissbrukare som under dessa år satte upp sig på väntelistan dog 50 procent. Oron för hiv-spridningen öppnade dock dörren för en utvidgning av metadonprogrammet och intagningsstoppet hävdes. Ulleråkerforskarna genomförde en studie där två grupper av heroinister jämfördes i en kontrollerad studie, den ena gruppen fick metadonbehandling, medans den andra gruppen hänvisades till narkomanvårdens ordinarie vårdutbud (a.a). Metadonbehandlingens överlägsenhet var enligt Svensson (2007) överväldigande.

Marlene Stenback, doktor i medicinsk vetenskap, och docent Anders Romelsjö gjorde 1997 en utvärdering av det svenska metadonprogrammen från starten fram till och med 1993. De konstaterar att metadonbehandling medför en markant minskning av kriminalitet, sjukvård och dödlighet samt en klar förbättring av livssituationen för många patienter. Undersökningen

omfattade 655 patienter, av dessa hade 257 blivit ofrivilligt utskrivna och inte återinträtt i metadonbehandling. Följande faktorer ökade sannolikheten för ofrivillig utskrivning: Att vara man, att vara yngre än 30 år vid inträde i metadonbehandling, att ha dömts minst tio gånger för brott före inträde i metadonbehandling och låg metadondos (mindre än 65 milligram per dag) (a.a)

Bent Svensson (2005), docent i socialt arbete, delar in metadonbehandling i tre modeller; den medicinsk/psykosociala modellen, den defensiva substitutionsbehandlingen och harm-reduction modellen. Den medicinsk/psykosociala modellen har tonvikten lagd på social rehabilitering och inriktar sig främst på själva beroendet. Modellen syftar till att patienten kan få en så normal och stabil tillvaro att han eller hon blir mottaglig för den psykosociala behandlingen. I den defensiva, abstinensorienterade substitutionsbehandlingen ges metadon endast under en kortare period, ofta i låga doser och med hög grad av kontroll. Patienten ska därefter slussas vidare till den drogfria behandlingen. Harm-reduction modellen har som sitt främsta syfte att begränsa skadorna av narkotikamissbruket. Vilket kan innebära att metadon delas ut till avgränsade grupper utan behandlingsmässiga ambitioner (a.a).

Den svenska metadonbehandlingen hänför Svensson (2005) till ”den medicinsk/psykosociala modellen”. Svensson använder sig av avgiftningar i slutenvård som ett exempel på en abstinensorienterad substitutionsbehandling.

Reglerna för att få metadon i Sverige var redan vid starten höga. Patienterna skulle vara minst 20 år, ha ett minst 4 års dokumenterat heroinmissbruk och inget känt blandmissbruk. Där utöver fanns krav på att patienten skulle ha gjort minst tre försök att genom vård sluta med missbruket. Vidare fick missbrukarna inte ha några förestående rättegångar eller planerade fängelsestraff (a.a).

Kritiken mot metadonprogrammet innehöll en blandning av narkotikapolitiska, medicinska och vårdideologiska argument.

- Att dela ut metadon till heroinister är att ersätta ett narkotiskamissbruk med ett annat. Svensson: Metadonförespråkarna hävdade att metadon inte ger eufori utan att det fungerar som insulin för en diabetiker. Preparatet tar bort suget efter heroin och innebär att patienten kan arbeta, studera och köra bil.
- Risken är stor att metadonpatienter säljer sitt metadon och köper heroin i stället för pengarna, vilket kan leda till en ökad spridning av narkotika. Metadonförespråkarna



pekade på att läckaget var obetydligt, eftersom att kontrollen i det svenska programmet var strängt.

- Metadonet gör patienterna känslomässigt avtrubbade och metadon har i övrigt omfattande biverkningar. Metadonförespråkarna menar att även om preparatet påverkar känslolivet så sker det i mindre grad än om patienten är i ett aktivt heroinmissbruk. Svensson påpekar att många heroinister vill ha metadon trots att de känner till preparatets biverkningar och metadonprogrammets hårda kontroll.
- Genom att patienterna får metadon ges de inte möjlighet att bearbeta de känslomässiga problem som ligger bakom missbruket. Metadonförespråkarna anser att det inte är realistiskt att jämföra en lyckad drogfri behandling eftersom traditionell drogfri behandling sällan leder till varaktig drogfrihet för heroinmissbrukare. Vidare menar förespråkarna att det är just de dåliga behandlingsresultaten av den drogfria behandlingen som skapar uppgivenhet, inte metadonbehandlingen.
- Existensen av metadonprogram sprider en uppgivenhet bland heroinisterna och medför att de tackar nej till drogfri behandling (Svensson, 2005).

Svensson (2005) menar att det särskilt inom socialtjänsten finns en oro för en ”medikalisering” av vården av heroinister innebärande att enbart underhållsbehandling erbjuds, inte minst för att den är billigare än dygnsvård på drogfri basis. Detta kan leda till att klienter som vill ha drogfri behandling nekats denna och erbjuds underhållsbehandling i stället (a.a).

## **3 Teori och tidigare forskning**

### **3.1 Tidigare forskning**

Arne Kristiansens, lektor och forskare inom socialt arbete, och Bengt Svenssons, docent i socialt arbete, undersökning *Narkomani och byråkrati går inte ihop* (2004) är en granskning av missbrukarvården ur ett klient/patient perspektiv. Kristiansen och Svensson intervjuar 45 personer med skiftande avstånd till missbruket i undersökningen. Det rör sig om aktiva missbrukare, personer i avgiftning, personer i öppenvårdsbehandling eller eftervård samt personer på utredningshem. Intervjuerna ger värdefulla överblicksbilder av läget om inom

missbruksvården och illustrerar även viktiga tendenser och brytningar mellan missbrukare och myndigheter (a.a).

Kristiansen och Svensson (2004) hävdar att det har inträffat ett paradigmskifte inom socialtjänsten. Den offensiva narkomanvård Sverige bedrev under åttiotalet innebar att man försökte få alla som ville ha vård in i vård. De personer som var tveksamma till vård försökte man övertala till vård genom motivationsarbete. Socialtjänsten var en pådrivare för vård. Bilden förändrades dock under nittiotalet. Öppenvården, med skiftande inriktning och intensitet, blev valet på bekostnad av den tydliga och avgränsade institutionsvården. Det blev upp till klienterna att övertyga socialtjänsten om att deras vårdintresse var äkta och att de var motiverade till vård. Kristiansen och Svensson menar att socialtjänstens uppgift har blivit att styra över klienternas vårdönskingar från dyr institutionsvård till billigare öppenvård. Vidare framför Kristiansen och Svensson att socialtjänsten har till uppgift att bromsa vård genom att hålla omotiverade klienter ifrån sig, den offensiva narkomanvården har blivit defensiv (a.a).

Kira Ljungdahl (2006) intervjuar i sin undersökning en sjukskötare samt en läkarsekreterare som är verksamma på Substitutionsmottagningen i Helsingborg. Vid intervjuerna framkom det att socialsekreterarnas åsikt är av stor betydelse för vilka patienter som beviljas underhållsbehandling. Vid intervjuer med fyra socialsekreterare framkommer det dock att socialtjänsten inte anser sig ha någon större möjlighet att påverka urvalet av patienter. Vidare så framkommer det även att den rådande inställningen bland så väl socialtjänstens som sjukvårdens personal är att underhållsbehandling bör ses som en sista utväg (a.a).

Studenterna Maria Andersson, Amalia Falk och Eva Severins vid socionomprogrammet på Göteborgs universitet, gjorde 2008 en studie om yrkesverksammas syn på substitutionsbehandling. I studien intervjuar studenterna nio socialsekreterare inom substitutionsmottagningar, narkomanvården samt socialtjänsten i Göteborg. Utifrån resultaten av studien så framgår det att de intervjuade socialsekreterare från socialtjänsten inte ser underhållsbehandling som en universal behandling.

### 3.2 Fortsatt framställning

Fram till nu har jag tagit upp vilken metod jag använder mig av samt urvalet av mina intervjupersoner. Jag har också presenterat centrala begrepp för studien samt redogjort för underhållsbehandlingen och narkotikadebattens utveckling. Där utöver har jag även presenterat aktuell forskning avseende denna studie.

Här ges en kort överblick av kommande delar. Som avslutning till detta kapitel ges en redogörelse för vilket teoretiskt perspektiv som valts för att förstå och tolka det insamlade materialet. Kapitel 4 består av de insamlade intervjuerna, som sedan analyseras och sammanfattas i kapitel 5. Kapitel 6 innehåller en avslutande diskussion där jag diskuterar min upplevelse av studien och dess resultat.

### 3.3 Rationell handlingsteori

Rationella val är en teori som utgår från ett antagande om att människan är en rationell varelse som medvetet och strategiskt väljer bästa medlen för att uppnå olika typer av mål (Danell, 2007). Rationell handlingsteori kan betraktas som idealtypisk i sin karaktär. Målet är att skapa en övergripande teori som förklarar länken mellan individuellt handlande och samhälllig struktur. Teorin fäster stor vikt vid individuella handlingar, vilka betraktas som förklarande mekanismer mellan individ och samhällsstruktur. Rationell handlingsteori delas generellt upp i en *smal* och en *bred* inriktning. Den *smala* inriktningen av Rationell handlingsteori bygger på antaganden om att människor agerar utifrån egennyttan samt har tillgång till all den nödvändiga informationen som behövs för att kunna fatta ett objektiva och rationella beslut (a.a).

Inom de bredare formerna av rationell handlings teori, vilket är den inriktning jag kommer att använda mig av i detta arbete, har man valt att nyansera många av de grundläggande antagandena (Danell, 2007). Inom denna inriktning tar man större hänsyn till människors faktiska handlande i vardagssituationer. För att förstå och förklara människors handlingar lyfter man här fram normer, värderingar och mänskliga begränsningar. Den breda formen av rationell handlingsteori utgår ifrån antagande om att rationalitet från människors subjektiva upplevelser och uppfattningar, det är enligt denna inriktning inte möjligt att specificera vad som är objektiva rationella (a.a).

Inom rationell handlingsteori betonas det nästan alltid att teoretiska antaganden bör hållas relativt få och enkla, målet är att skapa överskådliga analytiska modeller (Danell, 2007). Teorin tar sin utgångspunkt i människors medvetna och aktiva handlingar för att förklara individuellt agerande eller uppkomsten av ett samhällsfenomen. Ett samhällsfenomen, makrofenomen, ses ur denna teori enbart som aggregat av individers handlingar, egenskaper, tankar och samspel. Enheter som exempelvis företag, familjer och politiska partier utgör ur detta perspektiv inte enheter utan enskilda individer som tänker, handlar och interagerar. Människor är dock delar av ett socialt sammanhang och kan samtidigt agera i ett kollektivt intresse. Inom rationell handlingsteori problematiseras övergången mellan mikronivå, individnivå, och makronivå, den institutionella strukturen. Teorin kan även användas på mikronivå för att förstå, förklara eller predicera enskilda människors handlingar. Teorin anger dock inte om handlingarna är bra eller dåliga, önskvärda eller inte, utan endast principerna för rationellt handlande (a.a).

Utifrån rationell handlingsteori är människan en rationell varelse, då han eller hon ställs inför olika situationer och valmöjligheter så förväntas hon att välja det alternativ som ger bäst utfall (Elster 1989). Vi människor förväntas att optimera och välja det, efter omständigheterna, gynnsammaste alternativet. För att detta val ska vara möjligt krävs det vi har möjlighet att specificera och rangordna våra preferenser samt att väga fördelar och nackdelar mot varandra i någon form av kalkyl. Preferenserna förväntas vara inbördes logiska och bedömas utifrån samma kriterier. Allt vi människor gör betraktas dock inte som en handling. Inom rationell handlingsteori särskiljs handlingar från olika typer av reflexer, drifter och instinkter. En handling är något som görs aktivt och medvetet medans reflexer och instinkter är sådant som styr beteenden oreflekterat eller ofrivilligt exempelvis hunger, törst, sömn eller stark smärta (a.a).

Handlingar utförs för att de betraktas som mer eller mindre effektiva medel för att uppnå ett visst mål (Elster 1989), de är strikt instrumentella. Egennyttan måste dock inte vara målet för att en aktör ska kunna betraktas som rationell. En aktörs handlingar kan även styras av sådant som värderingar, omtanke, kärlek, tillit, feighet eller rädsla. Rationaliteten i handlingen framstår dock då som indirekt. Motiven för handlingen kan också skapas utifrån vad andra människor, eller grupper, vinner på de olika handlingsalternativen (a.a).

Få handlingar utförs i socialt vakuum, handlingar är tvärtom beroende och påverkade av andra människors handlingar, åsikter och tankar (Danell, 2007). En aktör som försöker komma fram

till vad som är en optimal handling måste ta hänsyn till hur andra aktörer kan förväntas göra. Därutöver måste aktören även ta hänsyn till att de övriga aktörerna gör motsvarande bedömningar. Vanligen så ser människor både på sig själva och på övriga aktörer som rationella. Vi människor utgår från att det vi ser som rationellt delas av andra, intersubjektivt (a.a).

”Perversa konsekvenser” är absurda och oavsiktliga konsekvenser mellan individuell och kollektiv nivå (Danell, 2007). Det handlar om individuella och kollektiva effekter som uppstår genom individuellt agerande, effekter som inte ingick i individens explicita mål. Ett rationellt beslut på individuell nivå kan få oavsiktliga konsekvenser på kollektiv nivå. På liknande sätt kan det som är rationellt på en kollektiv nivå vara så väl irrationellt som skadligt på individnivå. Lagar och samhälliga institutioner sätter upp gränser för vilka alternativ som är praktiskt möjliga (a.a).

Att förstå vad som är rationellt i ett visst sammanhang eller under specifika omständigheter är subjektivt, vilket innebär att aktören inte kan göra något annat än att utgå från sina personliga förutsättningar för att komma fram till vad som är önskvärt samt hur det bäst kan uppnås (Elster 1986). Innehållet i handlingen bedöms inte, intresset ligger i om handlingen i sig själv kan betraktas som rationell och om den utförs medvetet för att uppnå ett önskat utfall. Vilket innebär att även om två människor ställs inför samma situation och väljer helt olika sätt att handla fortfarande kan betraktas som rationella (a.a).

Enligt Jon Elster (1983) kan preferenser förändras, anpassas och vara motsägelsefulla. Preferenser kan anpassas efter vad som betraktas möjligt eller rimligt. Människor undviker tankar, situationer och handlingar som ger upphov till disharmoni. Vilket innebär att en människa som anpassar sina preferenser i relation till de rådande förutsättningarna kommer att känna sig nöjd om dessa anpassade målen infrias (a.a). Avgörande för preferenser är även vad som är känt om alternativen. Vilket innebär att tillgång till information är avgörande för både formande och förändring av preferenser (Brodin, 2003).

Preferenser är dock inte alltid logiska, aktören vill ibland helt enkelt ha det motsatta. Elster (1983) beskriver detta som ”gräset är grönnare på andra sidan fenomenet”, önskan om det motsatta grundar sig inte i preferensen utan i att det utgör ”det andra” (a.a).

Enligt Kahneman (2003) är även framställningen av en situation av stor vikt för hur människor agerar. Valet mellan de olika alternativen har inte bara med det förväntade utfallet

att göra utan även med framställningen (a.a). I vissa situationer är det dock inte möjligt att identifiera ett önskvärt alternativ. De kriterier som då ligger till grund för beslutet har då ofta inget att göra med det övergripande målet.

Jag finner att Rationell handlingsteori är relevant för analysen av min empiri då mina frågeställningar till stor del handlar om de intervjuade socialsekreterarnas normer och värderingar. Vidare finner jag den vara relevant då den förklarar länken mellan individuellt handlande och samhällig struktur. Genom att använda mig av rationell handlingsteori kan jag vid andra ord förklara länken mellan de intervjuade socialsekreterarnas samt brukarrepresentantens handlingar och värderingar och det regelverk och föreskrifter som styr underhållsbehandlingen.

## **4 Intervjuer**

### **4.1 Peter, Socialsekreterare kommun A.**

Peter arbetar som socialsekreterare i kommun A på en utredningsenhet. Peter beskriver sina arbetsuppgifter som stöd och behandling där utredning föregår insatserna.

Peter berättar att under de senaste fem åren har subutex behandlingen kommit mer i fokus än tidigare. Peter kommer varje vecka i kontakt med underhållsbehandling, och beskriver att det är en lång process att komma in på behandlingen. Kötiderna är långa. Peter berättar att de har ett avtal med det regionala subutexprogrammet, vilket innebär att utredningsenheten hjälper de som kommit in på programmet med den sociala biten. Peter beskriver att förvaltningen är skyldig att förse de brukare/patienter som kommit in på programmet med sysselsättning och bostad.

Sysselsättningen sköts genom både arbete och integration, en stor del av brukarna är delaktiga i en arbetsverkstad där de först får träffa en arbetsmarknadssekreterare som utreder vilka resurser de har och vilken praktik som kan vara aktuell för brukaren. Där finns även möjlighet att få hjälp med att söka arbete och att få lite datorkunskap. Vad avser boende så är stödboende en av enhetens vanligaste insatser. Peter berättar att många av klienterna inte kan få någon bostad på egen hand, många har straffat ut sig från arbetsmarknaden.

Peter anser att underhållsbehandling behövs i dagens samhälle. Han anser att det skapar ett drägligt liv för många utslagna människor.

Dom kan ju leva ett skapligt bra liv dom här utslagna människorna, som annars skulle varit riktigt utslagna på heroinet eller alkoholen eller vad dom nu faller ner på, dom har ju en möjlighet att kunna leva ganska skapliga liv med metadon eller subutex.

Peter påpekar att det finns en risk för att vissa av brukarna kommer att utveckla ett livslångt beroende av metadonet eller subutexen. Peter anser dock inte att det skulle vara värre än diabetiker eller människor med hjärtfel som också är i behov av medicin livet ut. Även den illegala subutexen på gatan kan enligt Peter hjälpa vissa missbrukare att komma på rätt kurs i livet. För att förtydliga vad han menar så berättar Petter om en klient som började köpa illegal subutex istället för heroin. Efter en tids användande insåg klienten att han kunde leva ett drägligare liv med subutexet än med heroinet. Orsaken till detta är enligt Petter att subutexet inte påverkar psyket negativt, i skillnad från heroinet, och att användaren blir fri från en del av de biverkningarna som heroinet för med sig. Efter att klienten börjat med illegal subutex användning började hans liv komma på rätt spår och han fick därefter hjälp att komma in i ett officiellt subutexprogram.

Peter säger att han sett många fall där underhållsbehandling räddat livet på missbrukare. Peter beskriver vägarna till underhållsbehandling som långa och ibland krokiga. Regionens program anser Peter är väldigt fyrkantiga. Missbrukaren skall vara klar med det rättsliga och inte ha några åtal som väntar, vilket enligt Peter kan vara svårt med tanke på missbrukarens utsatta livssituation.

Nu har jag kontakt med en kille vi har hållit på i fyra år för att han ska få subutex, första gången sumpade han det själv då kom han inte när vi skulle ha nätverksmöte, sen gick det ett år och så gjorde han en del brott och mellan ett brott och ett straff går det ju ett år och ibland ännu längre tid, under det året ansökte han ju om att komma in på subutexbehandling igen och det fick han ju, så vi kom på ett informationsmöte och då nämnde han ju där att han hade gjort lite skit så han väntade på åtal, varpå de då säger att han inte fick komma in nu utan söka igen efter avtjänat straff. Det hör till saken att han fick ett års fängelse och så överklagade han det, han söker ju fortfarande subutexbehandling men han kommer ju inte att få det, nu ska han dömas igen för ett nytt brott och förmodligen så får han fängelse igen, i vissa fängelser kan man få subutexbehandling men jag kan inte deras kriterier för att få det, jag tror inte att han får det.

För att få underhållsbehandling under fängelse tiden, måste personen redan vara inne i metadonbehandlingen eller subutexprogramet. Peter anser dock att underhållsbehandlingen är under en pågående förändring där det blir lättare för missbrukaren att få tillträde. Peter är dock noga med att poängtera att det inte bör gå lika långt som i Danmark och Holland, där han anser att de bara delar ut preparaten. Peter anser att det är bra att vi här i Sverige är så pass strikta vad avser sidomissbruk från brukarna i underhållsbehandlingen. Han anser dock att det fattas en del kring det psykosociala, och betonar problematiken med delade ansvarsområden. Peter beskriver det som problematiskt att landstingen endast sköter det medicinska medan socialförvaltningen sköter det psykosociala. Ett bättre alternativ anser Peter skulle vara om allt fanns på ett och samma ställe.

Peter anser att målet med ett narkotika fritt Sverige samt den oerhörda moralladdade debatten där till orsakat att många missbrukare dött i förtid. Enligt Peter så vill de flesta missbrukare inte leva ett kriminellt liv utan snarare ett så skapligt liv som möjligt. Peter anser att om möjligheten till underhållsbehandling funnits i större utsträckning så hade det kunnat rädda fler liv samt skapat fler produktiva medmänniskor. Samhället har enligt Peter gjort ett misstag i att utesluta människor med missbruksproblematik från samhället.

Peter anser att det är mycket moraliskt restriktivt tänkande inom narkotikapolitiken i Sverige, i jämförelse med Danmark och Holland där han anser att de har en human syn på missbrukaren. I Sverige, menar Peter, ser vi missbrukare som parias. Det moraliska tyckandet är enligt Peter väldigt påtagligt.

Här i Sverige tror jag ser man mer på missbrukare som parias det sitter kvar rätt mycket också det moraliska tycket, alltså det är du själv som ställt till det här då får du stå för det också, man ser ner på missbrukare mer i Sverige enligt det moraliska restriktiva tänkandet, det tror jag inte att man gör i Danmark man har nog mer mänsklig syn, likadant Holland och åt det hållet, ju längre upp i kylan man kommer ju mer moraliskt blir det.

## **4.2 Göran, Socialsekreterare kommun B:**

Göran arbetar som biståndshandläggare främst med missbruks och psykiatri i kommun B. Enligt Göran är det endast är en liten del av de klienter som han träffar som ansöker om underhållsbehandling, det vanligaste är att de ansöker om drogfribehandling. För de klienter



som ansöker om underhållsbehandling är det vanligast att de varit i kontakt med regionens subutex eller metdon program innan de kontaktar Göran. Även regionens program kontaktar Göran för att få ett utlåtande innan ett beslut fattas om klientens möjlighet till underhållsbehandling. Utlåtandet anser Göran vara av stor vikt avseende om klienten beviljas underhållsbehandling eller inte. Göran står för den sociala biten för de som ansökt om underhållsbehandling, vilket innebär att hjälpa klienten med ett drogfritt boende och sysselsättning. Göran anser att underhållsbehandling behövs och beskriver underhållsbehandling som en behandlingsform som fungerar. Han beskriver hur han sett samma klient åka in och ut på olika behandlingar utan någon egentlig effekt. Underhållsbehandling har enligt Göran hjälpt ett flertal av kommunens klienter att få sitt liv på rätt spår.

Klienterna har oftast varit i kontakt med metadon mottagningen eller subutexprogrammet innan de tar kontakt med Göran. Göran försöker då hjälpa klienten med bostad och/eller sysselsättning. I den aktuella kommunen finns det arbetsträning och dagligverksamhet som klienterna kan delta i, det finns även möjligheter för praktik. Många av klienterna som ansöker om underhållsbehandling står ofta långt från arbetsmarknaden då de inte haft något jobb på en längre tid.

Göran tror att den restriktiva narkotikapolitiken Sverige har fört de senaste tjugo till trettio åren försvårat för underhållsbehandlingen. Enligt Göran så är det målet med total drogfrihet för missbrukare som försvårade för underhållsbehandlingen. Att ge en missbrukare metadon eller subutex sågs av samhället som att byta en drog mot en annan. Göran beskriver metadon och subutex som en medicin som vissa människor troligen kan behöva livet ut.

Göran anser att Socialstyrelsens riktlinjer är viktiga för att utforma ett bra arbete med klienten. Han anser dock att regionens program inte alltid följer riktlinjerna helt. Enligt socialstyrelsens riktlinjer skall en klient vid upprepade tillfällen blivit ertappad med sidomissbruk för att riskera att bli avstängd från underhållsbehandlingen. Göran berättar att han upplevt att klienter blivit avstängda efter endast enstaka övertramp.

Efter att ha blivit avstängd från underhållsbehandlingen är det en karens på sex månader innan klienten kan söka igen. Många av klienterna återfaller då i missbruk och kriminalitet. Enligt Göran är detta ofta början på en nedåt gående spiral då klienten inte blir antagen på behandlingen om han eller hon har ett åtal eller fängelse straff som väntar. Göran menar att om någon blir utslängd från behandlingen så dröjer det oftast betydligt längre än sex månader

innan de blir antagna igen. Göran är noga med att poängtera att missbruk är en sjukdom och att klienterna, eller patienterna som han ibland hänvisar till dem som, har rätt till vård mot sin sjukdom som vilken sjuk person som helst. Klienten kan bli beroende av subutex eller metadon resten av sitt liv, Göran anser att det inte är mycket värre än en diabetiker som behöver insulin för resten av sitt liv.

Göran anser att underhållsbehandling är en besparing för samhället, då en aktiv missbrukare kostar så mycket mer. Klienterna utvecklas många gånger till arbetande medborgare, berättar Göran, subutex och metadon är inget hinder för att köra bil eller hålla på med precisionsarbete.

### **4.3 Marie, Socialsekreterare kommun C:**

Marie har jobbat som socialsekreterare i kommun C sedan 1994 och jobbar sedan år 2000 med missbruk och psykisksjukdom. Marie arbetar i ett team med två stycken behandlingsassistenter, Maria sysslar främst med utredningar medans assistenterna arbetar med motiverande samtal. Maria har inte delegation på att besluta om behandling, endast insatser bestående av henne själv eller behandlingsassistenterna. Marie ansvarar för de i kommunen som står i kö för att få metadon får det psykosociala stödet. Oftast har klienterna redan haft kontakt med subutexprogrammet eller metadonmottagningen innan Marie kommer i kontakt med dem. Metadonmottagningen och subutexprogrammet krav på drogfritt boende och sysselsättning leder klienterna till Marie.

Marie säger att hon ser missbruk som en sjukdom. Marie vittnar om att det finns olika hård inställning beroende på vilken mottagning man vänder sig till. Vidare så berättar Marie att kommunen i vissa situationer använt sig av privata mottagningar för metadon och subutex, något som i längden inte visat sig så lyckat. Marie beskriver användningen av den privata mottagningen som en akut åtgärd då det var lång kö till de regionala programmen. Tanken var att klienten/brukaren skulle få sitt metadon eller subutex inställt till rätt dos på den privata mottagningen för att sedan gå över till den regionala verksamheten. Övergången till de regionala programmen är enligt Marie mycket svår då regionen och de privata alternativen inte fört någon dialog som gör detta möjligt. Marie berättar att hon sedan två år tillbaka har en klient som fortfarande är kvar på den privata mottagningen trots att hon skrivit till så väl överläkaren som kuratorn på regionens program för att få klienten överflyttad dit. Marie

ställer sig i dagsläget tveksam till om kommunen kommer att lyckas flytta över klienten till regionens program. En eventuell flytt till den regionala verksamheten har enligt Marie främst med kommunens ekonomiska intressen att göra, då användandet av den privata mottagningen medför merkostnader för kommun C. Ur klientens perspektiv menar Marie att det inte har någon större betydelse om han hämtar sitt metadon eller subutex från en privat eller regional verksamhet, då klienten sedan han fått metadonet rätt inställt lever ett ordnat liv.

Marie berättar att hon tidigare varit kritisk mot underhållsbehandling då den innebar att burkarna/klienterna blev beroende av subutex eller metadon i samma grad som de var beroende av heroin. Under sina år på socialförvaltningen har hon dock ändrat åsikt. Marie beskriver hur hon anser att heroin missbruk kan vara ett livslångt lidande och beroende för vissa klienter. För dessa klienter anser Marie att metadon eller subutex kan vara en effektiv behandlingsform.

Marie ställer sig dock lite kritisk gentemot de nya riktlinjerna för underhållsbehandling, främst då åldersgränsen tagits bort samt det faktum att klienten tidigare skulle provat en annan form av behandling. En yngre person bör enligt Marie först pröva en mer traditionell drogfri behandling, främst då metadon och subutex är lika beroendeframkallande som heroin. De flesta klienter som Marie kommer i kontakt med vill främst ha en drogfribehandling då de vill vara fri från beroende.

Man blir ju också slav under metadon och subutex så där tycker jag, att är det en ung person så bör man nog pröva en mer traditionell metod, de flesta som jag har mött vill ju helt avstå, det finns inte så många som har den uppfattningen att dom inte kommer att klara sig utan det här substitutet.

Orsaken till att Socialstyrelsen tagit bort åldersgränsen och kravet om att klienten tidigare skall ha provat drogfribehandling tror Marie beror på att missbruket har förändrats, ungdomar tar inte hela trappsteget med olika droger utan fastnar relativt snabbt i ett heroinmissbruk

Marie ser underhållsbehandling som en medicin, vilken som helst. Hon poängterar dock att det kan ställa till problem i en mindre kommun, då den synen inte delas av alla. Det kan till exempel vara svårt för klienten att få praktikplats. Marie berättar att de fört diskussioner med regionen angående problematiken runt sysselsättning för klienterna. Det finns krav på sysselsättning för att komma in på underhållsbehandlingen, samtidigt som det finns krav från arbetsförmedlingen att klienten ska vara fri från droger för att kunna få en praktikplats. Det finns förvisso arbetsträning men där finns redan människor som håller på att rehabiliteras från

missbruk, vilket gör det svårt att placera människor med pågående missbruk där. Marie vittnar om att det finns människor som flyttat från kommunen på grund av problematiken med sysselsättning. Det bästa lösningen, anser Marie, är om det finns någon i klientens nätverk som kan ta emot han/henne för praktik. Vad avser Socialstyrelsens riktlinjer så säger sig Marie förstå innebörden och bakgrunden till dem, hon tycker att riktlinjerna är klara och accepterar dem. Marie uttrycker dock att hon anser att regionens metadon och subutex-programmet använder riktlinjerna på ett felaktigt sätt. Regionens program beskrivs av Marie som onödigt restriktiva.

Jag tycker att riktlinjerna är klara dom kan jag acceptera men sen tycker jag att [...] agerande, att dom använder det på ett felaktigt sätt att dom är onödigt restriktiva och ibland kan man känna att många sällas bort ibland kan det kännas som att det är en liten gräddfil som går på subutex eller metadonprogrammet.

Marie uttrycker att hon anser att heroinmissbrukare ska behandlas som andra sjuka, men påpekar att detta dock inte är konsekvent i praktiken. Hon anser att vissa blir utstraffade från underhållsbehandlingen allt för lätt. Marie beskriver hur metadonprogrammet tidigare haft en mildare syn på övertramp från klientens sida och gav han eller henne nya chanser. Något som Marie anser försvunnit ur programmen idag.

Vidare uttrycker Marie att det kan vara svårt för de som även lider av psykisk störning att komma in i programmen. Marie beskriver hur en klient med psykisk sjukdom och missbruksproblematik kan ha oerhört svårt att samla den kraft som det behövs för en klient att vara drivande i sina försök att komma in på underhållsbehandlingen.

Den största delen av Maries klienter ansöker dock inte om underhållsbehandling utan om drogfribehandling. Marie anser att underhållsbehandling är en oerhörd besparing för samhället

Att man kan få människor tillbaks i livet, det är ju en så jäkla drog med sinnesförvirring och att man blir ju helt känslökall och kan gå över lik i princip, men samtidigt många missbrukare det är ju kreativa människor ursprungligen, delar och håller på med diverse handel som dock inte samhället accepterar men på något vis är människor oftast väldigt driftiga jag menar dom är ju bra entreprenörer, så kan människor komma tillbaka till livet så är det ju helt enormt.

#### **4.4 Johan, representant från Svenska brukarföreningen:**

Johan hade ett kraftigt heroinmissbruk vilket innebar att han tog heroin dagligen, 2-3 gånger per dag. Johan säger att han tror att han blev psykiskt beroende redan första gången han tog heroin. Johan beskriver att han gick från att testa några gånger till att använda heroin på en daglig basis på en väldigt kort tidsperiod. Efter ett tag började Johan ta heroin bara för att slipa abstinensen. Johan prövade under denna tid ett antal avgiftningar, första och längsta gången var efter 3 år, 1988, då Johan var inlagd på avgiftning i en månad. Johan beskriver skammen han kände när han tog beslutet om avgiftning, det var ett svek mot den koden som gällde inom missbrukskretsen. Inom missbrukskretsen var normen att man själv ”satt sig i skiten och därför själv skall ta sig upp”.

Johan beskriver att trots att han var avgiftad så mådde han aldrig riktigt bra efter avgiftningen, han beskriver det som att han inte kände sig riktigt hel samt att han kände stor oro i kroppen. Johan tror att resistorerna blivit skadade. Johan beskriver att när han tog heroin så blev han förvisso påverkad men samtidigt så försvann oron i kroppen och han kunde fungera normalt. Johan beskriver att han först kom i kontakt med metadon i Köpenhamn där det var vanligt på den svarta marknaden. Johan berättar om en gammal vän som ansökte om att komma med i en metadonbehandling i Ulleåker Sverige. När vännen blev beviljad behandlingen bestämde sig även Johan att ansöka. Det dröjde inte länge innan Johan blev kallad till Ulleåker för intervju/samtal. En vecka senare blev Johan kallad till Ulleåker igen, denna gång för att få veta att han fått plats på metadon behandlingen. Johan började därefter gå på regionens Metadonmottagningen. Johan beskriver den första tiden på metadon mottagningen som bra, han ingick i en grupp på 7-8 personer, totalt var de ungefär 30 stycken som gick på mottagningen jämfört med 130 stycken idag. Den stora skillnaden då jämfört med nu var enligt Johan att det inte bara var och hämta ut metadonet, utan att där även anordnades andra aktiviteter. Aktiviteterna kunde bestå av utflykter och möjlighet till stöd för brukarna när de ordnade upp skulder och annat som fans kvar från deras tid i missbuk. Johan berättar att de som hade problem med sidomissbruk inte blev utskrivna direkt utan att personalen snarare försökte hjälpa och stöta individen för att få han eller henne på rätt spår. Återfall beskriver Johan som vanligt under den första tiden på metadonmottagningen. Johan anser att återfall är en del i processen att bli drogfri.

Att bli fri från ett tungt missbruk är en lång process, det är ofta två steg fram och ett tillbaka det är omöjligt att ha en rak linje.

Johan beskriver att det blivit betydligt fler patienter/brukare på programmen vilket gör att det kostar mer pengar än tidigare. Johan anser att det är mycket nedskärningar inom psykiatrin och att det är patienterna de drar in på först. Nedskärningarna har för brukarna inneburit att aktiviteterna mer eller mindre försvunnit och att de nu snarare kommer dit för att lämna urinprov och hämta sitt metadon. Johan påpekar att det saknas behandling på metadonmottagningen. På mottagningen finns där en psykolog men Johan säger att han inte vet av någon brukare som använder sig av henne, skälet är enligt Johan att de flesta brukare inte är medvetna om möjligheten att använda sig av henne.

Johan berättar också om den hjälplösheten han kände och de problem det innebar när Metadonet var fel inställt. Trots att Johan gick på metadon under fem år och fick bra ordning på sitt liv så mådde han aldrig riktigt bra. Johan led av sömnproblem och gick upp i vikt, orsaken till detta var enligt Johan att hans metadon dos var felinställd. Johan konfronterade personalen med sina problem och påpekade att han fick för hög dos metadon utan någon respons. Sömnbristen drev Johan till att ta sömntabletter vilket uppdagades av personalen på mottagningen och resulterade slutligen i att Johan blev avstängd från underhållsbehandlingen. Johan fick efter att blivit avstängd från mottagningen ett återfall i missbruket och försökte själv avgifta sig med metadon. Johan berättar om hur han själv ställde in sig på metadon under tiden han var avstängd från behandlingen.

... men sen började jag dricka metadon av mig själv och ställde själv in mig på rätt dos, som var mindre än den jag fick på mottagningen. Då funkade jag plötsligt skitbra, sov, mådde bra, gick inte upp i vikt ja allting funkade.

Johan anser att Socialstyrelsens riktlinjer för underhållsbehandlingen har blivit bättre genom åren. Det stora problemet anser Johan vara nolltoleransen. Johan anser att underhållsbehandlingen främst är ämnat för äldre missbrukare, många av de äldre missbrukarna är dock blandmissbrukare och blir ofta avstängda från behandlingen.

Johan problematiserar också det faktum att socialstyrelsen gjort underhållsbehandling tillgängligt för yngre människor och att de sänkt kravet på dokumenterat känt missbruk, från fyra till två år. Det sänkta kravet på dokumenterat missbruk ledder enligt Johan till att yngre människor som inte varit jätteberoende av heroin kommit in på behandlingen och där utvecklat ett kraftigare beroende till subutex eller metadon än vad de hade till heroinet.

Johan är dock noga med att poängtera att han tycker det är bra att det har gjorts tillgängligt även för dessa målgrupper, missbrukaren bör reflektera över sin situation i kontrast till behandlig. Generellt så anser Johan att Socialstyrelsens riktlinjer för underhållsbehandlingen numera är bra, han påpekar dock att det är olika från klinik till klinik och att klinikerna sätter sina egna regler.

Brukarföreningen har sagt detta länge; att nu är föreskrifterna relativt bra men klinikerna följer dem inte eller rättare sagt de följer dem när det passar dem.

Johan menar även att patienter i programmen riskerar att särbehandlas om de är kritiska. Obekväma brukare riskerar enligt Johan en att i högre grad bli avstängd från behandlingen än de brukare som är följsamma, vid exempelvis återfall.

Vidare så problematiserar Johan över kravet om sysselsättning och ett drogfritt boende innan missbrukare får tillgång till subutexprogrammet. Johan menar att man borde fokusera på behandling först, sysselsättningen är ofta något som kommer naturligt och automatiskt. Kravet på sysselsättning ledder enligt Johan till att människor fuskar och ljuger för att komma in i programmen, vilket ofta blir en början på en nedåtgående spiral.

Johan anser att missbruk är en sjukdom, han är dock noga med att poängtera att det inte innebär att missbrukaren inte har ett eget ansvar. Metadonet anser Johan vara en medicin som han behöver för att fungera och må bra i samhället. Att sluta med metadonet tror Johan är praktiskt möjligt, han anser dock att risken för ett återfall är för stor för att våga försöka.

## **5 Analys och sammanfattning**

### **5.1 Analys**

Handlingar utförs för att de betraktas som mer eller mindre effektiva medel för att uppnå ett visst mål (Danell, 2007, Elster 1989a), de är strikt instrumentella. Att en missbrukare beviljas underhållsbehandling verkar av socialsekreterarna ses som ett effektivt medel för att uppnå målet ett drägligt liv för missbrukaren. Jag anser att samtliga intervjuade socialsekreterare framstår som positivt inställda till underhållsbehandling, även om drogfrihet hade troligen

varit den optimala lösningen så framstår det som att underhållsbehandlingen uppfattas som en tillräckligt bra lösning för en viss grupp av klienter. Det motstånd mot underhållsbehandling från socialtjänsten, som bland annat Svensson tidigare nämnt, är ingenting jag märker av under intervjuerna. Endast en av socialsekreterarna, Marie, uppger att hon tidigare varit mer tveksam till underhållsbehandlingen. Marie beskriver hur hennes preferenser förändras, möjligen ser hon inte längre total drogfrihet som ett realistiskt alternativ för alla missbrukare. Enligt rationell handlingsteori så anpassar vi människor våra preferenser efter vad vi anser är möjligt och realistiskt. Generellt verkar samtliga ha positiva erfarenheter av underhållsbehandlingen. De beskriver det som en behandling som fungerar för en väldigt utsatt grupp av individer. Sjukdomsperspektivet framstår som väldigt tydligt för såväl socialsekreterare och brukare. En aktörs värderingar kan enligt rationell handlingsteori vara styrande för hans eller hennes handlingar. Samtliga socialsekreterare ger uttryck för att såväl missbrukaren som samhället vinner på att missbrukare får tillgång till en fungerande underhållsbehandling. Rationaliteten i socialsekreterarnas val att medverka till att en klient får tillträde till underhållsbehandling kan då dels vara indirekt, utifrån deras värderingar, samt mer direkt genom att se till vad missbrukaren vinner på att komma in på underhållsbehandlingen. Socialsekreterarna framställer underhållsbehandling som det gynnsammaste alternativet för vissa av deras klienter. Socialsekreteraren förväntas att optimera valmöjligheterna utifrån sitt handlingsutrymme. Såväl socialsekreterarna som brukaren vittnar dock om förekomsten av ”perverse konsekvenser”. Med perverse konsekvenser menas här rationella beslut och regler på kollektiv nivå som kan yttra sig som irrationella såväl som skadliga på individnivå. Intervjupersonerna beskriver hur lagar och riktlinjer sätter upp gränser för vilka handlingsalternativ de finner praktiskt möjliga. De beskriver hur gränserna framkallar effekter som inte ingick i och till viss del motverkar det explicita målet, nämligen att hjälpa människor med missbruksproblematik.

Samtliga socialsekreterare verkar eniga i att den restriktiva narkotika politik Sverige fört under senare årtionden försvårat målet med att få missbrukaren att sluta missbruka. Programmen beskrivs av Peter som fyrkantiga där vägen in är lång och krokig. Kravet om att inte ha något åtal som väntar kan verka omöjligt för en missbrukare av en olaglig drog. På en makro nivå kan kravet om att missbrukaren lämnat det kriminella livet för att få ta del i en dyr behandling vara rationellt. För den enskilde missbrukaren på en mikronivå kan detta kravet vara extremt svårt att leva upp till, då drogen han eller hon är beroende av gör dem kriminella.



Marie berättar om hur programmets krav på sysselsättning försätter vissa klienter i en svår situation. Kravet på att klienten ska ha någon form av sysselsättning för att beredas plats på en dyr insats samt dess påverkan på behandlingen är på ett makroplan rationellt. Likaså är arbetsförmedlingens krav på drogfrihet på en makronivå fullt rationellt enligt rådande lagstiftning och kraven från arbetsmarknaden. Johan bekräftar problemet och berättar om brukare som tvingas ljuga och manipulera om sin sysselsättning. När lögnen uppdagas riskerar brukaren att bli avstängd från behandlingen. Lögnen från brukaren kan ses som en rationell handling ur ett mikroperspektiv, då han eller hon sitter fast i en ond cirkel. Missbrukaren kan inte erbjudas någon praktik då han eller hon inte är drogfri samtidigt som han eller hon inte kan erbjudas plats på underhållsbehandlingen på grund av att han eller hon inte har någon sysselsättning. Om missbrukaren inte ljuger eller manipulerar om sin sysselsättning så får han eller hon inte någon plats på behandlingen. Den optimala lösningen för missbrukaren hade varit ett arbete eller en praktikplats. Missbrukaren väljer då det bästa alternativet utifrån hans eller hennes handlingsutrymme. För han eller henne kan lögnen i en sådan situation vara en rationell handling för att nå målet.

Samtliga socialsekreterare uttrycker sig positivt om socialstyrelsens riktlinjer för underhållsbehandling. Marie uttrycker sig dock kritiskt om att socialstyrelsen sänkt åldersgränsen samt tagit bort kravet på att missbrukaren tidigare skall ha provat annan behandling. Ur ett makroperspektiv är det rationellt att göra en effektiv behandlingsform tillgänglig för en större grupp av individer. På mikroplan kan detta dock få negativa effekter. Johan kommer genom sitt arbete med Svenska brukarföreningen i kontakt med personer som utvecklat ett kraftigare beroende till metadon eller subutex än vad det upplevt med heroinet. Både Göran och Marie anser dock att regionens program använder sig av riktlinjerna på ett felaktigt sätt. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer riskerar en brukare att bli avstängd från behandlingen om den vid upprepade gånger blir påkommen med att missbruka illegala preparat. Enligt Göran och Marie förekommer det dock att brukare blir avstängda från behandlingen även vid enstaka övertramp, en situation som även Johan från Svenska brukarföreningen är välbekant med. På en makronivå kan kravet om drogfrihet under behandling vara rationell utifrån rådande lagstiftning samt själva målet med behandlingen. Handlingen att stänga av personer som missbrukar andra droger under behandlingen är rationell då syftet är att rehabilitera missbrukare tillbaka in i vardagslivet. Ur makroperspektivet kan valet att nyttja en illegal drog under en pågående underhållsbehandling verka orationell. Johan ger dock genom sina personliga erfarenheter uttryck för hur ett sådant

beslut kan vara rationellt. Johan beskriver hur en felinställd dos av metadon ger honom fysiska besvär och sömnproblem, när han inte får gehör från behandlingen leder det till att Johan försöker medicinera sig själv med sömntabletter. Valet av handlingar leder Johan slutligen till att bli avstängd från behandlingen. Johans preferenser har här förändrats, hans första preferens var att må bra med hjälp av behandlingen. Denna preferens ändrades när han inte fick något gehör till att endast ”må bra”. Ur Johans perspektiv kan dock handlingarna vara rationella då han inte såg något annat lämpligt alternativ för att nå målet; att må bra. Johan gör här ett rationellt val utifrån sitt handlingsutrymme. Johan hade föredragit om han fått dosen rätt justerat för att må bra, då Johan inte fann detta möjligt valde han det för stunden gynnsammaste alternativet. Peter säger att han anser att det är bra att programmen för en hård linje gentemot sidomissbruk.

Johan beskriver hur en brukares preferenser kan förändras efter det han eller hon påbörjat en underhållsbehandling. Enligt rationell handlingsteori kan preferenser anpassas efter vad som ses som realistiskt och möjligt för aktören. Genom att få metadon fick Johan mycket tid över som tidigare spenderats på att jaga narkotika eller pengar. När Johan väl fick rätt dos metadon var hans mål inte längre endast att må bra, han kunde nu sätta upp andra mål som exempelvis arbete eller utbildning. Att i ett tidigare tillstånd försöka påtvinga Johan dessa då hade kunnat orsaka disharmoni, då han inte såg de realistiska utifrån rådande förutsättningar.

Programmets handlingar kan ur ett makroperspektiv vara rationella utifrån rådande lagstiftning och deras mål, drogfrihet. Vad jag här har försökt och beskriva är hur dessa rationella handlingar och regelverk kan få förödande och försvårande effekter på ett mikroplan för såväl brukare som socialsekreterare. Generellt verkar det som om så väl Socialstyrelsen som dess fotfolk (socialsekreterarna) under årens lopp gått ifrån det optimala målet *drogfrihet* till målet *ett drägligt liv* för missbrukarna. På makronivå verkar dock det gamla målet fortfarande till viss del dominera, möjligen är det de olika målen som utlöser dessa perversa konsekvenser.

## **5.2 Sammanfattning**

Mitt syfte med detta arbete var att undersöka hur de yrkesverksamma inom socialtjänsten kan se på och värdera underhållsbehandling och heroinmissbruk utifrån deras återberättande i intervjuer. De tre centrala frågeställningarna var:

- Vad anser yrkesverksamma inom socialtjänsten med missbruk som inriktning om underhållsbehandling?
- Vilka värderingar finns det bland de yrkesverksamma inom socialtjänsten med missbruk som inriktning angående substitutionsbehandling som behandlingsform för heroinmissbruk?
- Hur uppfattar de yrkesverksamma inom socialtjänsten med missbruk som inriktning socialstyrelsens riktlinjer angående underhållsbehandling?

Jag anser att samtliga socialsekreterare är positivt inställda till underhållsbehandling. Det motstånd mot underhållsbehandling från socialtjänsten, som bland annat Svensson tidigare nämnt, är ingenting jag märker av under intervjuerna. Endast en av socialsekreterarna uppger att hon tidigare varit mer tveksam till behandlingsformen. Generellt verkar samtliga ha positiva erfarenheter av underhållsbehandlingen. De verkar se det som en behandling som fungerar för en väldigt utsatt grupp av individer. Sjukdomsperspektivet framstår som väldigt tydligt för så väl de intervjuade socialsekreterarna och brukarrepresentanten. Samtliga intervjupersoner jämför underhållsbehandling med insulin för diabetiker, en ibland livslång behandling. Johan, min representant för Svenska Brukarföreningen och brukare av regionens metadonprogram, betonar dock individens egna ansvar. Ett flertal av de intervjuade vittnar dock om att det tidigare funnits visst motstånd mot metadon och subutexbehandling.

Samtliga socialsekreterare arbetar dagligen med missbruksproblematik, och kommer i kontakt med samma regionala program. Endast Marie från kommun C uppger att de vid enstaka tillfällen använt sig av privata alternativ. Samtliga socialsekreterare uppger att klienten oftast varit i kontakt med metadonmottagningen eller subutexprogrammet innan de kontaktar socialtjänsten. Socialtjänstens främsta uppgift för den aktuella målgruppen är att hjälpa dem med sysselsättning och boende. De olika kommunerna har olika sätt och möjligheter att hjälpa klienterna till sysselsättningen. I kommun A får klienterna delta i en arbetsverkstad vilket leder till praktik. Marie, kommun C, anser att det är väldigt svårt att finna sysselsättning för den aktuella målgruppen, främst då de inte passar in i den kommunala arbetsverkstan. I kommun B finns det möjlighet för arbetsträning och praktik. Samtliga socialsekreterare påpekar att det dock är vanligast att brukaren ansöker om en drogfribehandling. Samtliga respondenter är generellt nöjda med socialstyrelsens riktlinjer. Mari, kommun C, ställer sig dock lite kritisk till att socialstyrelsen tagit bort kravet på att klienten först skall pröva drogfribehandling. Även Johan, Svenska brukarföreningen, är kritisk till förändringarna i riktlinjerna då han anser att underhållsbehandling inte alltid är den bästa vägen för yngre missbrukare. Samtliga respondenter påpekar dock att de olika programmets tolkningar av

riktlinjerna varierar. Marie, kommun C, anser att regionens program är aningen strikta. Peter, kommun A, påpekar att kraven på att klienten skall vara klar med allt rättsligt kan försvåra för många missbrukare att få behandling. Göran, kommun B, berättar om att han vet fall där klienter blivit utskrivna från behandlingen efter enstaka återfall, något även Johan delar med sig av egen erfarenhet.

## 6 Slutdiskussion

Jag upplever att uppsatsperioden har varit väldigt intressant och givande. Min förförståelse för det aktuella ämnet var vid uppstartningsfasen väldigt begränsad. Detta arbete har som tidigare nämnts tagit många turer. Vid uppstartningsfasen var det tänkt som en komparativ studie om synen på subutex mellan Sverige och Danmark. Arbetet som ni nu läst har sakta växt fram när jag prövat olika vägar att gå. Det svåra har som tidigare sagts varit tillträde på fältet. Det hade varit önskvärt att få intervjuat någon inom den aktuella regionens program, inte minst då det förekommer viss kritik från de övriga respondenterna hade det varit önskvärt att de fick en möjlighet att presentera sitt perspektiv.

Jag har dock under uppsatsens gång fått möjligheten att träffa många intressanta människor som verkligen har delat med sig av sin kunskap och bjudit på sig själva. Under arbetets inledande fas trodde jag att socialförvaltningen skulle ha en mer negativ inställning till underhållsbehandlingen. Utifrån mina intervjupersoners uttalanden visade sig detta dock inte vara fallet. Vidare hade jag den förutfattade meningen att socialsekreterarnas åsikter skulle skilja sig från brukarrepresentantens, även där visade det sig att jag hade fel. Svenska brukarföreningen representant och de intervjuade socialsekreterarna verkar båda ha liknade inställning till så väl socialstyrelsens riktlinjer som programmets utformning.

Sjukdomsperspektivet framgår väldigt tydligt hos så väl socialarbetare som brukare. De tankar jag brottas med är om vi ser missbrukare som sjuka, varför stängs de av från behandlingen när deras sjukdom förvärras? Borde man inte då öka behandlingen istället för att ta bort den? Det framgår av intervjun med Johan samt i Kristiansens och Svenssons undersökning från 2004 att underhållsbehandling kan vara den trygghet brukare behöver för att kunna ta tag i sitt liv. Underhållsbehandling anser jag därför kan fungera som en plattform för empowerment för brukaren. Även om missbrukaren inte ägnar sig åt andra kriminella

aktiviteter än sitt missbruk, så är han eller hon enligt rådande lagstiftning kriminell. Genom att av samhället i stället ses som sjuk ges missbrukaren en rad av nya handlingsmöjligheter. För att vi ska våga förändra oss som människor måste vi först känna oss trygga. Jag tror att det är väldigt svårt för en människa som ständigt måste vara på sin vakt för polisen att känna trygghet. Flera av intervjupersonerna berättar om hur missbrukare som inte får tillgång till underhållsbehandling, eller som utestängs, ofta självmedicinerar med metadon eller subutex från den svarta marknaden. De använder sig av samma medicin som de som får underhållsbehandling, för samma symptom, men är enligt rådande lagstiftning kriminella. Avslutningsvis tror jag att Sverige hade haft mycket att tjäna på att arbeta för att minska skadorna som följer av narkotikamissbruk, snarare än att sträva efter en vision om ett narkotika fritt samhälle. Den nollvision som Sverige försöker leva upp till med ett narkotikafritt samhälle framkallar väldigt restriktiva regler och förordningar för de olika metadon och subutexprogrammen. De restriktiva reglerna framkallar vad som inom rationell handlingsteori benämns som ”Perversa konsekvenser”. Reglerna och föreskrifterna är rationella och nödvändiga utifrån Svensk lagstiftning och nollvision avseende ett narkotikafritt samhälle, enligt intervjupersonerna kan det dock samtidigt verka orationellt och rent av skadligt för så väl de som är i programmen som de som står utanför och vill in.

## Källförteckning:

Andersson, Maria, Falk, Amalia & Severins, Eva (2008) Substitutionsbehandling ”på gott och ont”- En kvalitativ studie om yrkesverksammas syn på substitutionsbehandling. Göteborg: Göteborgs universitet.

Brodin, Jenny-Ann (2003) ”A matter of choice” I *Rationality and Society*, Vol 15, No 3:381-405.

Danell, Jenny-Ann Brodin (2007) ”Rationella val” I Edling, Christofer & Rydgren, Jens (red) *Social handling och sociala relationer*. . Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Elster, Jon (1989) *Nuts and Bolts for the Social Science*. Cambridge: Cambridge University Press

Elster, Jon (1986) ”Introduction” I Elster, Jon (red) *Rational Choice*. Oxford, Basil Blackwell.

Elster, Jon (1983) *Sour Grapes. Studies in Rationality*. Cambridge: Cambridge University Press

Goldberg, Ted (2005) *Samhället i narkotikan* Academic Publishing of Sweden, Solna.

Halvorsen, Knut (2006) *Samhällsvetenskaplig metod*. Studentlitteratur, Lund

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

Kahneman, Daniel (2003) ”A perspective on Judgement and Choice” I *American Psychologist*, Vol.58, No 9:697-720

Kassman A (1998). *Polisen och narkotikaproblemet. Från nationella aktioner mot narkotikaprofitörer till lokala insatser för att störa missbruket*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Kristiansen, Arne & Svensson, Bengt (2004) *Byråkrati och narkomani går inte ihop*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.

Lindqvist, Rafael & Nygren, Lennart (2006) ”Sociala teorier och socialt arbete” I Meeuwisee, Anna & Sunneson, Sune & Swärd Hans (red) *Socialt arbete – En grundbok*. Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Ljungdahl, Kira (2006) *Underhållsbehandling ur socialtjänstens perspektiv*. Lund, Socialhögskolan

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

Socialstyrelsen (2004a): *Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare. En kunskapsöversikt*.

Socialstyrelsen (2004b): *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende: Socialstyrelsens författningssamling*. Föreskrifter och allmänna råd. (SOSFS 2004:8) Grafikerna Livréna. Kungälv

Stenbacka, M & Romelsjö, A (1997) *Metadonbehandlingen i Sverige. Beskrivning och utvärdering*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

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

### **Internet**

Läkemedelsverket (2008) ”Hearing om missbruk av Subutex” <<http://www.lakemedelsverket.se/Alla-nyheter/NYHETER-2008/Hearing-om-Subutexmissbruk/>> (2008-12-20)

Statistiska centralbyrån (2008) ”Befolkningsstatistik” <[http://www.scb.se/pages/tableandchart\\_\\_\\_\\_262456.aspx](http://www.scb.se/pages/tableandchart____262456.aspx)> (2009-05-30)

Sydsvenskan (2007) ”Skånska missbrukare nekas vård” <<http://sydsvenskan.se/sverige/article251589.ece>> (2008-11-23)

## **Bilaga 1: Intervjuguide 1; Socialsekreterare**

1. Vad arbetar du med? Uppdrag, arbetsuppgift?
2. Varför behövs underhållsbehandling?
3. Hur går processen till, från det att någon ansöker om hjälp till att programmet avslutas?
4. Positiva, samt negativa, följderna av underhållsbehandling?
5. Hur upplever du kriterierna för att komma in på underhållsbehandling – generella, specifika, lika för alla, undantag
6. Hur ser du på underhållsbehandling kontra drogfribehandling (att byta en drog mot en annan)?
7. Hur ser du på socialstyrelsens riktlinjer angående underhållsbehandling, exempelvis utskrivning vid blandmissbruk, misskötsel?
8. Hur ser du på underhållsbehandling ur ett ekonomiskt perspektiv? Samhällsekonomiskt? Anser du att underhållsbehandling är en bekostnad eller en besparing för samhället?
9. Hur anser du att narkotikapolitiken har påverkat behandlingen?
10. Anser du att en heroinmissbrukare har samma rätt till medicinskvård som personer med kroniska sjukdomar, exempelvis diabetes?
11. Anser du att en heroinmissbrukare har ett större ansvar för sin situation, i jämförelse med en person som exempelvis fått diabetes på grund av ett osunt leverne?



## **Bilaga 2: Intervjuguide 2; Brukarrepresentant**

1. Hur kom du i kontakt med underhållsbehandling?
2. Varför anser du att underhållsbehandling behövs?
3. Positiva, samt negativa, följderna av underhållsbehandling?
4. Hur upplever du kriterierna för att komma in på underhållsbehandling – generella, specifika, lika för alla, undantag
5. Hur ser du på underhållsbehandling kontra drogfribehandling (att byta en drog mot en annan)?
6. Hur ser du på socialstyrelsens riktlinjer angående underhållsbehandling, exempelvis utskrivning vid blandmissbruk, misskötsel?
7. Hur ser du på underhållsbehandling ur ett ekonomiskt perspektiv? Samhällsekonomiskt? Anser du att underhållsbehandling är en bekostnad eller en besparing för samhället?
8. Hur anser du att narkotikapolitiken har påverkat behandlingen?
9. Anser du att en heroinmissbrukare har samma rätt till medicinskvård som personer med kroniska sjukdomar, exempelvis diabetes?
10. Anser du att en heroinmissbrukare har ett större ansvar för sin situation, i jämförelse med en person som exempelvis fått diabetes på grund av ett osunt leverne?