

Underhållsbehandling för opiatmissbrukare

– en studie kring professioners synsätt gällande behandling av opiatmissbrukare

Av: Ann-Charlotte Stjernqvist

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan Ht-09



Handledare: Anders Östnäs

Abstract

Author: Ann-Charlotte Stjernqvist

Title: Sustenance/Support treatment of abuser of opiate - a study of professionals' view regarding treatment of opiate abusers.

Supervisor: Anders Östnäs

Examiner: Anna Angelin

The purpose of this study has been to describe and analyze the views of the staff working at substitute receptions and at a social services abuse unity regarding sustenance treatment and at the same time distinguish different factors of influence. My introductory line of question has been to find out the thoughts and ideas of the staff regarding sustenance treatments. Furthermore I wanted to find out how the staff looks upon the sustenance treatment as a possibility for abusers of opiate to once more adjust to the society. My third line of question touched upon the staff's view of the abuse of opiate as a biological/medical explanation. Finally I wanted to find out certain factors of influence that the staff experience in their work with sustenance treatments. The study covers the theoretical and at the same time the empirical materials that have been collected based on a qualitative method. I have used semi-structural lines of questions while interviewing three females and one male. When I analyzed the material I used two different theories of which the first is the metabolic and the latter is the system of social rehabilitation. The conclusion of my study showed that the people interviewed support this form of treatment and at the same time there is an opinion that the treatment will increase in the future. In addition the interviewees advocated assistance and social support in combination with the medical treatment. The result of the study also showed that the sustenance treatment had possibilities as well as limits concerning the abusers adjustment into society. Another conclusion was that the biological model of explanation is considered reliable, but the interviewees were also of the opinion that the body at the same time has the possibility of self-healing without the added ingredient of opiates. Finally it was concluded that a row of impact factors had importance in the work with sustenance treatment as the paradigm prohibition, the mass mediums and different positions.

Keywords: Abuse of opiate, mitigate the harm, sustenance treatment, metabolic theory, social rehabilitation syndrome.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
FÖRORD	5
KAP 1. INLEDNING	6
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	6
1.1.1 Syfte och frågeställning	7
1.1.2 Avgränsning	8
1.2 UPPSATSENS DISPOSITION	8
KAP 2. METOD	8
2.1 URVAL AV INTERVJUER OCH LITTERATUR	9
2.2 METODVAL	9
2.2.1 Kvalitativ metod	9
2.2.2 Metodens förtjänster och begränsningar	10
2.3 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	10
2.4 TILLFÖRLITLIGHET	11
2.5 ETISKA ÖVERVÅGANDEN	12
2.6 KÄLLKRITIK	12
2.7 FÖRFÖRSTÄELSE	12
KAP 3. BAKGRUND OCH DEFINITIONER AV BEGREPP	13
3.1 NARKOTIKAN I DET SVENSKA SAMHÄLLET	13
3.2 UNDERHÅLLSBEHANDLING I SVERIGE	14
3.3 DEFINITIONER AV BEGREPP	15
3.3.1 Heroin	15
3.3.2 Tungt narkotikamissbruk	16
3.3.3 Underhållsbehandling	16
3.3.4 Metadon, Subutex och Subuxone	16
3.3.5 Prohibition	17
3.3.6 Harm reduction	17
KAP 4. TIDIGARE FORSKNING	17
4.1 DET TUNGA NARKOTIKAMISSBRUKETS OMFATTNING I SVERIGE	18
4.2 METADONBEHANDLINGENS INFÖRANDE I SVERIGE	18
4.3 FORSKNINGSRISULTAT KRING UNDERHÅLLSBEHANDLING	19
4.4 FORSKNING KRING ILLEGAL SUBUTEXANVÄNDNING	20
4.5 EN INBLICK I BRUKARNAS SYN PÅ UNDERHÅLLSBEHANDLING	20
KAP 5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	21
5.1 METABOLISK TEORI	21
5.2 SOCIALA REKONSTRUKTIONSSYNDROMET	22
KAP 6. RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS	23
6.1 PRESENTATION AV RESPONDENTENA	23
6.2 SYNEN PÅ UNDERHÅLLSBEHANDLING	24
6.2.1 Personalens inställning till behandlingen	24
6.2.2 Underhållsbehandling i framtiden	25
6.2.3 Efterfrågan och resurser	26

6.2.4 Sammanfattande reflektion	27
6.3 BEHANDLINGENS MÖJLIGHETER OCH BEGRÄNSNINGAR	27
6.3.1 Behandlingens möjligheter till återanpassning i samhället	27
6.3.2 Behandlingens begränsningar till återanpassning i samhället	28
6.3.3 Sammanfattande reflektion	29
6.4 DEN BIOLOGISKA/MEDICINSKA MODELLEN	29
6.4.1 Uppfattningar om den biologiska/medicinska förklaringsmodellen	29
6.4.2 Sammanfattande reflektion	30
6.5 PÅVERKANSAKTORER I ARBETET MED UNDERHÅLLSBEHANDLING	30
6.5.1 Massmedias påverkan i arbetet med underhållsbehandling	30
6.5.2 Hur påverkar synsättet prohibition arbetet med underhållsbehandling?	30
6.5.3 Hur kan personalen påverka i arbetet med underhållsbehandling?	31
6.5.4 Samarbetet med andra organisationer	31
6.5.5 Sammanfattande reflektion	32
KAP 7. AVSLUTANDE KAPITEL	33
7.1 SAMMANFATTNING AV RESULTATET	33
7.2 AVSLUTANDE DISKUSSION	34
KAP 8. REFERENSLISTA	36
BILAGOR	39
BILAGA 1 INFORMATIONSBREV	39
BILAGA 2 INTERVJUGUIDE	40

FÖRORD

Först och främst vill jag tacka personal från socialtjänstens missbruksenhet samt personal vid substitutionsmottagningen som ställt upp för intervjuer, ni har möjliggjort mitt arbete.

Jag vill också tacka min handledare Anders Östnäs som på ett utomordentligt sätt har väglett mig genom uppsatsarbetet samt min goda vän Eva Hedberg för hennes positiva inställning när det emellanåt känts tungt.

Jag vill dessutom tacka Claes Jöhncke för att du hjälpt mig med översättning.

Sist men inte minst vill jag tacka min man Fredrik samt våra två killar Filip och Simon för att ni stöttar mig med kärlek.

Helsingborg den 4/1 - 2010

Ann-Charlotte Stjernqvist

KAP 1. INLEDNING

1.1 PROBLEMFÖRMULERING

Heroin har brukats och uppfattats som ett samhällsproblem i Sverige sedan början på 1970-talet (Goldberg, 2005). Tidigare användes narkotiska preparat nästan uteslutande i medicinska syften tills de blev narkotikaklassade (Johnson, 2005). Uppskattningsvis finns omkring 28 000 personer i Sverige som har ett tungt narkotikamissbruk (Olsson, Adamsson & Byqvist, 2001). Heroinmissbruket är ett omfattande samhällsproblem som berör åtskilliga perspektiv, exempelvis politiska, medicinska och etiska där olika uppfattningar finns som skapar kontroverser.

I Sverige har vi generellt sett en prohibistisk narkotikapolitik, som avser ett totalförbud mot all icke medicinsk narkotikakonsumtion och en strävan mot ett narkotikafritt samhälle. Sverige har även sedan mitten av 1960-talet drogpolitiska inslag av skadelindrande åtgärder, kallat harm reduction, där grundtanken är att samhället och missbrukaren ska lida så lite skada som möjligt av sitt missbruk (Goldberg, 2005). Exempel på en skadelindrande åtgärd är underhållsbehandling med metadon, ett narkotiskt läkemedel som är långtidsverkande och minskar suget efter heroin (Svensson, 2005).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende* SOSFS 2004:8 får underhållsbehandling endast ges vid sjukvårdsinrättningar som är särskilt utformad för beroendevård. Denna verksamhet ska samordnas tillsammans med kommunens socialtjänst. Utifrån Socialstyrelsens kartläggning från 2007 fanns det 53 verksamheter i Sverige som bedrev underhållsbehandling och antalet patienter uppgick till 2 440 stycken.

Metadonbehandlingen har över tid skapat häftiga debatter och statsvetaren Björn Johnson beskriver hur metadonbehandlingen i Sverige förde med sig en politisk strid som varade i drygt två årtionden. Motståndare till behandlingen var bland annat socialtjänsten, den drogfria narkomanvården, politiker och massmedia. Man betraktade metadon som ett narkotiskt preparat som kunde leda till en ökning av narkotikamissbruket (Johnson, 2005). En annan vanlig kritik mot underhållsbehandling var risken för läckage, att preparaten nådde den svarta marknaden (Johnson, 2009). Metadonläkarna med sitt medicinska synsätt var tvärtom positivt

inställda till behandlingsformen med argument att det inte fanns andra effektiva behandlingsmetoder för opiatmissbrukare (Johnson, 2005). Detta medicinska synsätt vad gäller underhållsbehandling grundar sig i en metabolisk teori som skapades av Vincent Dole. Han menar att missbrukare efter en tids opiatanvändande ådrar sig en störning i hjärnan som leder till att missbrukaren kontinuerligt nödgas använda opiatpreparat (Johnson, 2005). Forskningsstudier har visat på en minskning av dödligheten, kriminalitet och illegalt drogbruk hos personer med underhållsbehandling som möjliggör förbättrad hälsa och social situation för narkomaner (Johnson, 2009). Utifrån Kuypers & Bengtsons teori om det sociala rekonstruktionssyndromet kan underhållsbehandlingen ge uttryck för en möjlighet för opiatmissbrukare till återanpassning och upprättelse i samhället (Östnäs, 2005).

Mot bakgrund av den omstridda debatt kring underhållsbehandlingen som florerat genom åren vill jag undersöka olika uppfattningar hos professioner som idag arbetar med underhållsbehandling, såsom personal vid socialtjänstens missbruksenhet och substitutionsmottagningar. Jag vill veta vilken generell inställning personalen har till behandlingen samt hur de ser på behandlingen utifrån ett medicinskt perspektiv. Jag vill få klarhet i hur personalen ser på underhållsbehandling som en möjlighet för opiatmissbrukare att återanpassas i samhället. Slutligen vill jag veta hur personalen förhåller sig till olika påverkansfaktorer i arbetet, såsom massmedia, synsättet prohibition, samarbete med andra organisationer samt hur personalen själva upplever att de kan påverka i arbetet.

1.1.1 Syfte och frågeställning

Syftet är att beskriva och analysera de synsätt som personal vid substitutionsmottagningar och socialtjänstens missbruksenhet har kring underhållsbehandling samt urskilja olika påverkansfaktorer.

- Vilken inställning har personalen till underhållsbehandling?
- Hur förhåller sig personalen till underhållsbehandling som en möjlighet för opiatmissbrukare till återanpassning i samhället?
- Hur förhåller sig personalen till opiatmissbruk som en biologisk/medicinsk förklaring?
- Vilka påverkansfaktorer upplever personalen i arbetet med underhållsbehandling?

1.1.2 Avgränsning

Vid de tillfälle jag använder mig av begreppet missbruk i uppsatsen avser jag här generellt sett heroinmissbruk. Genom att studera underhållsbehandling till största del utifrån professioners perspektiv är jag medveten om att jag samtidigt går miste om en stor del av patientens/klientens perspektiv. I mitt val av förklaringsmodeller använder jag två teorier av vilken den första är den metaboliska teorin som beskriver biologiska orsaker till opiatmissbruk. Jag utelämnar därmed teorier som berör exempelvis sociala orsaker till opiatmissbruk. Jag har valt att inte fördjupa mig alltför mycket i biologiska förklaringar av teorin, dels på grund av utrymmesskäl och dels för att förklaringsmodellen är ett biologiskt komplicerat ämne där jag inte besitter dessa kunskaper. Den andra teorin är det sociala rekonstruktionssyndromet där underhållsbehandlingen kan ses som en möjlighet till återanpassning och upprättelse i samhället, därmed har jag bortsett från teorier som grundar i underhållsbehandlings negativa effekter. De teorier jag valt ”stödjer” synsättet om harm reduction, jag har bortsett från teorier som har en mer kritisk syn på underhållsbehandling. Avgränsningen är dock nödvändig med tanke på utrymmesskäl men också av den anledningen att missbruk är ett mångfacetterat område med åtskilliga utgångslägen att studera.

1.2 UPPSATSENS DISPOSITION

Uppsatsen består av nio kapitel. Det andra kapitlet tar upp metoden, kort sagt hur jag från början till slut har gått tillväga i uppsatsarbetet. I kapitel tre identifierar jag bakgrundsfakta samt definitioner av begrepp. Kapitel fyra inriktas på tidigare forskning. Kapitel fem utgör teoretiska utgångspunkter där jag beskriver den metaboliska teorin samt det sociala rekonstruktionssyndromet. Kapitel sex omfattar resultatredovisning och analys och jag inleder med en presentation av de fyra respondenterna. Analysen domineras av fyra teman som härrör från studiens syfte och frågeställningar. I kapitel sju redogörs för den avslutande diskussionen där jag inledningsvis gör en kort sammanfattning av studiens resultat. Därefter för jag en diskussion kring mina upplevelser av uppsatsarbetet. Kapitel åtta innehåller en kronologisk referenslista. Kapitel nio omfattar bilagor där bilaga 1 är ett informationsbrev till respondenterna och bilaga 2 är en intervjuguide med temafrågor.

KAP 2. METOD

Detta kapitel inleds med en återgivning av urvalet av intervjuer samt litteratur. Därpå beskrivs den kvalitativa metoden där jag använder mig av en deduktiv inriktning samt semistrukturerade intervjuer. Därefter redogörs för metodens förtjänster och begränsningar.

Efter detta redogör jag för tillvägagångssättet i min studie genom förberedelser inför intervjuerna samt transkribering och analysering av det empiriska materialet. Vidare beskrivs tillförlitligheten i studien där begrepp som validitet och reliabilitet beskrivs. Till sist redogör jag för etiska överväganden samt källkritik och förförståelse.

2.1 URVAL AV INTERVJUER OCH LITTERATUR

Jag har intervjuat sammanlagt fyra personer varav två av dessa arbetar som utredare i medicinska verksamheter vid substitutionsmottagningar, de två resterande arbetar som handläggare i en kommunal verksamhet vid socialtjänstens missbruksenhet. Tre av de fyra respondenterna i min studie är kvinnor, jag har dock inte haft krav på varken kön eller ålder vad gäller intervjupersonerna även om detta givetvis kan ha betydelse för det slutgiltiga resultatet. De kriterier jag haft i mitt urval är att jag önskade intervju personer från både substitutionsmottagningar och socialtjänsten för att få spridning på studien. I kapitel sex beskrivs presentationen av respondenterna närmre. Jag valde att göra intervjuer inom dessa organisationer av den anledningen att dessa professioner har en nära kontakt med personer i underhållsbehandling. Det finns dessutom ett samarbete mellan organisationerna, i enlighet med socialstyrelsens föreskrifter. Jag har begränsat intervjuerna geografiskt till Skåne i relativt stora kommuner varav en av dem är något mindre.

Vid urvalet av litteratur sökte jag inledningsvis via Lovisa och Libris. Jag sökte på begrepp som narkotikamissbruk, heroinmissbruk, metadonbehandling och underhållsbehandling. Jag försökte dels hitta generell litteratur om heroinmissbruk och dels litteratur som specifikt handlar om underhållsbehandling för opiatmissbrukare. I min redogörelse för tidigare forskning använder jag ibland andrahandskällor, i de fall som detta förekommer har jag inte hittat originalkällan. Jag använder mig av hemsidor som Socialstyrelsen, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), regeringens hemsida, Statens folkhälsoinstitut (FHI) samt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

2.2 METODVAL

2.2.1 Kvalitativ metod

Jag använder mig av en kvalitativ forskningsmetod med en deduktiv ansats. Den deduktiva strategin innebär att du redan från början utgår från en teori och använder sedan teorins begrepp som en förståelseram i analysen, en ”bevisandets väg” (Sohlberg, 2006). Eftersom

jag strävar efter en djupare förståelse för respondenternas inställning till underhållsbehandling anser jag att en kvalitativ metod är det bästa tillvägagångssättet för denna studie.

Jag har använt mig av semistrukturerade intervjuer. I denna intervjuform följer forskaren ett antal tematiska frågor men har även möjlighet att följa upp svaren från respondenterna. Här finns således utrymme för en dialog mellan parterna (Aspers, 2007). Jag föredrar den semistrukturerade intervjuformen eftersom det finns en viss struktur i metoden, alla respondenter får samma frågor utifrån ett visst tema samtidigt som det även finns en flexibilitet och öppenhet för respondenternas individuella svar.

2.2.2 Metodens förtjänster och begränsningar

Trost (2005) menar att kvalitativa studier är att föredra om man har för avsikt att förstå eller hitta mönster i människors sätt att resonera och reagera. En nackdel kan dock vara att det är svårt att dra generella slutsatser utifrån kvalitativa metoder. May (2009) beskriver den semistrukturerade intervjuens fördelar med att intervjuaren har en viss frihet att tydliggöra, utveckla och fördjupa de svar han får. Nackdelen med semistrukturerade intervjuer kan vara att den utgår från intervjuarens perspektiv, exempelvis val av frågor och tolkningar, därmed begränsas den intervjuades möjligheter.

2.3 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT

I mina förberedelser inför uppsatsen ”grovplanerade” jag syfte och frågeställningar. Jag utformade därefter ett informationsbrev där jag kort berättade om vad min undersökning handlar om samt mitt syfte med undersökningen (bilaga 1). Fältet kontaktades via telefon för att höra om intresse fanns att få göra intervjuer. Därefter mailade jag informationsbrevet till respondenterna. Jag konstruerade en intervjuguide med temafrågor som grundar sig på underhållsbehandling samt mina teoretiska utgångspunkter (bilaga 2). Jag valde att inte delge respondenterna frågorna innan intervjun eftersom jag eftersökte spontana svar och ville undvika alltför korrekta förklaringar. Inför varje intervjutillfälle informerade jag om de etiska riktlinjer som gäller för forskning och frågade om jag fick banda intervjun, vilket alla samtyckte till. Intervjuerna ägde rum vid respondenternas arbetsplatser och tog cirka 45 minuter vardera.

Vid transkribering och analysering av materialet överförde jag tal till skrift genom att lyssna av de inspelade intervjuerna och skriva ner dem i datorn. Jag valde att transkribera talspråket i

sin helhet, jag har dock inte med exempelvis pauser, tonfall, skratt eller suckar. Jag har kodat mitt material enligt Aspers (2007) beskrivning. Han redogör för tillvägagångssättet genom att materialet bryts ner i mindre delar, kallat koder. Jag har kodat enligt marginalmetoden som innebär att man använder pennor i olika färger och markerar i marginalen på det utskrivna materialet. Jag kodade på nyckelord som härrör från mina frågeställningar. Därefter analyserades materialet med hjälp av mina teoretiska utgångspunkter samt tidigare forskning. I analysen har jag ibland tagit bort enstaka ord från respondenternas svar, vid de tillfällena använder jag tecknet [...] i de fall jag avlägsnat hela meningar använder jag tecknet [---].

2.4 TILLFÖRLITLIGHET

May (2001) förklarar begreppet validitet med; att man undersöker det man verkligen avser att undersöka. Begreppet reliabilitet förklaras med; att komma fram till samma resultat genom att upprepa samma undersökning vid olika tillfällen. Eftersom mitt syfte bland annat är att undersöka personalens inställning till underhållsbehandling är det svårt att tala om hög reliabilitet i detta sammanhang därför att intervjupersonernas svar kan variera över tid. Trost (2005) menar att alla människor möter nya erfarenheter och situationer, våra föreställningar om livet förändras successivt, något som innebär att förutsättningarna för ett svar på en fråga hela tiden förändras. Med utgångspunkt från validiteten har mitt val av temafrågor varit centralt, att jag har ställt frågor som verkligen har med mitt ämnesval att göra, något som har till följd att validiteten ökar.

Jag är medveten om att min studie är förhållandevis liten, den omfattar fyra intervjupersoner, något som givetvis kan påverka tillförlitligheten i materialet. Jag anser emellertid att det finns andra aspekter som uppväger detta, exempelvis att i mötet med en annan människa kan jag vara öppen för den mångfald som människor besitter samtidigt som jag också kan upptäcka nya spännande inriktningar i mötet. Två av intervjupersonerna arbetar med utredning vid substitutionsmottagningar. Här kan man fråga sig varför jag valt att intervjua personer som redan på förhand "förmodas" stödja behandlingsmetoden, något som kan påverka tillförlitligheten i studien. Jag har dock valt att ha med deras röst i min uppsats eftersom inställningar och värderingar kan förändras över tid, samtidigt som personalen inte i alla lägen har samma uppfattningar som den organisation de arbetar i.

2.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Min undersökning vilar på de etiska grundprinciper som forskningsetiska rådet antagit för humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning. Dessa principer består för det första av informationskravet vilket handlar om att intervjupersonerna ska ges information om studien samt att deltagandet ska vara av egen fri vilja. Den andra principen är samtyckeskravet där intervjupersonerna samtycker till att delta i sammanhanget, ett samtycke som när som helst kan avbrytas. Den tredje grundregeln är konfidentialitetskravet som innebär att personers identitet inte får avslöjas för obehöriga, varken i forskningen eller i andra sammanhang. Den sista principen är nyttjandekravet vilket går ut på att insamlad empiri angående enskilda individer enbart får nyttjas för forskningsändamål (Daneback & Månsson, 2008). Dessa fyra principer har jag informerat om i det informationsbrev som intervjupersonerna tagit del av samt inför varje intervjutillfälle.

2.6 KÄLLKRITIK

I studien har jag använt mig av källor som jag finner trovärdiga för min studie. I sökningen efter källor har jag försökt använda mig i så stor utsträckning som möjligt av aktuell information. En del källor kan dock vara några år gamla. I de fall jag använder mig av äldre källor beror det på att jag inte fått tag i nyare samt att jag bedömt att informationen är så pass intressant och kunskapsgivande att detta dominerat. Jag är medveten om att jag i exempelvis tidigare forskning använder mig till viss del av andrahandskällor. I de fall detta förekommer har jag inte hittat originalkällan. Ett av mina teorival är det sociala rekonstruktionssyndromet av Kuypers och Bengtson som ursprungligen härrör från äldreforskningen. Eftersom mitt uppsatsämne handlar om underhållsbehandling för opiatmissbrukare krävs en förklaring till varför jag valt en teori med en helt annan inriktning. Jag menar att det finns viktiga begrepp i teorin som kan överföras till mitt uppsatsämne såsom ny livsfas, förändrat synsätt, återupprättelse och positiv självvärdering.

2.7 FÖRFÖRSTÅELSE

Jag har under min praktiktid vid en missbruksenhet träffat en del personer som har underhållsbehandling. Vad gäller missbruksarbete rent generellt, arbetar jag emellanåt vid ett drogfritt stödboende för missbrukare. Jag har funderat över om dessa hänseenden skulle kunna vara ett hinder för min undersökning, något som jag emellertid inte tror. Jag ser snarare det som positivt att jag har ett intresse för och viss kunskap inom missbruksområdet. Aspers (2007) menar att ju mer hemvan en forskare är inom det område hon studerar, desto bättre

förståelse har forskaren för vad som exempelvis händer inom området och områdets värderingar. Samtidigt blir det också svårare för forskaren att se problemet utifrån andra vetenskapliga ”glasögon”, något som kan leda till att man missar nya viktiga infallsvinklar. Aspens (2007) menar att det är nödvändigt att forskaren sätter en parentes om det intresse som aktörer inom forskningsfältet har, forskarens uppgift är att delta för att förstå vad som sker, inte för att nå samma mål som fältets aktörer kämpar för. Då jag kopplar detta till de organisationer jag har besökt, har jag i den mån jag kan, försökt ha ett objektiva förhållningssätt till det jag studerat.

KAP 3. BAKGRUND

För att ge läsaren en tydlig uppfattning om underhållsbehandlingen kommer jag i detta kapitel först att göra en historisk beskrivning av det svenska narkotikamissbruket från 1950-talet och framåt. Därefter beskriver jag utvecklingen av den svenska underhållsbehandlingen, från starten år 1966 fram till idag. Avslutningsvis redogör jag för begrepp som är av betydelse för studien.

3.1 NARKOTIKAN I DET SVENSKA SAMHÄLLET

Fram till mitten av 1950-talet var det allmänt sett läkarprofessionen som styrde användandet av narkotika i Sverige. Beroende uppstod inte sällan som en följd av att patienter behandlats med narkotiska preparat inom sjukvården. Missbruksproblem uppfattades inte som en samhällsfråga under denna period utan var något som skulle lösas mellan läkare och patient. Vid mitten av 1950-talet utmanades detta medicinska synsätt av mer rättsliga och polisiära krafter som kännetecknades av kontroll och straff. Landets läkare uppmanades att bli mer restriktiva i receptförskrivningen av narkotika av den orsaken att man konstaterat en ökning av illegalt narkotikamissbruk. (Johnson, 2005).

Den alltmer hårdnande narkotikalagstiftningen började under 1960-talet att ifrågasättas på socialpolitisk basis. Det var framförallt socialläkare som opponerade sig mot de snäva medicinska villkor som rådde. De hävdade att lagstiftningen pressade narkomanerna till brottslighet som i sin tur hindrade dem från att ta sig ur missbruket. Mot bakgrund av den kritik som uppstod kom ett antal händelser att få stor betydelse för narkotikafrågan i Sverige. Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL) bildades 1965 som en protest mot det alltmer stränga polisiära och rättsliga inflytandet inom narkotikaområdet. De ansåg att samhället inte borde förfölja sjuka missbrukare utan istället erbjuda dem vård. RFHL

betraktade missbrukare som offer för samhällets förtryck där drogmissbrukarna inte borde kriminaliseras. Legalförskrivningsprojektet av narkotika är ett annat typiskt fall som pågick i Stockholm under perioden 1965-1967. Läkaren Sven-Erik Åhström skrev ut recept med narkotiska preparat till missbrukare där målsättningen var att lindra lidandet för de mest utsatta narkomanerna. Under de två år som projektet pågick riktades kritik mot förskrivningen från bland annat poliskåren som hävdade att stora delar av den narkotika som skrivits ut hamnade på den illegala marknaden. En av poliskårens främsta företrädare i mitten på 1960-talet var polisläkaren Nils Bejerot som liknade injektionsmissbruket vid en epidemi som endast kunde stoppas genom sträng kontroll för att förhindra att smittan skulle spridas vidare. Den största smittokällan till epidemin var, enligt Bejerot, legalförskrivningen och missbrukarna själva (Johnson, 2005).

År 1967 presenterade Narkomanvårdskommittén den första statliga utredningen inom narkotikaområdet. Denna resulterade i att regering och riksdag 1968 beslutade om ett bekämpningssystem som grundar sig på kontrollpolitik, narkomanvård samt preventiva åtgärder. Vidare under 1970- och 1980-talen skärptes gradvis opinionen mot narkotikamissbruket då detta sågs som ett ständigt växande problem. I början av 1980-talet skedde bland annat förändringar inom kontrollpolitiken. Från att policyn tidigare till största del koncentrerats på kontroll av tillgången på narkotika, började nu kontrollåtgärderna mer och mer riktas mot missbrukarna själva (Johnson, 2005).

3.2 UNDERHÅLLSBEHANDLING I SVERIGE

Efter en forskningsresa till New York 1965 startade psykiatriprofessorn Lars Gunne året därpå en försöksverksamhet med metadonbehandling vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Gunne ansåg att opiatberoende var så mycket svårare att bryta än andra beroendetillstånd, något som fick Gunne att misstänka att biologiska faktorer kunde vara avgörande för behandlingsresultatet (Johnson, 2005). Till en början hade Gunnes försöksverksamhet endast ett fåtal patienter men när opiatmissbruket ökade och narkotikapolitiska åtgärder fick högre prioritet i början på 1970-talet blev också patienterna till behandlingen fler (Agerberg, 2004). Kritiken mot metadonbehandlingen var dock stor. Under hela 70-talet bestod narkotikapolitiken till stor del av ett terapeutiskt tänkande där drogfria behandlingsalternativ prioriterades, metadonbehandlingen uppfattades allmänt som en konkurrent till drogfria alternativ (Johnson, 2005).

Kritiken mot metadonbehandlingen kom bland annat från RFHL som kom att spela en nyckelroll under konflikten. Mellan åren 1972-1973 cirkulerade protestlistor mot behandlingen som RFHL stod bakom. De som stödde RFHL i kampen var bland annat socialarbetare, den drogfria narkomanvården, massmedia och politiker. Protestlistorna resulterade i en skrivelse till Socialstyrelsen där man redogjorde för de argument som bidragit till ett avståndstagande från metadonbehandlingen. Det fanns en rädsla för att behandlingen skulle medföra ett ökat beroende och bidra till bestående missbruk. Man hävdade också att metadonbehandlingen kunde leda till minskad motivation att delta i drogfria projekt samt att metadon ”läckte” från Ullåker till den illegala marknaden (Johnson, 2005). Det massiva motståndet till behandlingen ledde till ett intagningsstopp mellan åren 1979-1984. Effekterna blev tragiska, 50 procent av de narkomaner som stod på kö till behandlingen under denna period dog (Svensson, 2005). Intagningsstoppet hävdades när oron för aidsepidemin i början på 1980-talet tog fart och samtidigt dämpades metadonmotståndet. De som tidigare varit motståndare kunde inte längre bortse från att metadonbehandlingen uppvisat positiva resultat och 1983 presenterades nya riktlinjer där metadonbehandlingen uppfattades som en regelrätt metod baserad på vetenskap och erfarenhet (Johnson, 2005).

Fram till 2004 styrdes underhållsbehandlingen av socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 1990:16 *Metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiater på indikation narkomani* för att därefter ersättas av SOSFS 2004:8 *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende*. I den sistnämnda som fortfarande gäller tog man bort begränsningar vad gäller antal behandlingenheter och antal patienter i behandling samtidigt som förskrivningen av subutex reglerades hårdare.

3.3 DEFINITIONER AV BEGREPP

3.3.1 Heroin

Heroin är ett naturligt opiat som utvinns från opiumvallmon. Preparatet kan injiceras, rökas eller sniffas (Svensson, 2005). Heroinet var från början ämnat som ett botemedel mot morfinmissbruk, men preparatet visade sig snart leda till betydligt svårare beroende med sociala konsekvenser som följd. Heroinet negativa följder yttrar sig genom både psykiskt och fysiskt beroende samt en markant toleransökning (Johansson & Wirbing, 1999).

3.3.2 Tungt narkotikamissbruk

Omfattar personer som injicerat narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste 4 veckorna (oavsett intagningsätt). Medicinskt bruk räknas inte (Olsson et al, 2001).

3.3.3 Underhållsbehandling

Grunden för underhållsbehandling är att patienten dagligen intar en individuellt anpassad medicindos. Effekten blir att drogsuget minskar eller upphör (Johnson, 2009). Behandlingen tillämpas utifrån Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2004:8 om *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende*. Nedan nämns exempel på föreskrifter som finns i denna författning.

Behandlingsmål

2 Kap. 1 § Den som är beroende av opiater ska upphöra med sitt missbruk, få en förbättrad hälsa och social situation.

2 Kap. 2 § Underhållsbehandling får endast ges på en sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård. Verksamheten skall bedrivas med beaktande av de nationella målen för narkotikapolitiken samt samordnas med kommunens socialtjänst.

Vårdbeslut

4 Kap. 2 § Underhållsbehandling får endast ges till den som fyllt 20 år och har ett dokumenterat opiatberoende sedan minst två år.

4 Kap. 3 § Underhållsbehandling får inte påbörjas om 1) annan behandling vid opiatberoende bedöms tillräcklig, eller 2) patienten är beroende av andra narkotiska preparat än opiater eller alkohol på ett sätt som innebär en oacceptabel medicinsk risk, eller 3) patienten har varit utesluten från sådan behandling under de senaste sex månaderna.

3.3.4 Metadon, Subutex och Subuxone

Metadon är ett syntetiskt opiat som är långtidsverkande och används bland annat vid underhållsbehandling mot heroinmissbruk. En dos räcker ett dygn till skillnad från heroin som har effekt i fyra – sex timmar. Läkemedlet Subutex används också vid underhållsbehandling, idag dock i begränsad omfattning. Preparatet lanserades i mitten av 1990-talet som ett alternativ till metadon. Subutex innehåller substansen buprenorfin. Subuxone är ett läkemedel som funnits i Sverige sen 2006 och används idag som förstahandsval vid

underhållsbehandling. Preparatet innehåller en kombination av buprenorfin och naloxon. Naloxon är det motgift som används för att häva heroinöverdoser, man får med andra ord ingen effekt vid injicering (Svensson, 2005).

3.3.5 Prohibition

Den generella narkotikapolitiken som funnits i Sverige sen i början på 1980-talet kallas prohibition, vilket avser ett totalförbud mot all icke medicinskt narkotikabruk (Goldberg, 2005). I regeringens senaste proposition (2001/02:91, s 9) nämns de tre grundpelarna i svensk narkotikapolitik 1) Prevention - att minska nyrekryteringen till missbruk. 2) narkomanvård - förmå fler missbrukare att sluta med missbruk. 3) Kontrollpolitik – att minska tillgången på narkotika.

3.3.6 Harm reduction

Synsättet vad gäller harm reduction handlar om att det inte går att bortse från att narkotikamissbruk ständigt finns i vårt samhälle. Utifrån detta menar sympatisörerna att man bör föra en politik där samhället och den enskilda missbrukaren lider så lite skada som möjligt (Goldberg, 2005).

KAP 4. TIDIGARE FORSKNING

I detta kapitel återfinns resultat av forskning inom området för tungt missbruk samt underhållsbehandling. Inledningsvis beskrivs CAN:s senaste kartläggning från 1998 som visar det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige. Därefter beskrivs Björn Johnsons avhandling *Policyspridning som översättning* från 2003. Anledningen till att jag valt hans studie är att öka förståelsen till varför underhållsbehandlingen blev så omtvistad i Sverige. Därpå redogör jag för resultat från fem olika forskningsprojekt inom området för underhållsbehandling. Den första är Lars Gunnes metadonundersökning från 1981, SBU:s studie *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem* från 2001, Socialstyrelsens undersökning *Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling* från 2001, Marlene Stenbacka och Anders Romelsjö:s studie *Metadonbehandlingen i Sverige - Beskrivning och utvärdering* från 1997 samt Markus Heiligs forskning kring preparatet subutex som inleddes år 2000. Därefter beskrivs Eva-Malin Antoniussons rapport *Illegal subutexanvändning - en undersökning av missbruket utanför behandlingsprogrammen* från 2007. Jag har valt denna rapport eftersom intervjupersonerna samt den litteraturen jag använder ofta beskriver den

illegala marknaden. Kapitlet avslutas med en brukarundersökning av Arne Kristiansen och Bengt Svensson; *Byråkrati och narkomani går inte ihop*.

4.1 DET TUNGA NARKOTIKAMISSBRUKETS OMFATTNING I SVERIGE

Som tidigare nämnts genomförde Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 1998 den senaste kartläggningen av det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige. Resultatet visade att cirka 28 000 personer vid denna tid hade ett tungt narkotikamissbruk. Liknande kartläggningar har utförts vid tidigare tillfällen. År 1979 beräknades att cirka 13 700 personer var tunga missbrukare och under 1992 uppskattades siffran till cirka 17 100 (Olsson et. al, 2001).

4.2 METADONBEHANDLINGENS INFÖRANDE I SVERIGE

Björn Johnson har i sin avhandling *Policyspridning som översättning* från 2003 gjort en fallstudie kring metadonets etablering i Sverige. Studien sträcker sig från metadonets införande i Sverige år 1966 fram till slutet av 1980-talet då metadonbehandlingen blev mer accepterad i det svenska samhället. Som underlag för sin studie har Johnson använt sig av skriftligt material och intervjuer. Johnson beskriver den utveckling som skett vid metadonbehandlingen införande i det svenska samhället genom tre olika skeende som analyserats under drygt tolv år (Johnson, 2003)

1. 1966-71. I början av denna period var opiatmissbruket relativt obetydlig i Sverige och sågs inte som något omfattande problem. Metadonbehandlingen betraktades som ett begränsat och experimentellt försöksprojekt för en begränsad målgrupp, vilket ledde till att försöket med metadonbehandling kunde påbörjas utan någon större debatt (ibid).

2. 1972-73. Ett ökat opiatmissbruk och framförallt uppkomsten av ett omfattande subkulturellt missbruk gjorde att metadonprogrammet kunde kopplas tajtare till det svenska narkotikaproblemet. Narkotikamissbruket hade spridit sig till nya missbrukargrupper såsom kriminella ungdomsgrupper. Så länge metadonbehandlingen främst varit en fråga för äldre kroniska missbrukare kunde man tolerera behandlingen, men när även unga missbrukare började uppfylla intagningskriterierna stötte behandlingen på motstånd. Dessutom spelade utvecklingen inom narkomanvårdsområdet på 70-talet stor roll eftersom det fanns en konflikt mellan olika tanke-system. Dels en traditionell medicinsk syn på missbruk och dels ett nyare psykosocialt synsätt. Under 1970-talet dominerade det socialpolitiska fältet och

metadonbehandlingen kom att mer och mer betraktas som en riskabel behandlingsmetod. Man fruktade att metadonbehandlingen kunde leda till negativa effekter för den övriga narkomanvården. Metadonbehandlingen kom under denna period starkt att förknippas med 1960-talets legalförskrivningsförsök (ibid).

3. 1974-78. Motståndet mot metadonbehandlingen är fortsatt starkt. Behandlingen kunde uppvisa goda resultat men resultaten ifrågasattes kraftigt av olika aktörer inom det narkotikapolitiska fältet. Under senare delen av 70-talet framstod metadonbehandlingen som en oerhört kontroversiell behandlingsmetod (ibid).

4.3 FORSKNINGRESULTAT KRING UNDERHÅLLSBEHANDLING

En rad olika studier har gjorts som pekar på goda resultat för underhållsbehandling som metod. Ett specifikt exempel är professor Lars Gunnes studie från 1981. Gunne tog initiativet till Sveriges första metadonprogram som startade i Uppsala 1966. Under två års tid följde Gunne upp 34 heroinmissbrukare som slumpmässigt delades upp i två grupper där den ena gruppen fick ta del av metadonbehandling och den andra inte. De villkor Gunne ställde för att få delta i undersökningen var att narkomanerna skulle ha injicerat heroin i minst fyra år och ha minst tre misslyckade drogfria behandlingar bakom sig. Studiens resultat visade att av de 17 personer som fått metadonbehandling var 12 personer fria från heroin och hade arbete. Av de 17 personer som inte fått metadon var det bara en person som hade klarat sig från heroinmissbruket (Agerberg, 2004).

Statens beredning för medicinsk sjukvård, SBU genomförde 2001 rapporten *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*. Rapporten består av ett urval av vetenskapliga studier från år 1950-2000. Fyra av dessa studier analyserade effekterna av behandling med metadon i relation till en obehandlad kontrollgrupp. Resultatet visar på övervägande positiva effekter med metadonbehandlingen med ett minskat heroinmissbruk och en god anpassning till behandlingen. Rapporten understryker dessutom att bland psykosociala behandlingsmetoder mot heroinberoende är effekterna störst med omlärande behandlingar som inriktas på missbruksbeteendet (SBU, 2001). Vidare genomfördes 2001 en undersökning av Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen vilken lyder; *Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling*. Studien grundar sig på 261 personer som skrevs in i metadonprogrammet mellan åren 1989-91. Undersökningen visar på en synnerligen tung missbrukargrupp med hög dödlighet och där det finns ett stort behov av behandling och stöd. Patienterna följdes upp

under en nioårsperiod. Resultatet visar att dödlighet, missbruk och kriminalitet minskade avsevärt under den tid då patienterna var i behandling (Socialstyrelsen, 2001). Marlene Stenbacka och Anders Romelsjö har genomfört en studie av det svenska metadonprogrammet från starten 1966 fram till 1993 *Metadonbehandlingen i Sverige. Beskrivning och utvärdering*. Undersökningen omfattade 655 patienter och man kunde efter resultaten utvärdera att metadonbehandlingen medförde en markant minskning av kriminalitet, sjukhusvård, dödlighet samt en markant förbättring av livssituationen för många patienter (Svensson, 2005).

Efter att subutex blivit godkänt i Sverige 1999 inledde beroendeforskaren Markus Heilig år 2000 en undersökning av patienter vid Maria Beroendecentrum. Under ett års tid följde forskaren upp 40 heroinberoende patienter, där hälften fick Subutex och hälften fick placebo. Alla patienter fick parallellt med detta gå en kurs för att förebygga återfall samt att de fick stödsamtal en gång i veckan. Resultaten visade att av de 20 patienter som fick placebo stannade ingen kvar i behandlingen mer än två månader. Av de 20 patienter som fick subutex var 15 personer fortfarande kvar i behandlingen efter ett år. Patienterna kunde ta till sig den psykosociala behandlingen, bostads- och sysselsättningsproblem minskade och kriminaliteten avtog (Agerberg, 2004).

4.4 FORSKNING KRING ILLEGAL SUBUTEXANVÄNDNING

Eva-Malin Antoniusson (2007) har genomfört en studie *Illegal subutexanvändning - en undersökning av missbruket utanför behandlingsprogrammen*. Studiens syfte är att kartlägga narkomanernas inställning till och användning av subutex. Rapporten presenteras utifrån brukarnas perspektiv genom intervjuer med personer som har använt subutex utanför behandlingsprogrammen. Resultatet visar att det blivit svårare för missbrukare att få tag på illegal subutex sen socialstyrelsen skärpte sina riktlinjer 2005-01-01. Resultatet konstaterar inte hur stor andel av det illegala subutextet som är importerat, exempelvis från Danmark.

4.5 EN INBLICK I BRUKARNAS SYN PÅ UNDERHÅLLSBEHANDLING

Kristiansen och Svensson (2004) har genomfört en brukarundersökning där de har intervjuat personer med erfarenhet av subutexbehandling. Syftet med undersökningen är att bedöma hur narkomanvården uppfattas av klienterna. Av resultatet framkom att subutex har ett gott anseende bland heroinisterna. De intervjuade personer som har eller har haft underhållsbehandling talar väl om preparatet. De föredrar subutex eftersom detta preparat har mindre biverkningar

än metadonet. Det framkom att det finns en stor efterfrågan på underhållsbehandling i kombination med sysselsättning samt socialt och emotionellt stöd. Ett flertal av heroinisterna menar att de själva tvingats konstruera egna illegala underhållsprogram eftersom det inte finns plats i de legala programmen.

KAP 5. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Enligt Aspers (2000) är teorin ett hjälpmedel för forskaren i den vetenskapliga processen genom att den avgränsar det som studeras. Inledningsvis kommer jag att beskriva den metaboliska teorin som följs av en redogörelse av det sociala rekonstruktionssyndromet. Jag menar att det är intressant att dels lyfta fram ett biologiskt perspektiv genom den metaboliska teorin och dels ett socialpsykologiskt perspektiv genom det sociala rekonstruktionssyndromet. En närmre förklaring till varför jag har valt teorin om det sociala rekonstruktionssyndromet är här nödvändigt eftersom teorin ursprungligen härstammar från äldreforskningen. Jag menar att teorin kan överföras till mitt ämnesval eftersom den berör viktiga begrepp såsom exempelvis förändrat synsätt, återupprättelse i samhället, och positiv självvärdering. Dessa aspekter är intresseväckande även för underhållsbehandlingen för den skull att de är viktiga för att behandlingen ska fungera. Jag har följaktligen överfört tankegångar som förts kring äldreforskningen till underhållsbehandlingen.

5.1 METABOLISK TEORI

Professor Vincent Dole från Rockefeller University i New York formulerade 1967 den metaboliska teorin som förklaras i biologiska termer. Teorin går ut på att individer med opiatberoende efter en tids missbruk ådrar sig en störning i hjärnan som gör det nödvändigt för honom eller henne att kontinuerligt tillföra ett opiatpreparat. Denna hypotes resulterade i upptäckten att långvarigt opiatmissbruk leder till att hjärnan byggs om så att antalet dopaminreceptorer och endorfiner i hjärnan minskar. Detta kan vara en anledning till att just opiatberoendet leder till ett så starkt drogsug. Skälet till att metadonbehandlingen fungerar för opiatmissbrukare är enligt Dole att man ”reparerar” en kemisk rubbad balans i hjärnan (Johnson, 2005). Dole menade att långtidsbehandlingen med metadon gjorde det lättare för heroinmissbrukare att avstå från heroin och förändra sina liv (Agerberg, 2004). Han uppfattade dessutom opiatnarkomanen som både fysiskt och psykiskt beroende av sin drog och ansåg följaktligen att metadonet hade speciella egenskaper som gjorde att det kunde neutralisera och upphäva följderna av ett långvarigt opiatberoende. Doles intresse för metadonbehandlingen inleddes i början av 1960-talet när han arbetade med studier av fetma.

Han slogs plötsligt av likheten mellan de överviktiga patienternas beroende av mat och narkomaners narkotikabegär och höll för sannolikt att detta kunde handla om metaboliska orsaker (Johnson, 2005).

En händelse som kom att stärka Doles hypoteser kring den metaboliska teorin var när han 1964 bjöd in läkaren och psykoanalytikern Marie Nyswander till att delta i en studie där man ville se hur morfin bryts ner i människokroppen. Två manliga narkomaner ingick i undersökningen och fick fri tillgång till morfin med villkoret att de stannade vid sjukhuset för observation. Efter undersökningen skulle de två narkomanerna avgiftas med metadon. I samband med detta ville Dole och Nyswander studera metadonets nedbrytning i kroppen, och patienterna ställdes in på en hög, långvarig dos. Nu kunde man konstatera att de två patienterna blev mer aktiva och villiga att förändra sin livssituation. Patienterna började studera, men fortsatte att ta sin dagliga dos metadon. Nu utvidgades studien till att omfatta 22 heroinister och 1965 kunde Dole och Nyswander publicera en rapport med ett sensationellt resultat. Behandlingen med metadon resulterade i att narkotikabegäret hade i stort sett upphört hos de flesta patienterna. För sin bedrift att utveckla metadonbehandlingen fick Dole Laskerpriset 1988 (Johnson, 2005).

5.2 SOCIALA REKONSTRUKTIONSSYNDROMET

J.A. Kuypers och V.L. Bengtson skapade 1973 teorin om det sociala rekonstruktionssyndromet. Teorin utgår från ett socialpsykologiskt perspektiv där utgångsläget är människors interagerande med varandra, det vill säga hur de samspelar och ömsesidigt påverkar varandra. Vid kopplingar till underhållsbehandling för opiatmissbrukare handlar det om samspelet mellan de som har underhållsbehandling och den sociala miljön de lever i, något som också är starkt sammankopplat med samhällets värderingar. Om ett samhälle exempelvis står för värderingar som utgår från ett humanistiskt synsätt där människan står i centrum, då ligger det sociala rekonstruktionssyndromet nära till hands. Teorin kan relateras som stöd för begreppet ”harm reduction” eftersom den enskilda individen har möjlighet att lida mindre skada om de kommer bort från kriminalitet, har en sysselsättning samt återknyter sociala kontakter. Med dessa teoretiska glasögon kan underhållsbehandlingen skapa en ny livsfas för en heroinmissbrukare. Om en narkoman får förbättrade levnadsförhållanden skapar detta också förutsättningar för en positiv självuppfattning och framåtanda, något som i sin tur kan utvecklas till att man blir en person med en viktig funktion att fylla i samhället. Tanken är här att ”förlusten” av heroin ska ersättas med ett

förändrat synsätt, något som en legal medicinering delvis kan hjälpa till att bidra med. Teorin kan förstås som en motpol till stämplingsteorin genom att heroinmissbrukare kan få upprättelse genom underhållsbehandlingen, exempelvis genom att behandlingen är legal och att personen därmed inte blir betraktad utifrån en nedvärderande roll som missbrukare (Östnäs, 2005).

KAP 6. RESULTATREDOVISNING OCH ANALYS

Kapitlet inleds med en kort presentation av de fyra respondenterna. Jag har valt att anonymisera var intervjupersonerna arbetar samt deras namn. Redovisningen av mitt insamlade material utgår från fyra teman som härrör från syfte och frågeställningar. I det första temaavsnittet utvärderas personalens generella inställning till underhållsbehandling, hur de ser på behandlingen i framtiden samt uppfattningar om efterfrågan och resurser. Nästa tema klarlägger personalens uppfattning om behandlingens möjligheter och begränsningar. I det tredje temat analyseras vilken uppfattning personalen har kring opiatmissbruket som en biologisk/medicinsk förklaring. Det sista temat utvärderar olika påverkansfaktorer i arbetet med underhållsbehandling såsom massmedia, prohibition, hur personalen uppfattar att de kan påverka samt samarbete med andra organisationer. Dessa teman knyts samman med de teoretiska utgångspunkter samt tidigare forskning som ligger till grund för min undersökning. Efter varje temaavsnitt gör jag en sammanfattande reflektion där jag har funderat kring varje tema.

6.1 PRESENTATION AV RESPONDENTERNA

I analysen har jag valt att ge intervjupersonerna fiktiva namn såsom Anna, Bodil, Carola och David. Anna och Bodil arbetar vid substitutionsmottagningar medan Carola och David arbetar inom socialtjänsten. Intervjupersonerna förekommer i varierande omfattning i analysen.

Anna är utbildad beteendevetare samt steg 1 i KBT och har arbetat vid substitutionsmottagningen sen 2004. Hon har tidigare arbetserfarenheter inom socialtjänsten och kriminalvården. Bodil är socionom, pedagog och beteendevetare och har arbetat med heroinister i 20 år. Hon har arbetat vid substitutionsmottagningen sen 2006. Carola är utbildad socionom och har arbetat inom socialtjänsten sen 2003. David är utbildad sjuksköterska och har arbetat inom socialtjänsten sedan 1989. Han har tidigare arbetserfarenheter inom psykiatrin.

6.2 SYNEN PÅ UNDERHÅLLSBEHANDLING

6.2.1 Personalens inställning till behandlingen

En av de intervjuade anser att underhållsbehandlingen är en bra metod om man ser den som ett hjälpmedel för individen att kunna stanna kvar i behandlingen. Hon ser inte medicineringen som en livslång behandling utan menar att det är fullt möjligt att trappa ut medicinen.

Anna: Jag ser underhållsbehandlingen som ett hjälpmedel under en period för att kunna jobba med sig själv och sin livssituation, att ändra sitt beteendemönster och jobba med hur man tänker i olika situationer [...] för att sen en dag kanske kunna trappa ut medicinen.

Bodil hävdar att underhållsbehandlingen är jätteviktig för många heroinister och hon är övertygad om att en del personer måste ha underhållsbehandling för att få ett bättre liv, men därmed inte sagt alla. Bodil menar att det finns heroinister som väljer andra fungerande alternativ. David har liknande tankegångar och menar att det finns positiva aspekter med underhållsbehandling men gör även gällande att det finns alternativ till behandling för heroinister.

Bodil: [...] Jag har mött många heroinister som faktiskt slutar med underhållsbehandling [...] de lägger av med hjälp av andra behandlingar, miljöterapeutiskt eller 12-steps behandling.

David: Det finns andra behandlingar också för heroinister tycker jag för opiatberoende än bara underhållsbehandling. Jag tycker det är tråkigt att man fokuserar så mycket på att det är underhållsbehandling som gäller nu. Det är klart, dom har ju visat på hyggliga resultat, det har dom. Det är ju lättare att hålla dom kvar i en behandling när dom har underhållsbehandling.

Johnson (2003) redogör i sin avhandling *Policyspridning som översättning* för den utveckling som skett vid metadonbehandlingens införande i Sverige. Utvecklingen inom narkomanvårdsområdet på 1970-talet spelade en stor roll eftersom det fanns en konflikt mellan olika tankesystem. Dels en traditionell medicinsk syn på missbruk och dels ett nyare psykosocialt synsätt. Under 70-talet dominerade det socialpolitiska fältet och metadonbehandling kom mer och mer att betraktas som en riskabel behandlingsmetod. David som arbetar vid socialtjänstens missbruksenhet berättar om hur hans inställning till behandlingsmetoden har förändrats över tid...

David: Min inställning till underhållsbehandling har förändrat sig mycket. Jag var mycket emot den här medicinska hjälpen innan [...] Jag såg ju en risk att man bara bytte drog och inte livsstil så att säga. Men nu nånstans har jag ändrat mig lite för jag ser ju också att man jobbar mycket mer med livsstilsförändringar över huvud taget i programmet [...] Sen har jag väl sett också att en del klarar sig hyggligare än om dom inte skulle ha fått underhållsbehandling. Så nån form av harm reduction har jag väl kanske accepterat lite, det gjorde jag absolut inte innan.

Ovannämnda citat kan tolkas genom att det finns en viss koppling mellan det socialpolitiska synsätt som Johnson beskriver i sin avhandling och Davids tidigare syn på behandlingen. Denna negativa inställning till underhållsbehandlingen dominerade tidigare starkt inom exempelvis socialtjänsten, något som möjligen kan ha påverkat anställda i en viss riktning.

6.2.2 Underhållsbehandling i framtiden

Anna är övertygad om att behandlingen i framtiden dessvärre kommer att bli mer dispensär, bara utdelning av medicin och hävdar att hon inte vill ha en narkotikapolitik i Sverige som de har i exempelvis Danmark, en åsikt som också Bodil delar.

Anna: Jag tror att det kommer att öka, att fler kommer att ha underhållsbehandling [...] Om man tittar på Danmark och många andra länder där enbart behandlingen går ut på typ bara lindring, men inte hjälp för övrigt, då säger jag blankt nej [...] Det är det jag är rädd att det kommer att hända i Sverige också [...] att det bara blir en utdelning för att hålla folk från gatorna, att det inte ska synas att det finns missbruk och så. Så är det ju i Danmark [...] Då är det enbart att man förstärker deras eget beteende, i att stoppar du i dig någonting så blir det säkert bättre, och sen inte ger mer hjälp.

Bodil: Jag tycker inte vi ska ha det som man har det i Köpenhamn/Danmark, att man fullständigt struntar i människor och bara matar ut det. För då handlar det mycket mer om att man vill komma förbi en viss statistik av dödlighet och kriminalitet. Man får inte glömma den här människans potential så att säga. Jag tycker inte att man ska behöva vänta så länge som man får göra idag på att få underhållsbehandling. Det måste vi göra något åt. Men sen måste man ändå finnas där och hjälpa den här människan, för det här med medicinen, det är ju det lilla.

Citaten ovan kan förklaras med att intervjupersonerna förespråkar mer än bara en medicinsk behandling för opiatmissbrukare. De poängterar att enbart medicinsk hjälp inte är tillräckligt, att medicinen är det lilla i sammanhanget. De betonar att vikten av hjälp och stöd utöver den medicinska behandlingen är viktigt. Detta behov av stöd framkommer också i ett flertal av de svenska studier som gjorts vad gäller underhållsbehandling, exempelvis SBU:s studie om behandling av narkotikaproblem, socialstyrelsens långtidsuppföljning av metadonpatienter och Heiligs undersökning av subutexpatienter.

Carola önskar och tror också att underhållsbehandlingen kommer att öka i framtiden, men ser även en risk i att svarthandeln med preparaten ökar.

Carola: Jag hoppas att underhållsbehandlingen kommer att öka, i alla fall något. Det ska ju inte vara för tillgängligt heller. Jag tror att det är bra att vi har de här riktlinjerna från Socialstyrelsen som styr att man ska ha provat annan behandling innan. Jag vet ju att det är många, asså det är ju mycket svarthandel med den här medicinen. Jag tror inte att det är bra att det ökar för mycket men samtidigt tycker jag att det ska komma fler till gagn, som det ser ut idag i alla fall.

Respondenten talar här om risken för illegal spridning av preparaten, något som Antoniusson (2007) också omnämner i sin undersökning kring illegal subutexanvändning. Hon har kartlagt narkomaners användning av illegalt subutex. Resultatet visar att det har blivit svårare för missbrukare att få tag på illegal subutex sen socialstyrelsen skärpte sina riktlinjer 2005-01-01. Utifrån forskarens resultat kunde man dock inte utvisa hur stor andel av det illegala preparatet som har importerats. Vidare beskriver Kristiansen och Svensson (2004) i sin brukarundersökning att ett flertal av heroinisterna tvingas konstruera egna illegala underhållsprogram eftersom det inte finns plats i de legala programmen.

6.2.3 Efterfrågan och resurser

Både Anna och Bodil hävdar att efterfrågan på underhållsbehandling är stor. Anna tycker att substitutionsmottagningens resurser har förbättrats genom mer personal men att det ute i kommunerna inte finns tillräckligt med resurser för denna målgrupp. Kristiansen och Svensson (2004) gör gällande i sin brukarundersökning att det föreligger stor efterfrågan på underhållsbehandling i kombination med sysselsättning och stöd.

Anna: Efterfrågan är ju jättestor, dessvärre är det ju så att vi får in många ansökningar där patienten inte alls kanske söker denna behandling av rätt anledning eller inte alls uppfyller kriterierna som socialstyrelsen ställer [...] Många söker just denna behandling för att den ger goda resultat och de tror att det ska funka för alla, vilket det inte gör [...] Vid årsskiftet fick vi två nya sjuksköterskor vilket gjorde att vi kunde ta in fler patienter. Problemet återigen då att vi kan plocka in kanske 40-50 nya patienter men det finns inte tillräckligt med resurser ute i kommunerna gällande boende till exempel och annat [...] Men trycket är ju stort, antingen får man satsa mer på kvalitet eller kvantitet, men just nu börjar det satsas mer på kvantitet och inte på kvalitet.

Bodil: Efterfrågan och resurser stämmer inte överrens. Det är ju en enorm efterfrågan på underhållsbehandling [...] Efterfrågan är ju större än vad vi har resurser för.

6.2.4 Sammanfattande reflektion

Sammanfattningsvis kan sägas att intervjupersonerna tror att det kommer att ske en ökning av underhållsbehandling i framtiden men poängterar att man inte vill ha det system som finns i Danmark där enbart skadelindring är den dominerande narkotikapolitik som förs. Samtidigt som intervjupersonerna tror på en ökning av behandlingen verkar det även som att den prohibistiska narkotikapolitik som länge har dominerat i det svenska samhället är ganska djupt rotat inom de organisationer som jag har studerat. Man nöjer sig inte enbart med en medicinering (skadelindring) utan vill också att heroinmissbrukare ska få hjälp på andra sätt såsom exempelvis förebyggande åtgärder och socialt stöd. Intervjupersonerna poängterar att det även finns andra behandlingsmetoder att tillgå som exempelvis 12-steps- och miljöterapeutisk behandling, något som visar att intervjupersonerna har en bred syn opiatmissbruk där olika valmöjligheter förespråkas. Den illegala handeln med underhållspreparaten är något som väcker reaktioner och en av intervjupersonerna framhäver att det finns risk för en ökning av svarthandeln om behandlingsformen utvidgas. Hur angrips detta problem om det visar sig bli en realitet i Sverige? Ska samhället styra upp problemet med ytterligare skärpta regler och kontroll av missbrukare? Enligt Kristiansen och Svenssons undersökning är detta redan ett utbrett problem då resultat visar att heroinisterna själva tvingats uppföra egna illegala underhållsprogram för att det inte finns plats i de legala programmen (Kristiansen & Svensson, 2004). Detta för oss in på diskussionen om efterfrågan och resurser vad gäller underhållsbehandling. Intervjupersonerna menar att det finns ett stort tryck för att komma in i behandlingen men man poängterar också att behandlingen inte passar för alla. Många söker behandlingen för att den har visat goda resultat, men söker man behandlingen av rätt anledning? Kan det vara så att en del av dessa missbrukare är så inne i sitt missbruk att man söker just för att få tillgång till ”gratis” narkotika och för att kunna sälja preparaten på den illegala marknaden?

6.3 BEHANDLINGENS MÖJLIGHETER OCH BEGRÄNSNINGAR

6.3.1 Behandlingens möjligheter till återanpassning i samhället

Kuypers och Bengtsons teori om det sociala rekonstruktionssyndromet kan förstås genom att det finns en samverkan och ömsesidig påverkan människor emellan, med andra ord ett samspel mellan de som har underhållsbehandling och den sociala miljö de lever i, förenat med samhällets värderingar. Utifrån det sociala rekonstruktionssyndromet kan underhållsbehandlingen generera i en ny livsfas samt förutsättningar för förbättrade levnadsförhållanden för heroinmissbrukare. Tanken är här att ”förlusten” av heroin ska

ersättas med ett förändrat synsätt, något som en legal medicinering delvis kan hjälpa till att bidra med (Östnäs, 2005). Alla intervjupersonerna är överrens om att underhållsbehandlingen skapar olika positiva möjligheter för återanpassning i samhället såsom förbättring vad gäller hälsa, sociala relationer, boende, sysselsättning, självbild samt trygghet.

Carola: När man väl har fått medicin, då klarar dom ju av mycket som dom inte har fixat innan, bland annat så blir ju klart hälsan bättre. Ofta är det ju så att man börjar känna av sina krämpor och faktiskt söker för det. För att ute i missbruket kan dom ju gå med krämpor ganska länge utan att egentligen känna eftersom dom dövar sig hela tiden med dom tunga drogerna [---] Jag har ju sett många som har kunnat förbättra sina sociala relationer, asså till familj och vänner genom att dom fått den här medicinen [...] Att kunna känna att man är en del av det vanliga samhället. Att kanske få en bostadssocial lägenhet, i alla fall ett eget hem liksom, där många av dom varit hemlösa länge [...] Liksom att komma vidare och känna att möjligheten finns [...] Det här med sysselsättning, att ha nånting att göra, att känna sig behövd.

David: Ja, det är väl det här med att man har den där tryggheten av att ha nån medicin i kroppen och man då kan jobba med andra grejer under tiden [...] Det här att klara av att bo nånstans, klara av att ha nån form av sysselsättning, klara av att skaffa andra vänner och klara av att säga nej till det här med kriminalitet och droglivet.

När jag frågar en av intervjupersonerna vilken uppfattning hon har kring underhållsbehandling och patienternas självbild svarar hon så här...

Anna: Det är svårt, delvis kan självbilden förändras lite grann i början av en behandling, på ytan kan man väl säga för att de slipper vara smutsiga [...] Kanske har de börjat få kontakt med sina barn och kommer igång med sysselsättning. Det ger en ökad självbild när dom kommer igång med någon form av sysselsättning [...] Resten av självbilden tror jag dom måste jobba väldigt aktivt med för dom har varit med om så pass mycket.

6.3.2 Behandlingens begränsningar till återanpassning i samhället

Anna menar att exempelvis sidomissbruk, kriminalitet och ensamhet kan vara hinder för individen till återanpassning. Bodil menar att det finns tendenser till att man ibland håller kvar patienterna för länge i behandlingen medan Carola hävdar att fördomar kan vara ett annat hinder för återanpassning.

Anna: Sidomissbruk, att många har ett dubbelt beroende av droger [...] kriminalitet, ensamhet, tristess och dom bitarna [...] Vad gäller samhället är det ju det här med okunskap, att de inte är välkomna riktigt överallt, synen delvis på missbrukare, delvis stämpling, det finns ju hinder på den sidan.

Bodil: [...] Jag tycker ibland att man är för omhändertagande, det brister i att lägga över ansvaret på patienterna. Dom kan ta mycket mer ansvar själva.

Carola: Asså, dom har ju det här att de måste åka och hämta sin medicin [...] Ja, man måste ha en förstående skola eller arbetsgivare [...]

6.3.3 Sammanfattande reflektion

Intervjupersonerna menar att det finns en hel del positiva aspekter med underhållsbehandling som gör det möjligt för individer att återanpassas i samhället, vilket ger stöd för teorin om det sociala rekonstruktionssyndromet. Man uppger att hälsa, sociala kontakter, boende, sysselsättning, självbild och trygghet är exempel på förbättringar för målgruppen. Kan man då använda sig av så stora ord som att dessa framsteg kan skapa en ny livsfas för heroinmissbrukaren? Ja, för en del kanske, men inte för alla. För att på samma gång som det finns positiva möjligheter med behandlingen har den även begränsningar. Intervjupersonerna menar att de hinder som kan finnas för möjligheten till återanpassning kan vara sidomissbruk, fördomar i samhället samt att man ibland håller kvar patienterna för länge i behandlingen, en slags osund hjälparinsats där man bortser från individens egen potential. Dessa hinder kan följaktligen motverka individens återanpassning i samhället vad gäller underhållsbehandling. Sammanfattningsvis kan sägas att det inte finns något svart – eller vitt tänkande kring frågan om behandlingens möjligheter och begränsningar där man kan fastställa att teorin antingen styrks eller förkastas. Behandlingen har som intervjupersonerna hävdar följaktligen både för- och nackdelar.

6.4 DEN BIOLOGISKA/MEDICINSKA MODELLEN

6.4.1 Uppfattningar om den biologiska/medicinska förklaringsmodellen

Vincent Doles metaboliska teori utgår från att individer med opiatberoende efter en tids missbruk ådrar sig en störning i hjärnan som gör det nödvändigt för honom eller henne att kontinuerligt tillföra ett opiatpreparat (Johnson, 2005). Respondenterna motsäger sig inte tillförlitligheten i denna teori, men poängterar att detta är högst individuellt och menar att kroppens förmåga att reparera skador utan droger är fullt möjligt. Tre av intervjupersonerna förklarar...

Anna: Jag tror delvis på att det händer saker i hjärnan när man missbrukar och tillför, det är bevisat. Men jag tror att kroppen är så pass läkande så att detta efter hand läker så att man faktiskt kan vara utan medicinen.

Bodil: Läkarna har ju sagt nånting om att när man börjar med heroin så är det vissa saker som sätts ur spel i kroppen som gör att sen blir man liksom tvungen att ta dom här preparaten alltid, och det tror jag nog stämmer för många. Men jag vill inte säga att det är så för alla.

David: Jag kan inte säga emot det, det är mycket möjligt att det är så för vi förstör vårt eget endorfin när vi håller på, men jag tror också att vi kan bygga upp det igen utan droger [---] Vi behöver inte alltid nån form av medicin för att reparera saker och ting [...] Har vi kunnat förstöra det med opiater, så om man tar bort opiaten så kan hjärnan reproducera igen [...] varför skulle vi inte kunna det?

6.4.2 Sammanfattande reflektion

Gemensamt för intervjupersonernas inställning är att de inte motsätter sig tillförlitligheten i den biologiska/medicinska ideologin, vilket kan sägas styrka Doles metaboliska teori. Utöver detta faktum ser intervjupersonerna opiatmissbruket ur ett vidare perspektiv än så. Det verkar som att man även ser på missbruket utifrån ett humanistiskt perspektiv där man tror på den enskilda individens möjligheter att läkas utan tillsatser av opiater. Med utgångspunkt från detta påstående kan man fråga sig om den medicinska förklaringen av opiatmissbruk är den enda lösningen på ett problem som kan vara mångskiftande?

6.5 PÅVERKANSAKTORER I ARBETET MED UNDERHÅLLSBEHANDLING

6.5.1 Massmedias påverkan i arbetet med underhållsbehandling

Då jag frågar en av intervjupersonerna hur hon upplevt skrivierna i media vad gäller underhållsbehandling förklarar hon att de enbart har varit i en riktning och det är att alla ska få behandling, en uppfattning som hon inte stödjer.

Anna: [...] Vad de glömmer är att i denna behandling som i andra behandlingar är det ju en behandling som inte fungerar för alla. Så att bara för att man uppfyller Socialstyrelsens kriterier är det ju inte säkert att detta är rätt behandling. Men så har ju massmedia nånstans framställt det, att det är synd om dem som inte kommer in i behandling, att man ska sätta in behandling i ett tidigt skede och att alla opiatmissbrukare bör ha underhållsbehandling. Jag håller inte med om det.

6.5.2 Hur påverkar synsättet prohibition arbetet med underhållsbehandling?

En ökning av opiatmissbruket under 1970-talet och ett dominerande socialpolitiskt synsätt ledde till att Sverige under 80-talet inrättade den narkotikapolitik vi har idag som kallas prohibition. Denna avser ett totalförbud mot all ickemedicinskt narkotikabruk (Johnson, 2003). Carola och David beskriver sin bild av hur detta synsätt har påverkat deras arbete...

Carola: Förr var det en annan bild man hade av substitutionsbehandling. Att man bytte ut ett missbruk mot ett annat [...] att den bilden håller nog på att suddas ut rätt så bra nu. Att man mer ser fördelarna samhällsekonomiskt och ser helheten i stället för att bara rikta in sig på att; istället för heroin så får du metadon.

David: Det har nog spelat jättestor roll. I och med att vi har haft nollgräns, snacket vi alltid har haft... att man inte ska föra in en ny drog så att säga [---] Sen kan man kalla det medicin eller drog, men det är ju så man har sett det [---] Så det är klart, jag tror det har spelat stor roll för det har dröjt så länge innan Sverige har accepterat det.

6.5.3 Hur kan personalen påverka i arbetet med underhållsbehandling?

När jag frågar Anna och Bodil hur de upplever att de kan påverka i arbetet har de helt olika uppfattningar: Anna upplever att hon har stora möjligheter att påverka medan Bodil inte tycker att hon har möjlighet att göra det i samma utsträckning.

Anna: Jättemycket, jag har påverkat jättemycket tycker jag själv [...] Med tanke på att Socialstyrelsen har vissa riktlinjer hur en behandling ska bedrivas, dessa kan tolkas olika, [...] så har ju vi på mottagningen jättestor möjlighet att utveckla den här mottagningen åt olika håll eller åt olika sätt [---] Vi har också emellanåt möte med andra substitutionsmottagningar i olika städer men vi kan ju utifrån vad vi har för goda erfarenheter försöka påverka dom härifrån [...] och saker som dom lyckas bättre med kan vi ta med hit.

Bodil: Nej det kan jag inte. Jag kan lika väl prata med en vägg. Så där kan jag känna ibland att, oh... det här är sjukvård. Vi tänker väldigt olika. Här är det medicinskt synsätt, inte enbart, det är det inte. Men det är ju mycket medicinskt för om man tittar på konstellationen i arbetsgrupperna, det är tio sjuksköterskor och en kurator.

6.5.4 Samarbetet med andra organisationer

Både Anna och Carola menar att samarbetet organisationerna emellan fungerar bättre än innan men hävdar att det blir motsättningar eftersom man har olika synsätt vad gäller behandlingen.

Anna: Mycket bättre utifrån att vi har informerat mer härifrån så att det inte är så mycket missförstånd men även utifrån att vi har jobbat mycket för att vi ska ha en gemensam planering och så med andra myndigheter och organisationer [...] Problem finns fortfarande delvis, att vi har olika synsätt [...] Min önskan är att man skulle sitta på ett och samma ställe och jobba tillsammans med samma pengar.

Carola: Jag tycker att samarbetet är ganska bra [---] Jag tycker att det är bra just det här att vi har gemensamma möten, att det är några stycken härifrån som träffar några på substitutionsmottagningen regelbundet [---] Vi har haft olika syn på när i tid vi från socialförvaltningen ska komma in i ett ärende [...] Substitutionsmottagningen har tidigare krävt att vi ska vara inne väldigt tidigt i ärenden där man sen som socialsekreterare suttit med i ett ärende bara för att hålla den här klienten under armarna i väntan på att substitutionsmottagningen över huvudet ska kunna ta emot klienten. Och det har jag känt ibland har blivit jättekonstigt därför att då får vi en klient

som faktiskt inte är motiverad till nånting annat än substitutionsbehandling. Och vad ska vi göra under tiden? Det finns inget att jobba med, dom är aktiva i sitt missbruk i väntan på att få kontakt där.

6.5.5 Sammanfattande reflektion

En av respondenterna beskriver massmedias ”vinkling” av underhållsbehandlingen som att man framställer opiatmissbrukaren som offer, att det är synd om dem som inte kommer in i behandlingen samt att massmedia menar att alla heroinmissbrukare borde få underhållsbehandling. Stämmer denna bild av verkligheten som massmedia framställer den? Borde alla opiatmissbrukare få underhållsbehandling? Givetvis kan detta handla om att media vill tjäna pengar på att framställa svaga målgrupper som offer. Intervjupersonen menar att behandlingen inte passar för alla opiatmissbrukare, vilket kan förklaras med att hon besitter en kunskap och bredare syn på behandlingen än vad massmedia har. De två intervjupersonerna som arbetar inom socialtjänsten anser att den prohibistiska narkotikapolitiken om ett narkotikafritt samhälle har haft stor inverkan på inställningen till underhållsbehandlingen. Det framkom att man tidigare varit mer skeptisk till behandlingen, att uppfattningen varit att man byter ut en drog mot en annan. Man menar att denna syn har förändrats över tid. Kan det vara så att detta prohibistiska synsätt håller på att reformeras i det svenska samhället? Eftersom jag endast förfogar över två åsiktsyttringar från personer som arbetar inom socialtjänsten kan jag inte generalisera över detta men det kan förhålla sig så att det håller på att ske en förändring och att vi inte längre påverkas lika starkt av det prohibistiska tankesättet. Vidare är det intressant att reflektera över hur olika det två respondenterna från substitutionsmottagningarna upplever att de kan påverka i sitt arbete. En av dem upplever att hon har stora möjligheter att påverka medan en annan inte tycker att hon kan göra det i samma utsträckning. Hur kommer detta sig? Har man mindre möjlighet som socionom att kunna påverka inom sjukvården, en sjukvård som har mer en biologisk syn på behandling? Utifrån svaren att döma har respondenterna skilda åsikter kring detta. En förklaring kan vara att även om substitutionsmottagningarna följer socialstyrelsens riktlinjer så kan de olika behandlingsenheterna tolka föreskrifterna på olika sätt vilket gör att mottagningarna kan se väldigt olika ut. När det gäller samarbetet mellan socialtjänsten och substitutionsmottagningen hävdar intervjupersonerna att även om samverkan blivit bättre finns det oenigheter eftersom man ibland har olika synsätt organisationerna emellan. Vilka oenigheter kan det röra sig om? Det kan givetvis bero på ekonomiska motsättningar, att de olika organisationerna vill ha ”sin del av kakan”. Kan det vara så att det handlar om

ideologiska motsättningar som lever kvar, där det socialpolitiska synsättet krockar med det biologiska synsättet?

KAP 7. AVSLUTANDE KAPITEL

Detta kapitel inleds med en sammanfattning kring resultaten av min analys. Jag har valt att dela upp sammanfattningen i de fyra teman som analysen utgår från. Det är viktigt att poängtera att även om jag har dragit olika slutsatser av min insamlade empiri är det svårt att generalisera utifrån det ringa material jag förfogar över. Efter sammanfattningen följer jag en avslutande diskussion kring de upplevelser och funderingar jag haft under studiens gång.

7.1 SAMMANFATTNING AV RESULTATET

Syftet med denna studie har varit att beskriva och analysera olika synsätt som personal vid substitutionsmottagningar och socialtjänstens missbruksenhet har kring underhållsbehandling och urskilja olika påverkansfaktorer.

Tema 1. ”Synen på underhållsbehandling” Den första delen av min analys behandlar personalens inställning till underhållsbehandlingen och min slutsats därutav blir att intervjupersonerna generellt sett stödjer behandlingsformen samt att det finns en övertygelse om att behandlingen kommer att öka i framtiden. Av resultatet framkom också att det finns en stor efterfrågan på behandlingen men att resurserna ses som tämligen knappa. Man understryker även risken för svarthandel med underhållspreparaten. Respondenterna menar att man inte vill ha den typ av narkotikapolitik i Sverige som enbart går ut på skadelindring (harm reduction) utan man förespråkar hjälp och stöd i kombination med medicinering för heroinmissbrukare. Utifrån respondenternas svar finns det en öppenhet inför andra vårdalternativ för opiatmissbrukare.

Tema 2. ”Behandlingens möjligheter och begränsningar”. I detta avsnitt förklaras hur personalen ser på underhållsbehandlingen möjligheter och begränsningar vad gäller återanpassning för opiatmissbrukare. Utfallet visar att samtidigt som underhållsbehandlingen genererar i möjligheter såsom förbättrad hälsa, boende, sysselsättning, självbild och trygghet så finns också hinder för återanpassningen. Dessa hinder kan handla om att det finns ett sidomissbruk, fördomar i samhället samt att man håller kvar patienter för länge i behandlingen.

Tema 3. ”Den biologiska/medicinska modellen”. I analysen utvärderades personalens inställning till den biologiska tolkningen av opiatmissbruk. Mina slutsatser visar att intervjupersonerna inte motsätter sig tillförlitligheten i denna ideologi men man anser emellertid att de skador som kroppen ådrar sig genom opiatmissbruket faktiskt går att reparera, att kroppen även kan läka sig själv utan tillsats av opiater.

Tema 4. ”Påverkansfaktorer i arbetet med underhållsbehandling”. Här analyserades olika påverkansfaktorer i arbetet med underhållsbehandling. Resultaten visar att intervjupersonerna anser att synsättet prohibition som står för en strävan mot det narkotikafria samhället, tidigare påverkade synen på behandlingen i negativ riktning. Idag anser man att inställningen till behandlingen håller på att förändras i en relativt positiv riktning. Vad gäller massmedia har de också påverkat synen på behandlingen genom att media vinklat behandlingen enbart i en riktning, att alla människor bör ha underhållsbehandling och att det är synd om dem som inte kommer in i behandlingen. Upplevelsen av att kunna påverka uppfattas olika av dem som arbetar inom substitutionsmottagningen. En av de intervjuade ansåg att det fanns stort utrymme att kunna påverka medan en annan upplevde att hon inte kunde påverka i samma utsträckning. Gällande samarbetet mellan substitutionsmottagningen och socialtjänsten ansåg intervjupersonerna att samarbetet blivit bättre men att det fortfarande fanns oenigheter genom att man har olika synsätt vad gäller behandlingen.

7.2 AVSLUTANDE DISKUSSION

När jag ser tillbaka på denna resa, som det faktiskt har varit att genomföra denna uppsats på egen hand är min första tanke att jag blir glad över att de personer jag intervjuat har en tämligen bred syn på missbruksbehandling rent generellt. Jag upplever inte att dessa personer är begränsade i sitt synsätt och bara ser en ”rätt väg” för missbrukare. Jag tror att detta ”öppna sinne” har stor betydelse för missbruksbehandlingen i stort. Intervjupersonerna är fria inför att det även finns andra behandlingsmetoder att tillgå. Detta är bra med tanke på att alla människor är olika, då behövs också olika behandlingsalternativ.

Intervjupersonerna framhåller att man förespråkar en kombination av medicinering och socialt stöd vad gäller opiatmissbrukare, man ”nöjer” sig följaktligen inte med enbart skadelindring. När jag funderar kring detta faktum menar jag att det råder en relativt stark tilltro bland behandlingspersonal till den prohibistiska syn på narkotikapolitik som Sverige för. Man vill exempelvis bedriva preventivt arbete i hög utsträckning. Detta är bra tycker jag, enbart

medicinering av heroinmissbrukare tror jag inte är speciellt hållbart. Risken med att man enbart ger narkotiska läkemedel till en heroinmissbrukare kan bli att man förstärker deras gamla beteende, att det inte sker någon egentlig förändring. Samtidigt som det prohibistiska synsättet har ett starkt fäste i Sverige finns en paradox i sammanhanget. Över tid har det svenska samhället sakta accepterat underhållsbehandlingen som metod, trots ett massivt motstånd. Jag slås av tanken att vi rör oss mer och mer mot paradigmet harm reduction (skadelindring). En av intervjupersonerna hävdade att hon dessvärre befarade att detta kommer att ske i Sverige. Att vi går mot en utveckling där utdelning av medicin blir det primära, att det satsas mer på kvantitet än kvalitet vad gäller behandling av opiatmissbrukare. Jag är kluven inför denna tanke. Samtidigt som jag är öppen inför den medicinska underhållsbehandlingsens möjligheter är jag tveksam inför ett samhälle som domineras av skade- lindrande åtgärder. Jag tror dock på en mångfald av olika behandlingsmöjligheter där olika valmöjligheter finns. Jag tycker inte att någon, inte heller jag själv, ska vara domare över vad som är rätt eller fel vad gäller olika behandlingsformer för opiatmissbrukare. Det tycker jag var och en själv ska få bestämma i den mån de kan.

KAP 8. REFERENSLISTA

Agerberg, Miki (2004) *Kidnappad hjärna, en bok om missbruk och beroende*. Lund: Studentlitteratur

Antoniussen, Eva-Malin (2007) *Illegal subutexanvändning - en undersökning av missbruket utanför behandlingsprogrammen*.

Statens folkhälsoinstitut. www.fhi.se

Hämtat 2009-11-05

Aspers, Patrik (2007) *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber AB

Daneback, Kristian & Månsson Sven-Axel (2008) "Internetforskning" I Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans & Eliasson-Lappalainen Rosmari & Jacobsson, Katarina (red:) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur

Goldberg, Ted (2005) "Narkotika" I Goldberg, Ted (red:) *Samhällsproblem*. Lund: studentlitteratur

Johansson & Wirbing (1999) *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur och kultur

Johnson, Björn (2003) *Policyspridning som översättning*.

Avhandling. www.lub.lu.se

Hämtat 2009-11-05

Johnson, Björn (2005) *Metadon på liv och död*. Lund: Studentlitteratur

Johnson, Björn (2009) "Två risker med läkemedelsassisterad behandling – läckage och förgiftningsdödsfall". I Johansson, Eva & Laanemets, Leili & Svensson, Kerstin (red:) *Narkotikamissbruk*. Lund: Studentlitteratur

Kristiansen & Svensson (2004) *Byråkrati och narkomani går inte ihop*.

Statens folkhälsoinstitut. www.fhi.se

Hämtat 2009-12-29

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

Olsson, Börje & Adamsson Wahren, Caroline & Byqvist, Siv (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning I Sverige 1998*. MAX-projektet, delrapport 3. Rapport nr 61. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

CAN:s hemsida. www.can.se

Hämtat 2009-10-12

Regeringens proposition 2001/02, *Nationell narkotikahandlingsplan*

SBU (2001) *Behandling av alkohol och narkotikaproblem*

SBU:s hemsida. www.sbu.se

Hämtat 2009-12-14

Socialstyrelsen (2001) *Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling*.

Socialstyrelsens hemsida. www.sos.se

Hämtat 2009-11-18

Socialstyrelsen (2007) *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling*. Rapport från en nationellt samordnad granskning.

Socialstyrelsens hemsida. www.sos.se

Hämtat 2009-11-18

Sohlberg, Peter (2006) "Teorier och kunskapsbildning i socialt arbete" I Blom, Björn & Morén, Stefan & Nygren, Lennart (red:) *Kunskap i socialt arbete: om villkor, processer och användning*. Stockholm: Natur och Kultur

SOSFS 1990:16 *Metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiater på indikation narkomani*.

Socialstyrelsens hemsida. www.sos.se

Hämtat 2009-12-14

SOSFS 2004:8 *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende*
Socialstyrelsens hemsida. www.sos.se

Hämtat 2009-10-12

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

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

Östnäs, Anders (2005) ”De äldre i samhället”. I Goldberg, Ted (red:) *Samhällsproblem*. Lund:
Studentlitteratur

BILAGOR**BILAGA 1*****Informationsbrev***

Hej!

Jag heter Ann-Charlotte Stjernqvist och går sjätte terminen av sju vid Socialhögskolan, Campus Helsingborg. Denna termin skriver jag min C-uppsats och har valt att fördjupa mig i ämnet; Underhållsbehandling för opiatmissbrukare utifrån ett personalperspektiv. Jag kommer att använda mig av en kvalitativ metod vid materialinsamlingen och intervjua personal vid socialtjänsten och substitutionsmottagningar. Jag vill gärna ta del av personalens upplevelse och erfarenheter kring underhållsbehandling. Syftet med min studie är att undersöka vilken uppfattning personalen har kring underhållsbehandling samt urskilja olika påverkansfaktorer.

Intervjun kommer att ta cirka 1 timme, men jag är givetvis flexibel efter era önskemål. Jag har en önskan om att få spela in intervjun på band, vilket underlättar då jag ska transkribera tal till skrift samt för att inget av det som sägs ska missuppfattas. Medverkan är självfallet frivillig och kan när som helst avbrytas utan närmare förklaring. Mitt insamlade material kommer endast att användas till studiens syfte. Underlaget kommer att behandlas konfidentiellt, där endast jag som forskare har del av uppgifterna. När studien godkänts kommer jag att förstöra allt material som har med intervjuerna att göra. I den färdiga uppsatsen kommer det heller inte att framgå vem jag intervjuat eller i vilken kommun jag gjort mina intervjuer. Givetvis kommer intervjupersonerna att få ta del av min färdiga uppsats.

Ring gärna vid frågor. Tack på förhand!

Mvh Ann-Charlotte Stjernqvist

BILAGA 2

Intervjuguide-

– till socialsekreterare vid missbruksenhet och utredare vid substitutionsmottagning –

Presentation

*Syftet med min studie. Anonymitet.
Frivillig medverkan.
Förfrågan om att spela in intervjun.
Telefonnummer för eventuell komplettering.*

Intervjupersonen?

*Hur länge har du arbetat i organisationen?
Vad har du för tidigare utbildning och arbetslivserfarenheter?*

Organisationen/arbetet?

*Vilka yrkeskategorier finns på din avdelning?
Hur många arbetar i "teamet"?
Hur många patienter/klienter har underhållsbehandling i dagsläget?
Vilka externa organisationer samarbetar ni med vad gäller underhållsbehandling?
Vilka är dina arbetsuppgifter vad gäller underhållsbehandling?
Hur ser du på efterfrågan och resurser vad gäller underhållsbehandling?*

Personalens inställning till underhållsbehandling?

*Vilken är din syn på underhållsbehandling?
Har din syn på underhållsbehandling förändrats över tid?
Vilka faktorer har påverkat din inställning till underhållsbehandling?
Hur ser du på underhållsbehandlingen i framtiden?*

Underhållsbehandling som en möjlighet till återanpassning i samhället?

*Vilka positiva möjligheter ger underhållsbehandlingen för opiatmissbrukare (exempelvis bostad, hälsa, arbete, komma ifrån kriminalitet samt självuppfattning)
Finns det aspekter med underhållsbehandling som hindrar möjligheten till återanpassning i samhället?*

Opiatmissbruket som en biologisk/medicinsk förklaring?

*Hur ser du på substitutionsbehandlingen som en förutsättning för att komma ifrån heroinmissbruket?
Hur förhåller du dig till den förklaringsmodell som hävdar att långvarigt opiatmissbruk leder till permanenta förändringar i hjärnans funktioner?
Hur förhåller du dig till substitutionsbehandling som en livslång behandling?*

Påverkansfaktorer i arbetet med underhållsbehandling?

*Hur påverkar massmedia arbetet med underhållsbehandling? Hur påverkar det socialpolitiska synsättet prohibition arbetet med underhållsbehandling?
Hur upplever du samarbetet med andra organisationer?
På vilket sätt kan du som utredare/handläggare påverka arbetet med underhållsbehandling?*