



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Är läkemedel lösningen?

En kvalitativ intervjustudie om socialsekreterares
uppfattningar kring läkemedelsassisterad behandling

Sofia Månsson & Ulrika Pålsson

Kandidatuppsats (SOPA63)
VT 2016

Handledare: Lupita Svensson

Abstract

Authors: Sofia Månsson & Ulrika Pålsson

Title: Is Pharmaceuticals The Solution? A Qualitative Interview Study of Social Workers Perceptions of Medical Assisted Treatment. [Translated title]

Supervisor: Lupita Svensson

Assessor: Anna-Karin Bergman

The aim of this study was to examine social workers perceptions of medication assisted treatment. We have made a qualitative interview study in which we interviewed seven municipal social workers that have knowledge and experience of working with people who have substance abuse problems and medication assisted treatment. We found that the social workers are describing both advantages and disadvantages of the treatment method. They perceive that medication assisted treatment for some clients leads to a better quality of life while for others it means a simple solution where the core of the abuse is not processed. The social workers describe that the treatment should primarily be offered to clients who have had an abuse for a long time and tried other traditional treatment methods and its possibilities. The social workers also perceive that there is too much medicinal focus on the treatment method. They argue that the presence of side abuse is a crucial factor if they perceive the medical assisted treatment as successful or not.

Keywords: social work, social workers, medical assisted treatment, attitudes and perceptions, advantages and disadvantages, social consequences.

Förord

Vi har kämpat, kämpat och kämpat... Speciellt för att lyckas motstå alla andra roliga sysslor som alltid råkar hamna i vägen när en uppsats ska skrivas. Dessutom har det periodvis varit alldeles för fint väder utanför fönstret på Kvarnholmsgatan 7. Men efter många timmars slit blev vi äntligen klara!

Vi vill börja med att tacka alla våra intervjupersoner som genom sitt deltagande gjort denna studie möjlig. Utan er hade det inte blivit någon uppsats. Avslutningsvis vill vi självklart även rikta ett stort och varmt tack till vår handledare Lupita Svensson som kommit med goda tips och råd och hela tiden funnits där för oss. TACK!

Sofia Månsson & Ulrika Pålsson

Helsingborg 2016-05-23

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	6
1.1. PROBLEMFÖRMULERING.....	6
1.2. SYFTE.....	7
1.3. FRÅGESTÄLLNINGAR.....	7
1.4. AVGRÄNSNINGAR.....	7
1.5. UPPSATSENS DISPOSITION.....	8
2. BAKGRUNDSINFORMATION	8
2.1. BEGREPPSFÖRKLARINGAR.....	8
2.1.1. Läkemedelsassisterad behandling.....	8
2.1.2. LARO-mottagning.....	9
2.1.3. Opioider och opiater.....	9
2.1.4. Sidomissbruk.....	9
2.1.5. Tolvstegsbehandling.....	10
2.1.6. KBT - Kognitiv beteendeterapi.....	10
2.1.7. HVB - Hem för vård eller boende.....	10
2.2. HISTORISK BAKGRUND.....	10
3. ORIENTERING AV KUNSKAPSLÄGET	11
3.1. LITTERATURSÖKNING.....	12
3.2. SOCIALARBETARENS UPPFATTNINGAR OCH ATTITYDER.....	12
3.3. EFFEKTER AV LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING.....	13
3.4. SOCIALSTYRELSENS KARTLÄGGNING.....	14
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	15
4.1. STÄMPLINGSTEORI.....	15
4.1.1. Självbilden och karriären.....	16
4.2. SOCIALKONSTRUKTIVISM SOM PERSPEKTIV.....	17
4.2.1. Internalisering, institutionalisering och typifiering.....	17
4.2.2. Negativ legitimering och tillintetgörande.....	18
4.3. SAMMANFATTNING AV DE TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTERNA.....	18
5. METOD	19
5.1. METODVAL.....	19
5.2. URVALSPROCESS.....	20
5.3. FÖRBEREDELSE OCH GENOMFÖRANDE AV INTERVJUER.....	21
5.4. BEARBETNING AV INTERVJUER OCH GENOMFÖRANDE AV ANALYS.....	22
5.5. METODENS FÖRTJÄNSTER OCH BEGRÄNSNINGAR.....	23
5.6. STUDIENS TILLFÖRLITLIGHET.....	24
5.7. ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	25
5.8. ARBETSFÖRDELNING.....	26
6. RESULTAT OCH ANALYS	27
6.1. ÅLDER OCH ERFARENHET.....	27
6.1.1. Yngre vs. äldre.....	27
6.1.2. Tömt ut allt annat i behandlingsväg.....	29
6.2. HUR LIVET FÖRÄNDRAS.....	31
6.2.1. Svårt att bryta från missbruksvärlden.....	31
6.2.2. Leder till livskvalité.....	33
6.2.3. Mottagningen är en trygg plats.....	34
6.3. EN ENKEL LÖSNING.....	35
6.3.1. Snabbt avklarat.....	35
6.3.2. Medicinfokus istället för att arbeta med kärnan till missbruket.....	36
6.4. UPPFATTNINGAR OM SIDOMISSBRUK.....	37

6.4.1. Delade meningar	37
7. AVSLUTANDE DISKUSSION	39
7.1. STUDIENS RESULTAT OCH SLUTSATSER	39
7.2. FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING	42
8. REFERENSLISTA	43
BILAGA 1 – INFORMATIONSBREV TILL ENHETSCHEF	47
BILAGA 2 – INFORMATIONSBREV TILL SOCIALSEKRETERARNA	48
BILAGA 3 – INTERVJUGUIDE	49

1. Inledning

När vi båda påbörjade våra socionomutbildningar hade vi inga erfarenheter av missbruk och vi kunde inte heller tänka oss att arbeta med det i framtiden. Inför praktikterminen blev vi båda tilldelade praktikplatser hos socialsekreterare som arbetade med personer med missbruksproblematik och så snart praktiken kommit igång blev vi mer och mer intresserade av ämnet och olika behandlingsmetoder. I denna uppsats tänkte vi därför ta tillfället i akt att närmre studera behandlingsformen läkemedelsassisterad behandling.

1.1. Problemformulering

Sedan slutet av 1960-talet har bruk av narkotika setts som ett allvarligt samhällsligt problem i Sverige (Folkhälsomyndigheten 2015). Socialtjänsten ska verka för att förebygga missbruksproblematik och för att individen ska få den vård som krävs för att komma ur missbruket (Socialstyrelsen 2015a, s. 17). Vilka behandlingsformer som är evidensbase-
rade och säkra för personer med missbruksproblematik har länge varit ett föremål för diskussion (Johnsson, Laanemets & Svensson 2009, s. 14) och eftersom samhället ständigt är i förändring blir följden att nya förväntningar och krav ställs på missbruksvården och dess klienter i frågan om hur de ska normaliseras in i samhället (Hilte 2007, s. 251). Hur missbruksbehandlingar presenteras av exempelvis socialsekreterare är av stor vikt för vilken behandling som uppfattas som mest lämplig av den som är aktuell för den (Hilte 2007, s. 260).

Enligt Andersson (2007, s. 234-235) innefattar en socialsekreterares vardag att ständigt göra moraliska bedömningar. Följden av detta blir att socialsekreteraren måste väga olika faktum mot varandra och i det finns det meningsskiljaktigheter kring vad en läkemedelsassisterad behandling leder till. Det har gjorts flertalet internationella studier som belyser vilka effekter läkemedelsassisterad behandling kan resultera i för opiatmissbrukare som är aktuella för den (Fareed et al. 2011; Gerra et al. 2003; Johnsson 2010; Johnson 2011). Vidare har det även forskats om socialarbetares kunskap och attityder kring läkemedelsbehandlingar. Resultaten har skiljt sig åt i de olika studierna och socialarbetare tycks ha olika åsikter om behandlingsmetoden (Bentley, Walsh & Farmer 2005; Bride et al. 2013; Knudsen et al. 2005; Moses & Kirk, 2006).

Socialarbetare som arbetar med myndighetsutövning inom socialtjänsten, d.v.s. socialsekreterare, har i sitt dagliga arbete i uppgift att ge råd och stöd åt personer med missbruksproblematik (SOU 2011:35, s. 96). Eftersom socialarbetaren och klienten ofta har en nära relationsmässig kontakt kan socialarbetarens åsikter och värderingar komma att påverka utgången när läkemedelsassisterad behandling kommer på tal (Bride et al. 2013, s. 56). Det är därmed av relevans för socialt arbete att närmre undersöka vilka uppfattningar de har kring just läkemedelsassisterad behandling då deras åsikter kan tänkas influera arbetet med klienterna.

1.2. Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka socialsekreterares uppfattningar kring behandlingsmetoden läkemedelsassisterad behandling.

1.3. Frågeställningar

- Vilka fördelar beskriver socialsekreterare finns med läkemedelsassisterad behandling?
- Vilka nackdelar beskriver socialsekreterare finns med läkemedelsassisterad behandling?
- Vilka sociala konsekvenser kan socialsekreterare urskilja utifrån ett teoretiskt perspektiv att läkemedelsassisterad behandling ger för klienten?

1.4. Avgränsningar

Denna uppsats kommer inte att beröra områden så som genus, etnicitet, klass, ålder eller klienters perspektiv. Uppsatsen kommer fokusera på socialsekreterares uppfattningar och attityder och därför tas ingen hänsyn till ovanstående områden. Vi är dock medvetna om att uppsatsens resultat troligtvis hade blivit annorlunda om vi hade lagt fokus mot att framhäva något av dessa ovanstående områden. Anledningen till att vi inte valt att intervjua klienter om deras åsikter är att vi anser att det inte vore etiskt korrekt utifrån den kompetens som vi har idag.

1.5. Uppsatsens disposition

I kapitel ett inledde vi med ett kort stycke om varför vi ville studera just det aktuella ämnet, vidare presenterade vi även vår problemformulering, vårt syfte och våra frågeställningar samt hur vi har valt att avgränsa studien. I kapitel två kommer vi att presentera relevanta begrepp för att förenkla för läsaren samt ett stycke om den historiska bakgrunden kring läkemedelsassisterad behandling. I kapitel tre kommer vi att redogöra för hur vi har gått tillväga för att finna tidigare forskning. Därefter presenterar vi det aktuella kunskapsläget kring vad socialarbetare har för uppfattningar och attityder till läkemedelsbehandling samt vilka effekter behandlingen ger. Avslutningsvis i kapitel tre kommer vi även presentera delar av den kartläggning som Socialstyrelsen har gjort kring ämnet. I kapitel fyra förklarar vi innebörden av de teorier vi har valt att använda oss av i resultat- och analysdelen. I kapitel fem redogör vi för vårt val av metod, urvalsprocess, förberedelse och genomförande av intervjuer samt bearbetning av dessa och även genomförande av analysen. Vidare presenterar vi metodens förtjänster och begränsningar, studiens tillförlitlighet, etiska överväganden samt arbetsfördelning. I kapitel sex presenterar vi vårt resultat samt analys och i kapitel sju för vi en avslutande diskussion kring resultat och slutsatser samt även förslag till vidare forskning.

2. Bakgrundsinformation

Nedan följer några begrepp som är centrala i uppsatsen. Kapitlet omfattar även en beskrivning av utvecklingen för läkemedelsassisterad behandling i Sverige samt information om vad behandlingen innebär.

2.1. Begreppsförklaringar

2.1.1. Läkemedelsassisterad behandling

Behandlingsformen innebär att den som missbrukar och är beroende av opiater eller opioider får narkotikaklassade läkemedel som är godkända för ändamålet, exempel på sådana läkemedel är metadon och buprenorfin. I kombination med läkemedlet ska klienten också få psykosocial behandling (Socialstyrelsen 2015b, s. 7) i form av enskild- eller gruppterapi som är anpassad för att beröra klientens attityder, känslor och tankar (SOU

2011:35, s. 482). Läkemedelsbehandlingen syftar till att minska risken för återfall samt minska klientens abstinens (SOU 2011:35, s. 482). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd får behandlingen ges till de personer som är 20 år eller äldre och det ska även vara bedömt av läkaren att ett missbruk har funnits under minst ett år. Undantag kan göras för yngre personer om det finns särskilda skäl, t.ex. att andra behandlingsmetoder inte lett till någon förbättring för klienten (HSLF-FS 2016:1, s. 2). Klienten kommer i kontakt med behandlingen antingen genom en egen ansökan eller genom en remiss som skrivits av hälso- och sjukvården alternativt socialtjänsten (Socialstyrelsen 2015c, s. 24).

2.1.2. LARO-mottagning

Läkemedelsassisterad behandling och rehabilitering av opiatmissbrukare, förkortas oftast som LARO (Socialstyrelsen 2015b, s. 16). En klient som har en läkemedelsassisterad behandling går till en s.k. LARO-mottagning för att få sitt läkemedel och andra stöd- och behandlingsinsatser och det är hälso- och sjukvården som har behandlingsansvaret (Region Skåne 2015).

2.1.3. Opioider och opiater

Ett opiat- eller opioidberoende innebär att ha ett beroende av heroin eller andra smärtstillande läkemedel (Socialstyrelsen 2015a, s. 8). Opiater är naturliga medel som t.ex. heroin och morfin medan opioider är kemiskt sammansatta substanser som t.ex. buprenorfin och metadon (Socialstyrelsen 2015a, s. 36). Substanserna buprenorfin och metadon, som används i läkemedelsassisterad behandling, är så kallade agonister vilka blockerar receptorerna i det centrala nervsystemet. Detta medför att klientens drogsug och abstinensreaktioner minskar (SOU 2011:35, s. 230).

2.1.4. Sidomissbruk

Ett sidomissbruk innebär att klienten använder andra substanser än de föreskrivna i samband med sin läkemedelsassisterade behandling. Detta kan leda till bl.a. överdoser eller förgiftning p.g.a. att olika preparat blandas (Socialstyrelsen 2015c, s. 29).

2.1.5. Tolvstegsbehandling

Tolvstegsbehandling är en behandlingsmetod som används för att behandla vuxna eller ungdomar som har ett narkotika- eller alkoholberoende. Behandlingen sker i grupp och utgår från Minnesotamodellen vilken innebär att beroendet ses som en sjukdom. Klienten är huvudansvarig för att bli av med sitt beroende och att bli nykter. Det finns tolv steg där det första steget är att klienten erkänner att hon eller han har ett beroende. I kombination med behandlingen ska klienten också gå på självhjälpgrupper som t.ex. Anonyma narkomaner (Statens institutionsstyrelse 2016).

2.1.6. KBT - Kognitiv beteendeterapi

KBT innebär att behandlingsfokus ligger vid att tala om samspelet mellan omgivning och individ samt om klientens känslor, beteenden och tankar. Genom att tala om detta är förhoppningen att klienten ska förändra sitt eget beteende och kunna fungera och må bättre i vardagen. Således handlar det även om hur klienten upplever och tolkar sig själv och sin omgivning (Vårdguiden 2013).

2.1.7. HVB - Hem för vård eller boende

Ett HVB-hem är en verksamhet som riktar sig till målgrupper som under en begränsad tid är i behov av socialtjänstens insatser. Det kan t.ex. vara barn, ungdomar eller personer som har missbruksproblematik. Ett HVB-hem fokuserar på stöd, omvårdnad eller fostran och huvudsyftet är att verksamheten ska vara inriktad och skapas enligt individens behov (Inspektionen för vård och omsorg 2016).

2.2. Historisk bakgrund

Läkemedelsassisterad behandling har sedan mitten av 1960-talet funnits i Sverige och redan då mötte behandlingsformen stark kritik från olika professionella som ansåg att klienters drogberoende inte försvann utan istället ersattes av ett annat (Socialstyrelsen 2012, s. 10). Trots detta beslutade Socialstyrelsen år 1972 att fortsätta utveckla den läkemedelsassisterade behandlingen i Sverige. Det fanns fortfarande en omfattande kritik vilket så småningom ledde till att nyinskrivningar i programmet stoppades. P.g.a. att det

fanns beprövad erfarenhet och vetenskap blev programmet dock godkänt och kom att tillhöra den ordinarie sjukvården. I början av 1990-talet fanns totalt tre behandlingsprogram fördelat över tre svenska städer. Allt fler opiatmissbrukare har efterfrågat en plats i programmet och därför har antalet behandlingsplatser ökat drastiskt. Socialstyrelsen har med jämna mellanrum uppdaterat föreskrifterna som behandlingsaktörer måste följa och en förändring som gjorts sedan starten är att det numera inte finns någon begränsning för hur många personer som kan delta i programmet. I samband med förändringar som gjordes år 2005 infördes buprenorfin som ett alternativt läkemedel till metadon (ibid.).

Samtliga verksamheter ska bedrivas där det finns psykiatrisk specialistkompetens som ska ansvara för programmet samt bedriva psykosociala stödinsatser. Den allra senaste förändringen trädde i kraft under år 2016 och den innebär att det krävs att den aktuella läkaren gjort *bedömningen* att ett missbruk funnits under det senaste året (HSLF-FS 2016:1, s. 2) till skillnad från föregående bestämmelse där kravet var att missbruket skulle vara *dokumenterat* under det senaste året (Socialstyrelsen 2012, s. 11).

Trots det starka motståndet som har funnits sedan behandlingsstart är den läkemedelsassisterade behandlingen nu mer accepterad just på grund av ett starkt vetenskapligt underlag, avsaknaden av andra effektiva behandlingsmetoder samt mänskliga aspekter. Utvärderingar som har genomförts tyder på ett minskat drogmissbruk samt minskad kriminalitet och dödlighet, inte minst för de som varit i behandling under en längre tid (Socialstyrelsen 2012, s. 11).

3. Orientering av kunskapsläget

Nedan följer en redogörelse för hur vi har gått tillväga när vi sökt tidigare forskning samt en presentation av denna. Vi kommer att redogöra för forskning kring socialarbetares uppfattningar och attityder till läkemedelsassisterad behandling samt effekterna av behandlingen. För att få en bredare bild av det aktuella kunskapsläget har vi utöver traditionell forskning även valt att lyfta fram delar av Socialstyrelsens kartlägningsrapporter kring läkemedelsassisterad behandling.

3.1. Litteratursökning

För att finna vår tidigare forskning har vi främst använt oss av Lunds universitets egen söktjänst LubSearch samt Google Scholar. Vi har i första hand sökt på engelska eftersom vi rätt omgående insåg att det inte fanns speciellt mycket svensk forskning kring ämnet. Sökorden vi använt oss av är följande: *socialt arbete, läkemedelsassisterad behandling, effekter, attityder, drug abuse, treatment, social workers, social work, attitudes, drug abuse treatment, methadone, buprenorphine* samt *medication assisted treatment*.

Vi ansåg att vi inte hade funnit tillräckligt med forskning efter att vi hade sökt i databaserna LubSearch och Google Scholar och därför tog vi även hjälp av referenslistorna i de vetenskapliga forskningsartiklarna vi hade funnit. Detta tillvägagångssätt hjälpte oss att finna ytterligare relevant forskning.

3.2. Socialarbetares uppfattningar och attityder

Det var svårt att finna forskning om socialsekreterares och andra socialarbetares uppfattningar och attityder kring läkemedelsassisterad behandling. Den forskning som vi dock har funnit presenteras nedan.

Bride et al. (2013) har gjort en enkätstudie i vilken de har undersökt socialarbetares kunskap och medvetenhet om effektpåverkan samt acceptansnivå till läkemedelsassisterad behandling. Bride et al. (2013, s. 56) har kommit fram till att det är viktigt att förstå socialarbetares olika attityder och kunskapslägen eftersom de kan få betydelse för hur socialarbetaren talar om och framställer behandlingen för klienten. Det har framkommit att de socialarbetare som arbetar med t.ex. tolvstegsbehandling ofta är negativt inställda till läkemedelsassisterad behandling (ibid.). Det framkommer även att socialarbetares normer och värderingar, men även erfarenheter och därmed kunskap, påverkar inställningen till läkemedelsassisterad behandling (Bride et al. 2013, s. 46). Även Knudsen et al. (2005, s. 102) har gjort en enkätstudie. Respondenterna i studien arbetar med olika behandlingsprogram inom både den offentliga och privata sektorn och ett av studiens resultat är att de socialarbetare som har stor erfarenhet och dagligen arbetar med läkemedelsassisterad behandling i större utsträckning än andra är positivt inställda till den (ibid.).

Moses och Kirk (2006, s. 216) har i sin studie analyserat data där socialarbetare blivit tillfrågade kring deras attityder till läkemedelsbehandlingar. I studien framkom det att socialarbetare ibland anser att det är fel att behandla unga med läkemedel eftersom de menar att det kan leda till att de ungas psykosociala problem förvärras. Däremot har Bride et al. (2013, s. 54-56) kommit fram till att vissa socialarbetare i större utsträckning än andra är positiva till att använda sig av just läkemedel i en behandling. De socialarbetarna som är positiva värderar de goda effekterna av läkemedelsbehandlingen högt och därför känner de även större acceptans för den (ibid.). Vidare menar Bride et al. (2013, s. 43-44) att effekterna som socialarbetare ser har betydelse för huruvida de uppfattar behandlingen som lämplig eller inte.

Johnsson (2010, s. 51) har skrivit en forskningsöversikt vilken belyser sidoeffekter och risker i samband med läkemedelsassisterad behandling. I denna framkommer det bl.a. att det länge har funnits en debatt kring vad behandlingen leder till om den ges till unga personer. Det finns vissa professionella som har framhållit att de unga hade kunnat bli missbruksfria genom andra behandlingar istället för att bli beroende av behandlingsformen och ett läkemedel vid ung ålder (ibid.).

3.3. Effekter av läkemedelsassisterad behandling

Till skillnad från svårigheten att finna forskning kring socialarbetares attityder till läkemedelsassisterad behandling var det var något lättare att finna forskning om möjliga konsekvenser av denna för klienten. Nedan redogör vi för den aktuella forskningen.

I en litteraturstudie gjord av Fareed et al. (2011) har forskningsartiklar med nyckelorden "methadone" och "carving" studerats och analyserats. I studien har det konstaterats att personer som har läkemedelsassisterad behandling kan påverkas olika av denna. För vissa klienter minskar heroinbegäret medan det för andra förblir oförändrat (Fareed et al. 2011, s. 34-36). Johnsson (2010, s. 48) beskriver i sin forskningsöversikt att läkemedelsassisterad behandling är en metod som genom forskning har visats vara effektiv då den leder till att kriminalitet, prostitution och det illegala drogmissbruket minskar. De flesta av de läkemedelsbehandlade patienterna får ett bättre liv jämfört med vad de hade haft om de fortsatt att missbruka t.ex. heroin (ibid.). I en artikel i Läkartidningen skriver Johnson (2011, s. 2309) däremot att läkemedlen som används i behandlingen endast är

säkra och effektiva när de brukas enligt läkares föreskrift. Om de dock används på ett felaktigt sätt kan de orsaka allvarliga problem (ibid.).

Gerra et al. (2003) har slumpmässigt valt ut att undersöka heroinberoende personer vilka varit inskrivna i den offentliga beroendevården i minst tolv månader. Forskarna har bl.a. låtit klienterna svara på enkäter samt tagit del av deras journaler. I studien har forskarna kommit fram till att det är en hög andel av klienterna som har använt illegala droger i kombination med sina föreskrivna läkemedel, vilket i sin tur kan leda till att klienten riskerar stora konsekvenser för sin hälsa samt beteendemässiga- och sociala situation (Gerra et al. 2003, s. 6). Johnsson (2010, s. 48) skriver dock att målet med behandlingen är att klienten ska få ökad livskvalité, möjlighet att förbättra sitt sociala liv samt skaffa sysselsättning och boende. Gerra et al. (2003, s. 6) påtalar också att läkemedelsassisterad behandling faktiskt har visat sig leda till detta och att klienten i många fall relativt omgående kan återuppta sociala relationer som tidigare gått förlorade.

I en studie gjord av Bentley, Walsh och Farmer (2005, s. 302) har socialarbetares dagliga roll i det praktiska arbetet med läkemedelsbehandling studerats. Ett resultat som framkommit är att socialarbetare är tveksamma till om klientens självkänsla påverkas av läkemedelsbehandling eller inte (ibid.). Knudsen et al. (2005, s. 97) har dock kommit fram till att personalen på mottagningen har en väsentlig roll i form av att ge klienten ett stort stöd då det har betydelse för både utfallet av behandlingen samt klientens självkänsla.

3.4. Socialstyrelsens kartläggning

Som tidigare nämnts i inledningen av detta kapitel har vi utöver traditionell forskning valt att lyfta fram delar av Socialstyrelsens kartlägningsrapporter. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att sammanställa och kartlägga opiatmissbruket samt den läkemedelsassisterade behandlingen i Sverige (Socialstyrelsen 2015b, s. 7). Nedan presenterar vi den aktuella kartläggning som vi har valt att inkludera i denna studie.

Socialstyrelsen (2015c, s. 24) skriver i en kartläggande rapport att de allra flesta personer som ingår i den läkemedelsassisterade behandlingen i Sverige aldrig kan avsluta den och att behandlingen därför varar livet ut. Det framkommer även att knappt 15 procent av klienterna som har läkemedelsassisterad behandling är under 30 år, vilket innebär att

majoriteten av klienterna är äldre än detta (Socialstyrelsen 2015c, s. 32). Enligt Socialstyrelsen (2015b, s. 42) finns det ett behov av att erbjuda behandlingen till opiatmissbrukare då de menar att det stora antalet nyinskrivningar i programmet de senaste åren talar för det. Men trots att behandlingen anses vara nödvändig framhålls det även att behandlingen inte fungerar för alla, t.ex. för de som har ett omfattande sidomissbruk eller stora psykiatriska problem (Socialstyrelsen 2015c, s. 24).

Enligt Socialstyrelsen (2015c, s. 28) kräver LARO-mottagningarna runt om i landet att klienten kommer dit dagligen under det första halvåret för att hämta sitt läkemedel. Detta menar Socialstyrelsen (2015b, s. 21) kan få negativa konsekvenser då det medför att klienten aldrig kommer att kunna klassas som "före detta missbrukare" eftersom han eller hon alltid kommer behöva gå dit för att lämna urinprover etc.

4. Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel kommer vi att presentera våra teoretiska utgångspunkter för denna studie. Vi har valt stämplingsteorin och socialkonstruktivism då vi ansåg att dessa var mest tillämpningsbara. Stämplingsteorin valde vi för att läkemedelsassisterad behandling bl.a. syftar till att klienter inte ska vara stämplade i samhället för deras missbruksproblematik samt att samhället därför vill normalisera dessa klienter till det s.k. "normala" livet (Goldberg 2010, s. 149). Socialkonstruktivism använde vi oss av för att denna studie syftar till att undersöka socialsekreterares uppfattningar kring behandlingsmetoden läkemedelsassisterad behandling. Hur olika situationer och företeelser uppfattas, förstås och beskrivs (Wenneberg 2010, s. 10-12) är relevant för vår studie och det är därmed väsentligt att analysera hur dessa uppfattningar kan konstrueras. Eftersom socialkonstruktivismen ursprungligen är en vetenskapsteori (Wenneberg 2010, s. 11) har vi valt att lyfta fram relevanta begrepp ur denna för att vi ska kunna använda den som en teoretisk utgångspunkt i denna studie.

4.1. Stämplingsteori

På 1960-talet i USA började det talas om den moderna stämplingsteorin. Inom ramen för stämplingsteori pratar man om *avvikelser* och dessa sägs vara rent sociala företeelser. En

avvikare finns endast när det talas om en person och en hel grupp. Om personen avviker p.g.a. någon fysisk eller psykisk åkomma får det konsekvenser för möjligheten till att ha en normal social karriär. Ett avvikande beteende kräver vissa åtgärder just för att det sägs vara utöver det “normala” och det innebär i sin tur att olika sociala instanser i samhället kommer att förstärka stigmatiseringen och individens avvikelse ytterligare (Goldberg 2010, s. 149). Enligt Giddens och Sutton (2014, s. 602-603) anses en person med ett avvikande beteende inte följa de normer som majoriteten av människorna i en grupp eller ett samhälle accepterar och följer. Den majoritet som följer normerna har som vana att göra det eftersom de socialiserats in i samhället på ett visst sätt. För de personer som däremot inte följer samhällets normer väntar ofta konsekvenser. Antingen kan det vara mer spontana i form av t.ex. kommentarer från familjemedlemmar eller arbetskamrater eller så kan de komma från myndigheter i samhället i form av regler eller bestraffningar (ibid.).

4.1.1 Självbilden och karriären

Stämpling kan förekomma i många olika sammanhang i samhället t.ex. i familjen eller skolvärlden och det kan framkallas av flertalet anledningar. Det är viktigt att poängtera att stämpling är en lång process. Ett centralt begrepp inom stämplingsteorin är *självbild* och en individs självbild handlar om hur han eller hon uppfattar sig själv och sitt beteende i relation till de ideal som finns upprätthållna i samhället. En individs självbild påverkas av relationerna till andra människor och de personer som har negativa självbilder har genom andras reaktioner insett att de egna egenskaperna eller beteendena inte överensstämmer med samhällsidealen (Goldberg 2010, s. 153). Stämpling som fenomen innebär att en person, gång på gång, får negativa reaktioner från andra människor i omgivningen. För individen innebär det att han eller hon låter sin självbild förändras till att vara mer negativ än vad den tidigare varit. När individen av andra så småningom blir märkt som avvikare innebär det stora förändringar för hur han eller hon kan delta i det sociala livet. Ofta sätter andra etiketter på avvikaren, t.ex. “knarkare” eller “galning” (Becker 2006, s. 39).

Ytterligare ett centralt begrepp inom stämplingsteorin är *karriär* och som nämnts ovan är stämpling en process vilket innebär att det tar lång tid för avvikaren att bli just avvikande. En människas beteendemönster är ingenting som förändras över en natt utan det

är pågående under en hel livstid. En karriär innebär att individens tidigare beteenden leder till att nya skapas och varje nytt beteende är således ett resultat av tidigare. Enkelt förklarat kan det beskrivas som att en person först testat på t.ex. marijuana för att sedan efter hand prova allt starkare preparat (Goldberg 2010, s. 150).

4.2. Socialkonstruktivism som perspektiv

Socialkonstruktivism är en samhällsvetenskaplig teori vilken beskriver hur samhället konstrueras. Teorin har sin utgångspunkt i språket och det är språket som bestämmer hur verkligheten skapas till att bli vad den är. Det språk som talas lär sig människor redan när de är små och det är omgivningen som avgör hur individer lär sig att beskriva och förstå olika företeelser (Wenneberg 2010, s. 10-12). Burr (2015, s. 72) skriver att språket konstruerar både upplevelsen av andra människor men även synen på sig själv. Detta i sin tur får betydelse för hur vi agerar i vardagslivet, både som enskilda individer och i ett mer specifikt socialt sammanhang. Människorna som befinner sig på samma plats i samma sociala sammanhang skapar sitt eget sätt att tala om och förstå olika företeelser. Människorna använder sig sedan av sin kunskap och sitt specifika sätt att tala när de ska stå på sig och framföra sina åsikter i andra sociala sammanhang (ibid.).

4.2.1. Internalisering, institutionalisering och typifiering

Wenneberg (2010, s. 72-73) talar om begreppet *internalisering* vilket innebär att när individer kommer till ett nytt socialt sammanhang lär de sig omedvetet de sociala normer och värderingar som finns upprätthållna. Detta kan även förklaras som att människan är en social produkt och att det finns sociala konstruktioner i samhället (ibid.). Vidare skriver Wenneberg (2010, s. 10-12) om *institutionalisering*, vilket innebär att nya institutioner skapas när människor talar om en företeelse på ett visst sätt och sedan sprider sitt språk och sina beskrivningar vidare till andra i samhället. Institutioner finns och skapas på alla platser där människor handlar utifrån invanda handlingsmönster samt när de har samma tolkning av dessa. Institutionerna som finns i en specifik grupp är tillgängliga för alla som befinner sig inom den och genom att institutionerna finns upprätthållna skapas ett mänskligt handlande som är gemensamt för hela gruppen (Berger & Luckmann 1998, s. 70-71). Vidare beskrivs att människors handlingar kategoriseras i

olika "fack" vilket kallas *typifiering*. När en typifiering skett börjar människor sedan inta olika roller vilka medför att det skapas en arbetsfördelning för hur de sociala institutionerna ska visas upp för omgivningen (ibid.).

4.2.2. Negativ legitimering och tillintetgörelse

En institution måste legitimeras eftersom personer som kommer till ett nytt sammanhang kan tänkas ifrågasätta de institutioner som finns. De nytillkomna måste förstå varför institutionerna är viktiga för att kunna ta del av dem (Wenneberg 2010, s. 73). Enligt Berger och Luckmann (1998, s. 134-135) finns det även något som kallas *negativ legitimering*, vilket innebär att istället för att framhålla institutionen som viktig och bra så förnekas alla tolkningar och fenomen som inte stämmer överens och passar in i institutionerna och den egna sociala verkligheten. Detta förnekande kallas för *tillintetgörelse* och sker för att människor ibland uppfattar händelser som avvikande och nästintill allt som är avvikande blir också främmande och distanserat (ibid.).

4.3. Sammanfattning av de teoretiska utgångspunkterna

Nedan följer en kort sammanfattning av innebörden av de två teorier vi har använt oss av för att analysera vår empiri.

Stämplingsteorin belyser den process en människa går igenom till att bli stämplad. Teorin beskriver således hur en människas beteenden uppfattas av andra i samhället och vad dessa uppfattningar kan få för konsekvenser. Människan blir avvikande från en grupp eftersom individen inte anses passa in i samhällets normer och värderingar (Giddens & Sutton 2014, s. 602-603; Goldberg 2010, s. 149). Väsentliga begrepp att komma ihåg är: *avvikare, karriär* samt *självbild*.

Socialkonstruktivismen kan sammanfattningsvis förklaras som att människor lär sig genom språket och att de agerar utifrån invanda handlingsmönster. Det sociala sammanhanget, d.v.s. omgivningen, har betydelse för hur individer lär sig att förstå och beskriva samhällseliga fenomen (Berger & Luckmann 1998, s. 70-71; Wenneberg 2010, s. 10-12). Väsentliga begrepp att komma ihåg är: *internalisering, institution* och *typifiering* samt *negativ legitimering* och *tillintetgörelse*.

5. Metod

I metodkapitlet redogör vi för vårt val av metod, urvalsprocess, hur vi gick tillväga när vi förberedde och genomförande våra intervjuer samt bearbetningsprocessen av dessa och analysmomentet. Vidare presenterar vi även metodens förtjänster och begränsningar, studiens tillförlitlighet, våra etiska överväganden och avslutningsvis vår inbördes arbetsfördelning.

5.1. Metodval

Eftersom vårt syfte med denna studie var att studera socialsekreterares uppfattningar kring läkemedelsassisterad behandling valde vi att använda oss av en kvalitativ metod. Detta på grund av att vi ville nå socialsekreterarnas tankar på ett djupare plan och alltså inte enbart beröra ämnet på ytan. Vi var ute efter att undersöka nyanser av deras åsikter och enligt Bryman (2011, s. 340) är kvalitativ forskning konstruktionistisk och tolkande. Mestadels riktas fokus mot att analysera språket och olika beskrivningar av verkligheten (ibid.). Eftersom vi gjorde en kvalitativ studie hade vi en induktiv ansats vilket innebär att resultatet i studien var teoribildande (Bryman 2011, s. 28). Detta kommer vi att beskriva närmre längre fram (se avsnitt 5.4.).

Anledningen till att vi inte valde att använda oss av en kvantitativ metod var att den enligt Bryman (2011, s. 230) riskerar att missa viktig information och att det är svårt att ställa många frågor. Dessutom är inte alla frågor lämpliga att ställa i enkätform och det är svårt att hämta in tilläggsinformation (ibid.). Kvantitativa undersökningar är inriktade på siffror och att upptäcka samband och orsaker vilket vi i denna studie inte var intresserade av (Bryman 2011, s. 340).

Kvalitativ forskning i form av intervjuer är lämpligt när en forskare vill komma åt intervjupersoners attityder, åsikter, erfarenheter och känslor (May 2001, s. 148). För att ta reda på socialsekreterarnas djupare beskrivningar använde vi oss av intervjuer för att samla in vår empiri. Vidare valde vi att använda oss av så kallade semistrukturerade intervjuer vilket innebär intervjuer där intervjuaren använder sig av en intervjuguide och specifika utvalda teman (Bryman 2011, s. 415). En semistrukturerad intervju är ett mellanling mellan en strukturerad och en ostrukturerad intervju (May 2001, s. 150) (jmf avsnitt 5.5.). Den som blir intervjuad har i en semistrukturerad intervju möjlighet att fritt

utforma och utveckla sina svar. Frågorna och temana som berörs i intervjun behöver inte följa någon specifik ordning, utan intervjun ska flyta på och nya frågor kan därmed uppkomma (Bryman 2011, s. 415).

5.2. Urvalsprocess

För att få ett lämpligt material som gav oss möjlighet att uppfylla studiens syfte valde vi att använda oss av ett så kallat målstyrt urval med inslag av ett strategiskt sätt. Ett målstyrt urval innebär att forskaren väljer ut de intervjupersoner som är relevanta och kan tänkas ha kunskap om det som forskaren vill studera närmre (Bryman 2011, s. 434). Vi gjorde sju stycken intervjuer med socialsekreterare som arbetar med klienter som har missbruksproblematik och läkemedelsassisterad behandling. Enligt Bryman (2011, s. 436) ska forskaren göra så många intervjuer som är nödvändiga för att kunna nå en empirisk och teoretisk mättnad. Detta ansåg vi att vi hade uppnått när vi gjort sju stycken intervjuer då våra intervjupersoner inte gav oss någon ny information och därmed framkom inga nya resultat. Socialsekreterarna vi intervjuade arbetar i en större kommun som har ett stort utbud av mottagningar som erbjuder läkemedelsassisterad behandling. Vi tog inte hänsyn till om våra intervjupersoner var män eller kvinnor utan det viktigaste var att de arbetar med den aktuella målgruppen. Vi tog inte heller hänsyn till om intervjupersonerna hade mycket eller lite erfarenhet kring ämnet då det viktigaste var att få ta del av olika socialsekreterares åsikter, oberoende av deras yrkeserfarenheter. För att finna våra intervjupersoner tog vi kontakt med yrkesverksamma personer som vi visste arbetar med missbruksproblematik och som vi kände till sedan tidigare (jmf avsnitt 5.6.). Detta beskrivs enligt Bryman (2011, s. 433) som ett bekvämlighetsurval vilket innebär att forskaren på ett lätt sätt kan ta kontakt med personer som annars är svåra att nå. Vi tog kontakt med intervjupersonerna genom att först skicka ett mejl (se bilaga 1) till en enhetschef på arbetsplatsen, detta för att vi ville ha dennes samtycke till att kontakta de anställda. Enhetschefen skickade sedan ut ett mejl till socialsekreterarna med ett bifogat brev som vi skrivit ihop (se bilaga 2). Efter att chefen gjort detta var det endast två socialsekreterare som hörde av sig till oss. P.g.a. detta var vi tvungna att fortsätta arbeta för att hitta fler intervjupersoner. Eftersom vi kände till flera av de som arbetar på arbetsplatsen skickade vi personliga mejl till sex stycken av dessa där vi återigen bifogade vårt brev (se bilaga 2). I brevet förklarade vi studiens syfte och vad deltagandet

innebar samt att intervjun skulle ta max 45 minuter och att ingen förberedelse krävdes. Utfallet av detta blev att vi snabbt fick tag på våra intervjupersoner då alla utom en vi kontaktade (med det personliga brevet) hade möjlighet att ställa upp på en intervju.

5.3. Förberedelse och genomförande av intervjuer

Eftersom ingen av oss sedan tidigare hade erfarenhet av att intervjua valde vi att öva på detta genom att intervjua varandra kring ett annat vardagligt ämne. Ytterligare en anledning var att vi ville testa på att transkribera en intervju, något ingen av oss heller hade gjort tidigare. Vi ville säkerställa att vi transkriberade någorlunda likadant eftersom vi hade bestämt oss för att dela upp transkriberingsarbetet. Vi insåg att våra transkriberingar skiljde sig en aning åt och med anledning av det diskuterade vi igenom olikheterna och kom överens om hur vi skulle gå tillväga fortsättningsvis.

Som vi nämnt tidigare (jmf avsnitt 5.1.) har vi valt att använda oss av semistrukturerade intervjuer och därmed även en intervjuguide. Enligt Bryman (2011, s. 419) är det viktigt att tänka på hur intervjuguiden utformas så att den lyckas täcka in det syfte och de frågeställningar som studien vill besvara. När vi påbörjade utformningen av vår intervjuguide var det viktigt för oss att tänka på att den inte skulle vara för lång då vi hade bestämt att våra intervjuer skulle pågå i max 45 minuter. Vi valde att ha fyra teman med endast några frågor på varje (se bilaga 3) eftersom vi ville att intervjuaren skulle kunna svara fritt, samtidigt som vi ville säkerställa att intervjuguidens teman och frågor täckte studiens syfte och frågeställningar.

I samband med en intervjustudie är det enligt Bryman (2011, s. 258) bra att inleda med att göra en s.k. pilotstudie för att försäkra sig om att intervjuguiden är användbar. När vår intervjuguide var färdigställd bestämde vi oss dock för att inte göra en pilotintervju eftersom våra intervjuer redan var inbokade och för att vi ville ha med samtliga intervjuer i vårt material. Däremot valde vi att se vår första intervju som en form av pilotintervju då den gav oss en förståelse för hur vi skulle gå tillväga i fortsättningen samt vad som var viktigt att tänka på.

Under varje intervju inledde vi med att fråga våra intervjupersoner om de samtyckte till att vi spelade in intervjuerna på våra mobiltelefoner och samtliga var positiva till detta. Efter att vi påbörjat inspelningen började vi med att informera intervjupersonerna om att

de när som helst hade rätt att avbryta sitt deltagande samt att vi endast skulle använda deras information till att besvara vår studies frågeställningar. Vi skulle därmed inte lämna informationen vidare. Vi informerade även om att vi skulle aidentifiera intervjupersonerna i slutprodukten (jmf avsnitt 5.7.).

När vi genomförde intervjuerna var vi båda två närvarande och vi använde oss av vår färdigställda intervjuguide (jmf avsnitt 5.1. samt se bilaga 3). Från början hade vi tänkt att vi skulle ansvara för hälften av intervjuerna var, d.v.s. att vi skulle intervjua på varannan och anteckna på varannan. När den ena höll i själva intervjuandet skulle den andra alltså anteckna, detta eftersom det enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011, s. 52) är till fördel om den ena intervjuaren antecknar då den personen samtidigt kan fundera på och följa upp intressanta ämnen att senare lyfta upp. Vi insåg dock ganska snart att det var svårt för den som skulle anteckna att vänta med sina följdfrågor till slutet. Det var mer naturligt om denna kunde vara delaktig under hela intervjun. P.g.a. det ändrade vi i vår ursprungliga plan och hjälptes istället åt att ställa frågor till intervjupersonerna. Enligt Bryman (2011, s. 208) blir en intervju oftast inte bättre för att det är två intervjuare men trots detta valde vi att vara två (jmf avsnitt 5.7.) då vi båda ville känna oss delaktiga samt lära känna materialet. Varje intervju tog ungefär 30 minuter.

5.4. Bearbetning av intervjuer och genomförande av analys

Eftersom vi spelade in alla våra intervjuer var nästa steg i processen att transkribera dem. Vi transkriberade intervjuerna efterhand som vi hade genomfört dem, detta för att vi då hade dem färska i minnet. Vi transkriberade hälften av intervjuerna var eftersom vi ansåg att det hade varit för tidskrävande att göra detta tillsammans (jmf avsnitt 5.8.). Vi läste dock igenom varandras transkriberingar för att lära känna empirin på bästa sätt. Efter det skrev vi ut samtliga transkriberingar och hjälptes sedan åt att klippa isär citaten. Med hjälp av detta kunde vi sortera citaten, och därmed empirin, i olika teman. Detta tillvägagångssätt hjälpte oss att lättare få en överblick över vad intervjupersonerna faktiskt sagt. Vi ansåg att vi inte hade fått en lika bra överblick om vi hade sorterat empirin i olika dokument på våra datorer. Genom att klippa ut citaten kunde vi på ett smidigt sätt flytta citaten och lägga de i olika högar som representerade våra teman. Vi upptäckte efterhand att vissa teman var snarlika och således kunde vi skapa större och mer övergripande teman att redogöra för i resultat- och analysdelen.

I analysmomentet gick vi tillväga så som Bryman (2010, s. 28-29) förklarar att en induktiv ansats ska tillämpas. Vi använde vår empiri och våra teorier växelvis under analysarbetet och således kunde vi hitta mönster och kopplingar mellan empiri och teori i form av en process som gick "fram och tillbaka". Vår empiri var teoribildande samtidigt som teorin hjälpte oss att finna nya resultat (ibid.).

De citat vi har valt att redogöra för har vi behållit så som de transkriberades. Vi har inte tagit bort stakningar och liknande då vi ville att citaten skulle vara så verklighetstroga som möjligt. När vi har återgett citat i resultat- och analysdelen har vi använt oss av tre olika citeringsmarkörer: "...", "(...)" samt "(---)". Den förstnämnda har vi använt för att markera när intervjupersonerna har tagit naturliga pauser eller funderat. Den andra har vi använt när vi har uteslutit ord, eller max en mening, och den tredje har vi använt när vi har tagit bort längre stycken.

5.5. Metodens förtjänster och begränsningar

Enligt Bryman (2011, s. 209-210) är direkta och personliga intervjuer ett bättre alternativ än t.ex. telefonintervjuer. Detta på grund av att intervjuaren då ges möjlighet att se hur intervjupersonerna, genom exempelvis ansiktsuttryck, reagerar på olika frågor som ställs. Om det råder någon osäkerhet kan intervjuaren vid en direkt intervju på ett enklare sätt förklara sig om intervjupersonen inte förstår frågan eller liknande (ibid.).

Om en jämförelse görs mellan en semistrukturerad och en ostrukturerad intervju är den semistrukturerade till fördel då intervjuaren i den har hjälp av en intervjuguide för att få intervjun att flyta på och följa den röda tråden (Bryman 2011, s. 414-415). Den semistrukturerade intervjun gav oss möjligheten att vara flexibla och inte göra oss tvungna att ställa frågorna i en förbestämd ordning vilket vi hade varit om vi valt en strukturerad intervjuform med fastställda frågor (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011, s. 40). De fria och flexibla frågorna gjorde att vi kunde fokusera på djupa förståelser och förklaringar och vid de områden som intervjupersonen lyfte fram som mest relevanta (Bryman 2011, s. 415).

När vi genomförde våra semistrukturerade intervjuer behövde vi hela tiden tänka på att inte ställa ledande frågor. Det var svårt för oss att undvika detta helt och hållet eftersom vi var nybörjare på att intervju. Enligt Bryman (2011, s. 252-253) kan ledande frågor

skapa problem, t.ex. att intervjuaren kan leda in intervjupersonen till att svara på ett visst sätt. Risken är därmed att intervjupersonens svar inte blir ärliga då det finns en påtryckning från intervjuaren (ibid.). Vi är medvetna om att våra intervjupersoner kan ha påverkats av ledande frågor men vi anser dock inte att det har varit i sådan omfattning att det har haft någon påverkan på vår studies resultat. Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2011, s. 56) skriver att ytterligare en risk med semistrukturerade intervjuer är att intervjuaren kan tolka intervjupersonens utsaga på ett sätt som inte stämmer överens med det intervjupersonen försöker förmedla. För att undvika detta använde vi oss av följdfrågor och frågeord (se bilaga 3) för att försäkra oss om att vi förstod innebörden av intervjupersonens svar.

Enligt May (2001, s. 168) finns det både fördelar och nackdelar med att spela in intervjuer med hjälp av en bandspelare. En negativ aspekt är att intervjupersonen kan känna sig obekvämt och därför inte godkänner inspelningen. Något som däremot är positivt är att hela intervjun går att återuppleva och forskaren kan på så sätt lättare koncentrera sig på iakttagelser och kroppsspråk istället för att anteckna (ibid.). Vår tanke var att spela in alla intervjuer och vid intervjutillfällena samtyckte samtliga intervjupersoner till att bli inspelade vilket var till stor fördel för oss.

5.6. Studiens tillförlitlighet

I kvalitativ forskning berörs och benämns inte begreppen validitet och reliabilitet i lika stor utsträckning som det gör i kvantitativ forskning utan istället talas det om studiens tillförlitlighet. För att en studie ska bli tillförlitlig måste den vara pålitlig, trovärdig och överförbar. Det blir den genom att forskaren säkerställer att empirin samlas in på rätt sätt samt noggrant redogör för sitt tillvägagångssätt (Bryman 2011, s. 351-355). För att lyckas uppnå en tillförlitlighet har vi följt den kvalitativa forskningens metodologi och vi har i metodkapitlet noggrant beskrivit hur vi har gått tillväga under hela studiens genomförande. Enligt Bryman (2011, s. 351-355) är ytterligare en viktig del att rapportera slutresultatet till deltagarna som ingått i studien, detta för att få bekräftelse på att empirin och därmed deltagarnas verklighet har uppfattats på ett korrekt sätt. För att uppfylla detta kommer vi när studien är färdigställd erbjuda intervjupersonerna möjligheten att ta del av slutresultatet.

Enligt Bryman (2011, s. 351-355) ska forskaren i slutresultatet ge en tät och fyllig bild av vad som framkommit då det påverkar huruvida studien blir överförbar till en annan miljö eller inte. Forskaren ska även kunna garantera att studien har genomförts objektivt och utan egna värderingar kring ämnet (ibid.). Vi har båda sedan tidigare erfarenhet av att ha varit i kontakt med socialsekreterare som arbetar med personer som har läkemedelsassisterad behandling och därför har vi en del kunskap kring ämnet. Konsekvenserna av detta samt faktumet att vi har träffat intervjupersonerna vid tidigare tillfällen kan diskuteras i relation till hur tillförlitligt vårt material är. Vi har aldrig tidigare pratat med intervjupersonerna om just deras uppfattningar kring läkemedelsassisterad behandling och därför är vår relation till dem angående vårt ämne obefintlig. Att vi har träffat intervjupersonerna tidigare har snarare gjort att vi har fått en positiv ingång i studien då vi bl.a. snabbt kunde få tag på intervjupersoner. Vi kan dock inte garantera att intervjupersonerna inte vågat säga exakt vad de tycker men vi har försökt förhindra detta genom att utforma vår intervjuguide så neutralt som möjligt (se bilaga 3). Vår upplevelse och uppfattning är dock att intervjupersonerna har gett ärliga åsikter då intervjuerna har känts avslappnade.

5.7. Etiska överväganden

När en vetenskaplig studie ska genomföras är det viktigt att tänka på de faktorer som kan komma att utsätta de deltagande människorna för skada (Svedmark 2012, s. 101). Enligt Bryman (2011, s. 132) är det viktigt att skydda enskilda individer från t.ex. fysisk skada, stress, sämre självkänsla samt hinder för personlig utveckling, detta för att undersökningen inte ska orsaka faktisk skada eller ha potential till att göra det. Vetenskapsrådet (2002, s. 6-14) talar om fyra olika etiska krav som en forskare måste ha i åtanke; informationskravet, samtyckeskravet, nyttjandekravet samt konfidentialitetskravet. Informationskravet innebär att forskaren är skyldig att informera samtliga intervjupersoner vilka villkor som gäller i samband med deras deltagande. Forskaren ska även på ett tydligt vis berätta för intervjupersonerna att de när som helst har rätt att avbryta sin medverkan och att medverkanen är frivilligt. Vidare beskriver Vetenskapsrådet (2002, s. 6-14) att samtyckeskravet innebär att forskaren måste ha samtycke från samtliga intervjupersoner i studien och att nyttjandekravet innebär att det insamlade materialet endast får användas till den aktuella studien och till det syfte intervjupersonerna har blivit informerade om.

rade om. Vidare måste också konfidentialitetskravet uppfyllas vilket innebär att allt material måste förvaras på så sätt att ingen obehörig kommer åt det eller kan identifiera intervjupersonerna (ibid.).

För att uppfylla de fyra forskningsetiska kraven valde vi att gå tillväga enligt följande. När vi letade upp våra intervjupersoner frågade vi om de ville vara med i studien och vi antog att de intervjupersoner som tackade ja automatiskt samtyckte till att delta. Vi var noggranna med att informera intervjupersonerna, både muntligt och skriftligt, om syftet med studien och att de när som helst hade rätt att avbryta sin medverkan om de kände sig obekväma eller liknande. I resultat- och analysdelen har vi valt att inte benämna intervjupersonerna med deras riktiga namn, kön eller ange den ort de arbetar på, detta för att inte röja intervjupersonernas identiteter. Vi har valt att benämna deltagarna i studien som "intervjuperson+siffra" och sedan förkortat till IP:1, IP:2, IP:3 o.s.v. Vi har gjort allt vi kan för att avidentifiera intervjupersonerna men vi är trots detta medvetna om att det finns en risk att det går att lisa ut vilka intervjupersonerna är (om du som läsare vet vem som gett oss vår information ber vi dig vänligen vara eftertänksam kring hur du behandlar den informationen). Datorerna vi har använt för att transkribera intervjuerna har haft lösenordsskydd och vi har inte heller lämnat uppgifterna vidare för användning i något annat sammanhang. Eftersom vi har spelat in våra intervjuer med hjälp av våra mobiltelefoner har vi varit noga med att radera dem så snart vi har överfört intervjuerna till våra datorer.

Med hänsyn till de forskningsetiska reglernas syfte om att individer ska skyddas från t.ex. stress i en intervjusituation (Bryman 2011, s. 132) frågade vi intervjupersonerna om de samtyckte till att vi var två stycken som hjälptes åt att intervjuas. Detta gjorde vi för att intervjupersonerna inte skulle känna sig underlägsna i en "två mot en"-situation. Vi ville att de skulle känna sig så bekväma och avslappnade som möjligt.

5.8. Arbetsfördelning

Under i stort sett hela uppsatsarbetet har vi arbetat tätt tillsammans. När vi har skrivit och bearbetat vår text har vi suttit bredvid varandra eller mitt emot varandra och använt oss av programmet Google Docs. Detta gjorde vi för att vi ville att texten skulle följa en

röd tråd vad gäller ordval och meningsbyggnader. Dessutom minskade risken för upprepningar och andra felaktigheter.

Vi har enskilt letat efter och läst tidigare forskning eftersom vi fann det mest tidseffektivt. När en av oss hittade relevant forskning gick vi igenom den med varandra för att båda skulle vara uppdaterade. Vi genomförde samtliga intervjuer tillsammans men vi transkriberade hälften av intervjuerna var då det hade varit alldeles för tidskrävande om vi skulle gjort detta tillsammans (jmf avsnitt 5.4.). Vi har dock läst igenom varandras transkriberingar för att lära känna empirin ordentligt. Tack vare detta kunde vårt gemensamma resultat- och analysarbete flyta på bra då båda hade god kännedom om samtliga intervjuer och därmed materialet.

6. Resultat och analys

Nedan kommer vi att presentera vårt resultat och den analys som vi gjort av detta. Som nämnts tidigare (jmf avsnitt 5.2.) består vår empiri av intervjuer med socialsekreterare. I varje avsnitt börjar vi med att redogöra för ett resultat samt ett eller flera citat som symboliserar det. Därefter följer en analyserande diskussion kring det presenterade resultatet.

6.1. Ålder och erfarenhet

6.1.1. Yngre vs. äldre

Samtliga intervjupersoner lyfte upp klientens ålder som en faktor att ta hänsyn till i relation till läkemedelsassisterad behandling. Alla uttryckte att de tycker att behandlingen främst borde ges till de personer som är lite äldre, de tycker att det är fel att så pass unga personer som 20-åringar kan få läkemedelsassisterad behandling. Nedan följer två citat som symboliserar resonemanget:

Men nu kommer det in unga 20-åringar som direkt går till en LARO-mottagning ... och då tycker jag det är helt galet. Då utsätter man sig i en situation där du blir beroende av ett läkemedel. ... I de andra fallen där du kanske verkligen behöver det och där det fungerar bra, för det gör det ju, så ... är det- är det rätt. Men jag tycker inte om när det kommer en ung man eller kvinna och säger att jag vill söka LARO. [IP:2]

... och jag *tycker* framförallt, (...) så tänker jag att det är de som är lite äldre, som är klara, som har missbrukat färdigt. [IP:4]

Detta resultat kan tolkas utifrån Wennebergs (2010, s. 72-73) resonemang om *internalisering* då intervjupersonerna omedvetet kan ha internaliserats in i detta ”tänk” på sin arbetsplats eftersom socialkonstruktivismen menar att när människor kommer till nya sociala sammanhang lär de sig de normer och värderingar som finns upprätthållna där (ibid.). Enligt Berger och Luckmann (1998, s. 70-71) kan det även vara så att det är en *institution* på arbetsplatsen att tänka på ett visst sätt om klientens ålder. Åsikter om klientens ålder vid läkemedelsassisterad behandling kan tidigare under åren ha genomsyrat hela verksamheten samt blivit en legitim uppfattning och därför har de som anställts efterhand omedvetet blivit påverkade till att börja tycka på liknande vis (ibid.). Att samtliga intervjupersoner hade denna åsikt kan även tyda på att deras arbetsuppgifter som socialsekreterare går ut på att upprätthålla och framföra de sociala institutioner som finns på deras arbetsplats (Wenneberg 2010, s. 72-73). Socialstyrelsen (2015c s, 32) skriver i sin kartlägningsrapport att det är knappt 15 procent av personerna i behandlingen som är under 30 år och enligt Berger och Luckmann (1998, s. 70-71) kan detta bekräfta att intervjupersonernas uppfattningar om klientens ålder är en institution på arbetsplatsen då majoriteten av personerna i behandlingen faktiskt är äldre.

Det finns forskning som stödjer intervjupersonernas resonemang då Moses och Kirk (2006, s. 216) menar att det är fel att förespråka läkemedelsbehandling till unga personer eftersom det kan sända ut fel signaler samt förvärra ungas psykosociala problem. Det finns även debatter där det lyfts fram att unga människor snarare hade kunnat bli missbruksfria med hjälp av en annan behandlingsmetod eftersom de då slipper utveckla en typ av beroende av den läkemedelsassisterade behandlingen (Johnsson 2010, s. 51). Även Socialstyrelsens (2015c, s. 24) rapport stödjer intervjupersonernas resonemang om att de allra flesta klienterna får ett livslångt beroende till behandlingen.

Däremot finns det annan forskning som lyfter fram att det finns en del socialarbetare som värderar positiva effekter högre än negativa och därmed känner hög acceptans till behandlingen (Bride et al. 2013, s. 54-56). Denna forskning stödjer dock inte intervjupersonernas åsikter då de inte tyckte att behandlingen är lämplig för unga personer även om den kanske skulle kunna leda till något positivt relativt omgående.

6.1.2. Tömt ut allt annat i behandlingsväg

Kopplat till ovanstående resultat menade även majoriteten av intervjupersonerna att de tycker att läkemedelsassisterad behandling är en metod som ska användas i sista hand när alla andra behandlingsmetoder och dess möjligheter har tömts ut. Intervjupersonerna tycker att alla klienter, oavsett ålder, ska ha provat på andra behandlingsmetoder innan de blir aktuella för en läkemedelsassisterad behandling. Några av intervjupersonerna förklarade såhär:

... för de som LARO är till för, eller tänkt till från början och som har testat mycket, som har haft ett heroinmissbruk i många många år, testat alla andra behandlingar men det inte funkar, där tycker jag ju LARO är bra. [IP:2]

Hm ... [suck] så himla svårt alltså, verkligen ... Hade man inte- alltså jag- nej, jag tycker man ska testa annat innan ... *verkligen* testa ... [IP:3]

Som tidigare resonemang om att det är en institution att intervjupersonerna tycker att behandlingen inte ska erbjudas till unga (jmf avsnitt 6.1.1.) kan även deras uppfattningar om att andra behandlingsmetoder ska vara uttömda förstås som en social konstruktion. Intervjupersonerna har lärt sig att tycka på samma vis och är därmed sociala produkter (Wenneberg 2010, s 72-73). Det kan även vara så att det på intervjupersonernas arbetsplats har blivit vanligt förekommande att förespråka andra behandlingsmetoder i första hand eftersom det är dessa de är mest vana vid att arbeta med (ibid.). Det har därmed skapats en institution av intervjupersonernas gemensamma vanor och handlingsmönster (Berger & Luckmann 1998, s. 70-71). För att intervjupersonerna ska lyckas framföra sin egen institution som viktig måste de förneka alla andra tolkningar som inte överensstämmer med deras egen vilket Berger och Luckmann (1998, s. 134-135) kallar för *negativ legitimering*. En annan anledning till att intervjupersonerna förespråkar andra behandlingsmetoder kan förstås med hjälp av Berger och Luckmanns (1998, s. 134-135) resonemang om *tillintetgörelse* då intervjupersonerna kan uppfatta den läkemedelsassisterade behandlingen som avvikande och således blir den främmande och en aning skrämmande för dem. Det finns dessutom forskning som förtydligar resonemanget då den visar att de socialarbetare som t.ex. förespråkar och arbetar med tolvstegsbehandling ofta är negativt inställda till en läkemedelsassisterad behandling (Bride et al. 2013, s. 56). Ytterligare forskning har visat att de yrkesverksamma som dagligen arbetar med läkemedelsassisterad behandling i större utsträckning accepterar behandlingsmetoden i

jämförelse med de som inte dagligen arbetar enbart med den (Knudsen et al. 2005, s. 102).

Under intervjuerna var det ett flertal intervjupersoner som uppgav att de faktiskt förespråkade mer traditionella behandlingar och en anledning som lyftes fram var att de har sett mer positiva effekter av dessa i jämförelse med den läkemedelsassisterade behandlingen.

Nej, men jag tror det- alltså jag- jag har sett mer positiva effekter av- ... tolvsteg till exempel än vad jag har gjort av LARO ... jag tror det är det. [IP:3]

... nu sitter jag ju på en sådan stol att jag är mer förespråkare för allt- HVB, KBT, tolvsteg, den delen än vad jag förespråkar LARO-behandling eftersom jag har mycket erfarenhet att det *svajar* under LARO-behandling. [IP:1]

Faktumet att flera intervjupersoner uttrycker att de är mer positiva till andra behandlingsmetoder, då de bl.a. uttrycker att läkemedelsassisterad behandling "svajar", kan kopplas till forskning som har kommit fram till att socialarbetares erfarenheter och därmed kunskap mest troligt påverkar deras inställning till behandlingsmetoden (Bride et al. 2013, s. 46). Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv kan intervjupersonernas kunskap även påverka hur de väljer att framföra sina åsikter i andra sociala sammanhang (Burr 2015, s. 72) och de intervjupersoner som har fler negativa än positiva erfarenheter av läkemedelsassisterad behandling väljer att framställa annan behandling som ett bättre alternativ. Det kan alltså tolkas som att det är deras erfarenheter och därmed kunskap som blir avgörande för deras åsikter (ibid).

Även om de allra flesta intervjupersonerna uttryckte att de förespråkar andra behandlingsmetoder var det två intervjupersoner som hade andra synpunkter kring vilken behandlingsmetod som ger bäst resultat.

Jag tycker det är bra att det finns lite allt möjligt (...) Jag tycker det är ... okej, de missbrukar och de betar sig, men de är olika individer också. Så jag tycker det är bra att det finns en liten mix av ... jag har ännu inte kommit på den gyllene behandlingen som fixar alla ... [IP:6]

Forskning tyder på att läkemedelsbehandling bl.a. leder till att prostitution, kriminalitet och illegalt drogmissbruk blir mindre vanligt förekommande samt att de flesta klienter som behandlas får ett bättre liv i jämförelse med vad de fått om de fortsatt sitt okontrollerade droganvändande (Johnsson 2010, s. 48). Wenneberg (2010, s. 10-12) menar att

människor kan förstå olika företeelser på olika vis och att det i sin tur leder till åsiktskillnader. Intervjupersonerna kan därmed ha blivit påverkade av sin omgivning till att förstå ett fenomen på ett specifikt vis och det har i sin tur lett till att de fått olika kunskap kring vilka behandlingsmetoder som ger bäst resultat (ibid.). Socialstyrelsen menar dock att det faktiskt finns ett behov av att bedriva behandlingen eftersom antalet nyin-skrivningar i programmet ökade kring 2010-talet (Socialstyrelsen 2015b, s. 42).

6.2. Hur livet förändras

6.2.1. Svårt att bryta från missbruksvärlden

Samtliga intervjupersoner uttryckte att de tycker att det är problematiskt att många av klienterna som har läkemedelsassisterad behandling beskriver att de har svårt för att bryta från missbruksvärlden. Intervjupersonerna menar att vissa klienter fortfarande betar sig och tänker som en "missbrukare" och att många fortfarande umgås med personer som har missbruksproblematik.

Det är många som har den här- att man lever fortfarande i livsstilen som en missbrukare men det är ju legalt, du får det utskrivet och du går och hämtar det på mottagningen men du har fortfarande det här- du dealar och du langar och du säljer och du fixar och du fyller på ... Det finns dem som försöker injicera, alltså att det, du har fortfarande- ... livsstilen kring det och att det kan vara svårt att bryta det för du har fortfarande ditt preparat som du nu får lov att ta. [IP:1]

Ett normalt liv liksom som är hur som normalt det bara kan- är möjligt så att säga. För han kommer ju inte ... troligtvis inte att om man säger ... bli en vanlig Svensson- alltså det är en svår ... har man levt i ett tungt missbruk under liksom hela sitt vuxna liv och säkert under hela tonårstiden och är över 40- alltså 45, 50 då har man ju- alltså man kommer ju aldrig komma in i en Svensson- (...) utan oftast så har man ju vänner eller man hamnar- man är i det sammanhanget. Man känner sig inte bekväm i att bo, leva och umgås med människor som aldrig har varit i ett missbruk liksom- att man- man blir väldigt långt ifrån ... [IP:7]

Att intervjupersonerna beskriver och tycker att klienter som har läkemedelsassisterad behandling fortfarande lever kvar i missbruksvärlden kan kopplas till Johnssons (2010, s. 48) resonemang kring att läkemedelsassisterad behandling ska syfta till att klienten ska få ett bättre liv. Enligt Giddens och Sutton (2014, s. 602-603) är en människa *avvikande* om han eller hon inte följer de normer som samhället accepterar. Intervjupersonernas resonemang kan förstås utifrån detta då de menar att klienten fortfarande blir avvikande om han eller hon fortsätter att ha ett missbruksbeteende (ibid.). Faktumet att

intervjupersonerna tycker det är problematiskt att många klienter lever kvar och har svårt att bryta kan även förklaras utifrån stämplingsteorins grunder om att det tar lång tid att bli just stämplad (Goldberg 2010, s. 50). Vidare menar Goldberg (2010, s. 150) att det är svårt att bryta ett beteendemönster på kort tid och därmed kan det då även vara en lika lång väg tillbaka till det "normala" livet för klienten. Att klienten lever kvar i missbruksvärlden och dess beteendemönster kan ses som att han eller hon inte blir av med sin stämpel och därmed fortfarande definieras som avvikande av andra i samhället (ibid.).

Intervjupersonernas åsikter kan även förstås utifrån socialkonstruktivismen och Burrs (2015, s. 72) resonemang om att människor lär sig att tycka på ett speciellt vis. Intervjupersonerna kan ha lärt sig att ha ett speciellt tanke sätt kring de konsekvenser som kan uppkomma för klienten i den läkemedelsassisterade behandlingen. Vidare menar Burr (2015, s. 72) även att språket är en viktig faktor som påverkar hur vi människor upplever saker och ting och eftersom samtliga intervjupersoner arbetar på samma arbetsplats kan deras språk och hur de talar med varandra vara en avgörande faktor för hur de har lärt sig att beskriva sina tankar om den läkemedelsassisterade behandlingen.

Det var en intervjuperson som tycker att det även finns klienter som, trots att de kanske inte vill, ändå mer eller mindre tvingas att varje dag träffa andra personer med missbruksproblematik och därmed inte får möjligheten att vara helt distanserad från den världen. Intervjupersonen lyfte fram följande exempel:

... det är rätt typ så stigmatiserande att man varje dag under en ganska lång tid när man kommer in ska gå varenda dag till ett ställe där det finns jättemycket andra missbrukare (...) det är ju en miljö som- jag tror att det skulle kanske vara bättre om att många skulle gå och hämta sitt metadon på en vårdcentral, bara så man inte hela tiden ska liksom klumpas ihop med den gruppen om man vill göra någon livsstilsförändring ... [IP:5]

Enligt Goldberg (2010, s. 149) måste samhället på något sätt hantera ett avvikande beteende och oavsett hur detta görs är det svårt att bryta stigmatiseringen helt och hållet. Att klienten tvingas gå till en specifik plats kan tolkas som att samhället har valt att fortsätta se "missbrukare" som en avvikande grupp, trots att många av de kanske vill slippa vara just avvikande genom att få läkemedelsassisterad behandling (ibid.). Socialstyrelsen (2015c, s. 28) har i sin kartläggning kommit fram till att LARO-mottagningarna faktiskt kräver att klienten ska komma dit varje dag under de första sex månaderna för att hämta

sitt läkemedel, vilket enligt Goldberg (2010, s. 149) kan ses som ett fortsatt ”missbrukarstämplande” av samhället. Socialstyrelsen (2015b s, 21) skriver dessutom att klienten aldrig kommer att kunna bli av med “missbrukarstämpeln” då han eller hon alltid kommer behöva gå dit för att bevisa motsatsen, d.v.s. att inget missbruk länge förekommer. Becker (2006, s. 39) menar att om klienten fortsätter att vara märkt som avvikare kan det få konsekvenser för hur han eller hon kan delta i det sociala livet utanför missbruksvärlden. Intervjupersonens åsikt kan därmed tolkas som att samhället inte arbetar mot det som är målet med behandlingen, d.v.s. hjälpa klienten att förbättra sin sociala situation (Johnsson 2010, s. 48).

6.2.2. Leder till livskvalité

Flera av intervjupersonerna förmedlade att de tycker att den läkemedelsassisterade behandlingen kan leda till många positiva sociala effekter och en bättre livskvalité för klienten. Intervjupersonerna menar att många klienter tack vare sin behandling får möjlighet att klara av att ha ett eget boende och en sysselsättning samt återuppta sociala relationer med t.ex. familjemedlemmar.

... jag har ju träffat *många* klienter som tack vare LARO ... kan ändå leva ett- ett kanske- ett mycket bättre liv än vad de hade kunnat gjort annars (...) ja, man får ju ställa det till vilken livskvalité får man ... [IP:4]

... i många fall bättre livskvalitet för den enskilde (---) Man kanske får bättre relationer med familj, inte minst med barnen. Bra om det finns barn med i bilden ... Man kan kanske studera, man kan jobba, man kan liksom behålla ett boende, det är- det går ju inte att värdera i pengar. (---) ... Ja minska dödligheten, ja helt enkelt- man får ett bättre liv. [IP:4]

Att intervjupersonerna ser att klientens livskvalité ökar kan förstås utifrån den läkemedelsassisterade behandlingen då den kan bidra till möjligheten att skaffa sig både ett boende och en sysselsättning (Johnsson 2010, s. 48). Enligt Goldberg (2010, s. 153) förekommer stämpling av individer på flera olika plan i samhället och ett sådant exempel är inom familjen. När klienten har en fungerande läkemedelsassisterad behandling och lyckas behålla boende och sysselsättning kan det vara så att familjen inte längre uppfattar klienten som en “missbrukare” som avviker från resterande familjemedlemmar, vilket i sin tur leder till att klienten uppfattas som mer normal och blir därför mer accepterad. Klienten slipper således att ha “missbrukarstämpeln” då han eller hon nu

lever det s.k. “normala” livet (ibid.). Enligt Berger och Luckmann (1998, s. 70-71) kan det även ha skett en *typifiering* inom familjen då de olika familjemedlemmarnas roller har ändrats då klienten numera inte är placerad i ett “missbrukarfack”. Intervjupersonernas åsikter om att läkemedelsassisterad behandling ger positiva effekter i form av ökad livskvalité har även stöd i forskning då Gerra et al. (2003, s. 6) menar att behandlingsformen snabbt bidrar till förbättringar i det dagliga livet, t.ex. att klienten kommer närmre just familj och vänner. Detta kan jämföras med Socialstyrelsen (2015c, s. 24) som har kartlagt att det är svårt för klienter att genomföra en framgångsrik läkemedelsassisterad behandling om det t.ex. finns en psykiatrisk problematik eller ett sidomissbruk. En analys om intervjupersonernas uppfattningar kring sidomissbruk återkommer vi till (se avsnitt 6.4.).

6.2.3. Mottagningen är en trygg plats

En del intervjupersoner förmedlade att de tycker att den läkemedelsassisterade behandlingen i vissa fall kan leda till fler positiva effekter då klienterna känner sig hörda och sedda när det finns personer runt omkring som bryr sig om dem och att detta således är viktigt för klienternas välmående.

... att dem vet vem dem ska vända sig till. (---) Men, men jag upplever att många får ju också liksom en bra kontakt med dem som jobbar där att dem får liksom väldigt viktig plats i deras liv, någon att vända sig till och så ... för att oftast räcker ju inte vi till här- alltså vi har ju inte den möjligheten och prata och träffas så mycket som klienterna ibland önskar och där får man ju verkligen, ja men där är någon alltid såhär att säga hej till när man kommer dit och någon som undrar hur man mår och så, det tror jag är jätteviktigt ... [IP:3]

Utifrån stämplingsteorin kan denna positiva effekt förstås som att klientens *självbild* påverkas av hur andra personer behandlar dem eftersom samhällets ideal påverkar klienten kring vad den tycker om sig själv och sitt eget beteende (Goldberg 2010, s. 153). Att klienten känner sig trygg och betydelsefull på sin mottagning kan leda till att klienten får en bättre självbild och därför inte känner sig som en avvikare (ibid.). Enligt Becker (2006, s. 39) kan klientens trygghet i miljön på mottagningen bero på att personalen där inte sätter någon “missbrukarstämpel” vilket gör att klienten istället känner sig betydelsefull. Det kan dock poängteras att det finns forskning som har fastställt att det är oklart hur klientens självkänsla påverkas vid läkemedelsassisterad behandling (Bentley, Walsh & Farmer 2005, s. 302). Ytterligare en del i att klienten känner sigörd och sedd kan

tolkas med hjälp av Goldbergs (2010, s. 150) begrepp *karriär*. Klientens tidigare missbruksbeteenden kan ha lett till att nya beteenden har skapats för klienten genom att han eller hon dagligen besöker sin mottagning. Att klienten varje dag kommer till mottagningen och känner sig trygg och accepterad kan ses som att klienten har getts möjlighet att komma vidare i karriären i strävan efter det "normala" livet (ibid.).

Under intervjuerna uppkom även andra perspektiv kring vad tryggheten leder till. En intervjuperson uttryckte att tryggheten ibland blir så pass stor att det begränsar klienten att söka sig till nya sociala sammanhang.

Det kan ju bli också- att det blir en familjär känsla. ... Jag har en klient som är på sin LARO-mottagning i stort sett hela dagarna, han kommer dit tidigt på förmiddagen och åker senare på eftermiddagen vilket gör- det är positivt i den bemärkelsen att han har någonting att göra, han har människor att vara med sen kan det ju också begränsa honom i att hitta andra sociala sammanhang ... så det är ju- man kan ju vända på det och se det ur olika perspektiv. [IP:1]

Det har gjorts forskning som har visat på att det är viktigt att klienten får ett stort stöd från mottagningen för att den läkemedelsassisterade behandlingen ska ge så bra effekter som möjligt (Knudsen et al. 2005, s. 97). Detta skiljer sig från intervjupersonens resonemang om att stödet istället kan leda till att klienten begränsar sig i sitt sökande efter nya sociala sammanhang. Intervjupersonens attityder och åsikter kan ha påverkats av de effekter intervjupersonen vanligtvis ser att läkemedelsassisterad behandling ger (Bride et al. 2013, s. 43-44). Intervjupersonens beskrivning kan även förstås i relation till Wennebergs (2010, s. 72-73) resonemang om att när en individ kommer till en ny miljö lär sig individen att handla efter de normer som finns upprätthållna i den aktuella miljön. Anpassningen på mottagningen resulterar i att klienten får en ny roll vilken han eller hon känner sig trygg i och därför väljer att stanna i. Tryggheten och anpassningen kan därmed leda till att klienten inte söker sig vidare till andra sammanhang (ibid.).

6.3. En enkel lösning

6.3.1. Snabbt avklarat

Några av intervjupersonerna uppgav att de tycker att det är problematiskt att många klienter ser på läkemedelsassisterad behandling som en enkel utväg, att deras missbruk är

något som går att lösa genom en “kvickfix”. De tycker att vissa klienter inte förändrar sitt tankesätt kring missbruket när de har läkemedelsassisterad behandling.

.... har varit inne i ett missbruk och tänker att men det här vill jag bli av med om man tänker lite kvickfix-varianten, ja men jag tar en medicin så det blir bra. Att gå i en tolvstegsbehandling i två månader det kanske inte låter så lockande om du bara kan gå och hämta en medicin istället, så det är svårt för oss att motivera också till behandling [IP:1].

... det är ju det här att det kan vara svårt att få in ett förändringsarbete i en klient- alltså hos en klient, utifrån att nu har jag fått min medicin, nu kan jag leva ungefär som jag alltid har gjort. Alltså ändra den tanken, och i handling och så va det är- det vet jag det är många som går in med det och inte har några större funderingar på att ändra så mycket annat mer än att det är *mycket* bekvämare ju, *mycket* behagligare. [IP:6]

Den problematik som intervjupersonerna beskriver finns i vissa klienters tankesätt kan tolkas utifrån socialkonstruktivismen som menar att människor gärna lever efter sina invanda handlingsmönster och att dessa handlingar sedan påverkar hur människor agerar i sitt vardagliga liv (Burr 2015, s. 72). Att klienten inte förändrar sitt tankesätt kring missbruket kan vara ett led i att han eller hon är så van vid att agera och tänka som en “missbrukare”. Därmed kan klienten uppleva att läkemedelsassisterad behandling är ett lättare behandlingsalternativ eftersom klienten då slipper ändra i sina egna handlingsmönster och kan istället leva kvar i sitt vanliga liv (ibid.). Ännu en anledning till att tankesättet inte förändras kan kopplas till Goldbergs (2010, s. 149) beskrivningar om *normal* och *avvikande* eftersom klientens sätt att tänka som en “missbrukare” kan medföra att klienten fortsätter att vara en del av den missbrukartillhörighet som han eller hon varit stämplad in i sedan länge. Klienten kan således fortsätta att känna sig “normal” vilket kanske inte hade varit möjligt om tankesättet hade förändrats då han eller hon hade uppfattats som en avvikare av de som fortfarande lever kvar i det destruktiva livet. Den enkla utvägen kan därmed kännas mer lockande (ibid.).

6.3.2. Medicinfokus istället för att arbeta med kärnan till missbruket

Relaterat till ovanstående resonemang om att intervjupersonerna tycker att det är en enkel lösning för klienterna att välja läkemedelsassisterad behandling beskriver även majoriteten av intervjupersonerna att det är för mycket fokus vid att “läkemedlet löser allt”. De menar att klienterna inte får chansen att förstå och bearbeta kärnan till sitt missbruk vilket de anser att de gör i mer traditionella missbruksbehandlingar.

... så som det fungerar nu så tycker jag det är *jävligt* lite behandling för att det man lägger fokus på är ju just själva läkemedlet (---) alltså en behandling, en vanlig traditionell missbruksbehandling är ju mycket mer omfattande och ... även öppenvård kan ju vara- alltså ... det är ju mycket mer fokus på samtal och rannsaka sig själv och allt det här liksom medans man annars lätt på en LARO-behandling just- är det medicinen som är i fokus [IP:5].

För- alltså som jag tycker han- det sätter igång mycket tankar på- alltså missbruksbeteendetan- kar, att ooh är jag nöjd med dosen, ska jag ha högre dos? Man lägger mycket krut på att dosen ska hjälpa en i för fan allting. (---) Det stimulerar missbrukscentrat också, alltså beroendecen- alltså det gör det. (---) Och då blir det en fixering vid det, och då är det lätt att stanna vid det (---) Vi gör de snart till läkemedelsmissbrukare, halva missbruksbefolkningen i [staden], tycker jag. [IP:6]

Att intervjupersonerna har denna åsikt kan tolkas enligt Berger och Luckmanns (1998, s. 134-135) resonemang om *negativ legitimering* och *tillintetgörelse*. När intervjuperso- nerna uttrycker att de inte uppskattar att det är mycket medicinfokus i den läkemedelsas- sisterade behandlingen kan det bero på att de omedvetet försöker förneka det som inte överensstämmer med deras egna sociala verklighet på arbetsplatsen, de försöker sig alltså på en negativ legitimering. Det kan även vara så att intervjupersonerna tillintetgör behandlingsmetoden då den är avvikande och distanserad i jämförelse med de behand- lingsformer som de dagligen arbetar med (ibid.).

Att de flesta av intervjupersonerna lyfter fram att de tycker att det är för mycket medi- cinfokus kan enligt Berger och Luckmann (1998, s. 70-71) vara ett tecken på att det har skapats en social *institution* på arbetsplatsen om att de anställda ska tycka på detta vis. Intervjupersonerna kan ha lärt sig och påverkats av varandra och därför har gruppen fått ett gemensamt förhållningssätt kring frågan (ibid.). Intervjupersonernas resonemang kring medicinfokuseringen kan dock ställas i relation till forskning vilken har visat att läkemedlen faktiskt är säkra att använda om de brukas så som läkaren har föreskrivit (Johnson 2011, s. 2309).

6.4. Uppfattningar om sidomissbruk

6.4.1. Delade meningar

Samtliga intervjupersoner lyfte upp och talade om förekomsten av sidomissbruk i sam- band med läkemedelsassisterad behandling. Det rådde olika uppfattningar om huruvida

sidomissbruk ska få förekomma eller inte. Några intervjupersoner menar att sidomissbruk inte borde få lov att förekomma över huvud taget bl.a. för att det påverkar socialtjänstens möjligheter att bevilja andra insatser till klienten. En sådan insats kan vara ett eget boende som då kräver att klienten är missbruksfri.

... sidomissbruk tycker jag- det ska inte finnas i en sådan här behandling [IP:2]

... och dem kan kanske inte heller- alltså har dem ett pågående sidomissbruk så passar dem ju inte heller in kanske i våra boendeformer ... [IP:7]

Enligt forskning kan ett sidomissbruk leda till konsekvenser för t.ex. klientens sociala situation och hälsa (Gerra et al. 2003, s. 6) vilket kan relateras till intervjupersonernas motivering till varför de anser att ett sidomissbruk inte borde få förekomma då klientens sociala situation påverkas av att inte ha ett boende. Giddens och Sutton (2014, s. 602-603) beskriver att konsekvenser från myndigheter ofta är att vänta för de som är avvikande och en sådan konsekvens kan vara att intervjupersonerna inte kan bevilja ett boende till en klient p.g.a. sidomissbruk. När klienten inte har någonstans att bo kan det även leda till att klienten fortsätter att vara avvikande och stämplad, men nu som "hemlös" istället för "missbrukare" (Becker 2006, s. 39; Giddens & Sutton 2014, s. 602-603).

Under intervjuerna framkom det även att vissa intervjupersoner menar att sidomissbruk kan få förekomma till viss del då det är förståeligt att en klient tar ett återfall eftersom det är svårt att komma ifrån ett beroende.

... men jag kan inte tycka det är jätteupprörande om jag har en klient som har knarkat i 20 år och nu går på metadon och röker cannabis- alltså ja, det är väl inte bra men jag tänker ju på något sätt att det måste vara skillnad i- ... man ska ju inte ha något sidomissbruk men har man något som inte liksom i kombination blir jättefarligt så tänker jag att- jag menar det är ju också jättemycket begärt att man ska kunna begära någon som har haft ett långt, jätteomfattande missbruk att dem- för att metadon är ju inte någon universalmedicin (---) så jag tänker någon nolltolerans på sidomissbruk tror jag inte heller på liksom för det tror jag är orimligt. [IP:5]

Intervjupersonernas åsikter kring att det är förståeligt att klienter tar återfall kan kopplas till forskning som har visat att personer som har läkemedelsassisterad behandling kan reagera olika på denna då suget efter heroin kan bli antingen oförändrat eller minskat (Fareed et al. 2011, s. 34-36). Goldberg (2010, s. 150) menar att en individs beteende inte kan förändras på en dag utan att det måste förstås som en *karriär*. Intervjupersonernas resonemang kan därför förstås med hjälp av karriärsbegreppet då de inte tycker att

ett sidomissbruk är “hela världen” när klienten har läkemedelsassisterad behandling. Detta för att intervjupersonerna förstår att det kan ta lång tid för klienten att göra en förändring i positiv riktning och därför även förstår att ett sidomissbruk eller återfall kan se (ibid.).

7. Avslutande diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka socialsekreterares uppfattningar kring behandlingsmetoden läkemedelsassisterad behandling. Våra frågeställningar var att ta reda på vilka fördelar respektive nackdelar socialsekreterare beskriver finns med läkemedelsassisterad behandling, samt vilka sociala konsekvenser socialsekreterare kan urskilja utifrån ett teoretiskt perspektiv att läkemedelsassisterad behandling ger för klienten. Vi har genomfört sju intervjuer med socialsekreterare som har kunskap och erfarenhet från arbete med personer som har missbruksproblematik och läkemedelsassisterad behandling. Nedan presenterar vi studiens resultat och dess slutsatser och vi kommer även att föra en diskussion kring våra egna tankar och funderingar som har uppkommit under studiens gång. Avslutningsvis ger vi några förslag på andra forskningsprojekt som hade varit intressanta att genomföra.

7.1. Studiens resultat och slutsatser

Genom vår studie har vi kunnat urskilja att socialsekreterarna uppfattar att det finns många positiva aspekter med läkemedelsassisterad behandling men även att det finns ett flertal negativa. Vi har som helhet således uppfattat resultatet som att socialsekreterarna är en aning kluvna till behandlingsmetoden. Socialsekreterarna uppfattar att den läkemedelsassisterade behandlingen leder till en ökad livskvalité och är lämplig för de äldre klienter som har levt i ett destruktivt missbruk under många år och som testat andra missbruksbehandlingar. Däremot beskrivs det av socialsekreterarna att de uppfattar det som olämpligt att unga klienter går direkt in i läkemedelsassisterad behandling eftersom de då oftast inte har gett andra behandlingsmetoder en chans. Slutsatsen kan därför dras att socialsekreterarna uppfattar den läkemedelsassisterade behandlingen som lämplig först när alla andra behandlingsmetoder och dess möjligheter har tömts ut, oberoende av hur gammal klienten är. Detta kan vi till viss del hålla med om men vi ställer oss frå-

gande till hur socialsekreterarna hade resonerat och uppfattat situationen om t.ex. en ung klient i 25-årsåldern som har missbrukat i tio år men ändå testat andra behandlingsmetoder vid tre tillfällen. Var går gränsen för vad som är tillräckligt många försök och vem avgör om alla andra behandlingsmetoder och dess möjligheter är uttömda?

Socialsekreterarna beskriver att de fördelar som enligt dem finns med läkemedelsassisterad behandling är att den för ett flertal klienter leder till ökad livskvalité samt en möjlighet att återuppta förlorade kontakter med familjemedlemmar samt ha ett boende och en sysselsättning. Ytterligare positiva konsekvenser som beskrivs är att klienterna har möjlighet att komma ifrån sitt kriminella liv då de genom den läkemedelsassisterade behandlingen får den substans de är beroende av, fast på ett lagligt sätt. Dessa positiva konsekvenser kan vi förstå utifrån Beckers (2006, s. 39) resonemang då klienten genom den läkemedelsassisterade behandlingen slipper att vara stämplad eller etiketterad av samhället som en "missbrukare" då klienten ges möjlighet att leva ett "normalt" liv med boende, sysselsättning och välfungerande sociala relationer. Vi finner det positivt att läkemedelsassisterad behandling ger klienten möjlighet att leva ett normalt liv men vi anser det dock relevant att jämföra detta i relation till den debatt som länge funnits bland vissa professionella om att läkemedlet i behandlingen endast ersätter ett drogberoende mot ett annat (Socialstyrelsen 2012, s. 10).

Socialsekreterarna beskriver även behandlingsmetoden som positiv eftersom den innebär att klienten besöker en LARO-mottagning varje dag. Genom att göra detta beskriver socialsekreterarna att klienten får rutiner i sitt vardagliga liv och att han eller hon känner sig betydelsefull och känner en känsla av samhörighet. Ur socialsekreterarnas beskrivningar kan slutsatsen dras att de uppfattar att den läkemedelsassisterade behandlingen stärker klienten samt leder till ökad livskvalité. Detta kan vi relatera och koppla till Johnssons (2011, s. 48) beskrivning kring att läkemedelsassisterad behandling har visat att klienter får ökad livskvalité samt att kriminalitet och dödlighet minskar. Vi undrar dock hur klienten egentligen påverkas under behandlingstiden då det finns forskning som talar om att det är osäkert hur klientens självkänsla påverkas (Bentley, Walsh & Farmer 2005, s. 302). Leder den läkemedelsassisterade behandlingen till att klienten mår bättre inombords eller är det endast utåt sett det verkar som om livskvalitén blivit bättre?

Vidare har resultatet visat på att om socialsekreterarna beskriver en negativ aspekt med behandlingsmetoden är det att det är svårt för klienter att bryta från missbruksvärlden

och att de då lever kvar i sitt gamla tankesätt och beteendemönster. Socialsekreterarna beskriver att det är negativt att läkemedelsassisterad behandling har så stort medicinfokus då det leder till att klienten inte får möjlighet att bearbeta sina tankar och känslor samt förstå varför missbruket uppstod. Detta menar socialsekreterarna att klienten hade gjort om han eller hon genomgått en mer traditionell missbruksbehandling. Vi kan utifrån Berger och Luckmanns (1998, s. 70-71) resonemang om vanor och handlingsmönster förstå att socialsekreterarna har denna uppfattning. De är trots allt vana vid att arbeta med och bevilja traditionella behandlingar vilket gör att de därför kanske har svårt att tänka sig något annat i behandlingsväg som är bättre och mer effektivt. Skulle det kunna vara så att socialsekreterarna har negativa erfarenheter kring hur det psykosociala stödet (Socialstyrelsen 2015b, s. 7) hanteras av både klienterna och LAROMottagningar? Är klienterna intresserade av och motiverade till detta stöd eller inte?

Kopplat till ovanstående resonemang om klientens motivation beskriver socialsekreterarna ännu en negativ aspekt som handlar om att de upplever att klienten lever i tron om att läkemedlet ska lösa alla problem och att klienterna därför inte ens tänker tanken på att förändra så mycket annat. Klienterna tror alltså att deras missbruksproblematik är enkel att lösa och att de kan fortsätta att leva i sina gamla beteenden då de numera får sitt läkemedel legalt. Genom detta ser vi en koppling till samhället rent generellt då det i många människors liv är mycket fokus vid just läkemedel. Många tar t.ex. en huvudvärkstablett när de har ont i huvudet istället för att dricka ett glas vatten och ta frisk luft, i tron om att medicinen ska lösa problemen, trots att det kanske är just brist på frisk luft som är anledningen till huvudvärken. Vi tror att mycket av "kvickfix"-tänket kan förstås utifrån att vi har ett "bekvämlighetssamhälle" och att människor överlag förespråkar enkla och snabba lösningar.

Resultatet har även visat att socialsekreterarna uppfattar att sidomissbruk är vanligt förekommande i kombination med läkemedelsassisterad behandling. Vi kan dock dra slutsatsen att det finns delade meningar kring huruvida socialsekreterarna anser att det borde få förekomma eller inte. Vissa av socialsekreterarna uppfattar sidomissbruk som problematiskt eftersom det begränsar socialtjänstens möjligheter att bevilja klienten andra insatser. Däremot tycker några av socialsekreterarna att det är förståeligt att sidomissbruk förekommer eftersom ett beroende är svårt att bryta på kort tid. Vi förstår att det finns ett dilemma i detta och tror att just förekomsten av sidomissbruk kan vara en central faktor för om socialsekreterarna uppfattar läkemedelsassisterad behandling som

positiv eller negativ. Frågan vi ställer oss är vad som anses vara mycket sidomissbruk? Vad är godtagbart och när har det gått över styr?

7.2. Förslag till vidare forskning

Under studiens gång har vi uppmärksammat andra aspekter kring läkemedelsassisterad behandling som hade varit intressanta att studera närmre. Eftersom läkemedelsassisterad behandling är starkt förknippat med harm reduction (Eversman 2012, s. 393-394) hade det varit intressant att analysera vår empiri med harm reduction som en teoretisk utgångspunkt. Innan vi påbörjade vår analys var det ett av våra teoriförslag men vi uteslöt det till förmån för våra valda teorier. En annan aspekt som hade varit intressant att studera är vad socialsekreterarna anser om harm reduction-”tänket” inom missbruksvården då det som ett narkotikapolitiskt perspektiv innebär att lindra skadorna och riskerna med missbruk istället för att ha drogfrihet som mål (Johnson 2005, s. 161).

Under våra intervjuer var det ett flertal av socialsekreterarna som spontant lyfte fram att det är svårt att samverka med LARO-mottagningar, framförallt eftersom en del klienter har ett ganska omfattande sidomissbruk. Med anledning av detta hade det därför varit spännande att studera och analysera vad socialsekreterarna som arbetar inom socialtjänsten respektive personal på LARO-mottagningar anser om sidomissbruk och samverkan kring detta.

8. Referenslista

Andersson, Gunvor (2007). Normalitetens gränser i social barnvård. I Kerstin Svensson (red.). *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Becker, Howard S. (2006). *Utanför: avvikandets sociologi*. Lund: Arkiv.

Bentley, Kia J., Joseph Walsh & Rosemary L. Farmer (2005). Social Work Roles and Activities Regarding Psychiatric Medication: Results of a National Survey. *Social Work*, 50 (4): 295-302.

Berger, Peter L. & Thomas Luckmann (1998). *Kunskapssociologi: hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Bride, Brian E., Amanda J. Abraham, Sara Kintzle & Paul M. Roman (2013). Social Workers' Knowledge and Perceptions of Effectiveness and Acceptability of Medication Assisted Treatment of Substance Use Disorders. *Social Work in Health Care*, 52: 43-58.

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Burr, Vivien (2015). *Social constructionism*. London: Routledge.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2011). "Intervjuer". I Göran Ahrne & Peter Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Eversman, Michael H. (2012). Harm Reduction in MSW Substance Abuse Courses. *Journal of Teaching in Social Work*, 32: 392-405.

Fareed, Ayman, Sreedevi Vayalapalli, Steven Stout, Jennifer Casarella, Karen Drexler & Stephen P. Bailey (2011). Effect of Methadone Maintenance Treatment on Heroin Craving, a Literature Review. *Journal of Addictive Diseases*, 30: 27-38.

Folkhälsomyndigheten (2015). Bruk i den allmänna befolkningen.

[<http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/andts/narkotika/utvecklingen-av-bruket/bruk-i-den-allmanna-befolkningen/>. Hämtad: 2016-03-03].

Gerra, Gilberto, Mila Ferri, Edoardo Polidori, Giovanna Santoro, Amir Zaimovic & Emilio Sternieri (2003). Long-term methadone maintenance effectiveness: psychosocial and pharmacological variables. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25: 1-8.

Giddens, Anthony & Philip W. Sutton (2014). *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.

Goldberg, Ted (2010). *Hur blir man narkoman? - och hur hindrar vi det?* Solna: Academic Publishing of Sweden.

Hilte, Mats (2007). "Missbruksvården och dess sociala fasader". I Kerstin Svensson (red.). *Normer och normalitet i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

HSLF-FS 2016:1. *Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende*.

Inspektionen för vård och omsorg (2016). Hem för vård eller boende (HVB).

[<http://www.ivo.se/tillstand-och-register/sol-tillstand/hem-for-var-d-eller-boende-hvb/>. Hämtad: 2016-04-21].

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

Johnsson, Eva, Leili Laanemets & Kerstin Svensson (2009). "Inledning". I Eva Johnsson, Leili Laanemets & Kerstin Svensson (red.). *Narkotikamissbruk: debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Johnsson, Björn (2010). Risker och sidoeffekter i läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende – en forskningsöversikt. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 1: 46-66.

Johnson, Björn (2011). Metadon och buprenorfin – attraktiva på gatan och utanför vården. *Läkartidningen*, 108 (45): 2309-2311.

Knudsen, Hannah K., Lori J. Ducharme, Paul M. Roman & Tanja Link (2005). Buprenorphine diffusion: the attitudes of substance abuse treatment counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29: 95-106.

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

Moses, Tally & Stuart A. Kirk (2006). Social Workers' Attitudes about Psychotropic Drug Treatment with Youth. *Social Work*, 51 (3): 211-221.

Region Skåne (2015). LARO/Metadonmottagning.

[<https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Vuxenpsykiatri/Lund/Mottagningar/Metadonmottagning/>]. Hämtad: 2016-04-22].

Socialstyrelsen (2012). Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

[<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18875/2012-11-5.pdf>]. Hämtad: 2016-02-29].

Socialstyrelsen (2015a). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning.

[<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19770/2015-4-2.pdf>]. Hämtad: 2016-03-07].

Socialstyrelsen (2015b). Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende: Slutsatser och förslag.

[<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19787/2015-3-35.pdf>]. Hämtad: 2016-03-31].

Socialstyrelsen (2015c). Kartläggning av verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende: Omfattning, innehåll och tillgång till behandlingen.

[<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19788/2015-3-36.pdf>]. Hämtad: 2016-03-31].

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende: individen, kunskapen och ansvaret*. Slutbetänkande av Missbruksutredningen.

Statens institutionsstyrelse (2016). Tolvstegsbehandling.

[<http://www.stat-inst.se/var-verksamhet/vard-och-behandling/tolvstegsbehandling/>]. Hämtad: 2016-04-22].

Svedmark, Eva I. (2012). ”Att skydda individen från skada. En forskningsetisk balansakt”. I Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red.). *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vårdguiden (2013). Psykoterapi.

[<http://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Behandlingar/Psykoterapi/>. Hämtad: 2016-04-21].

Wenneberg, Søren Barlebo (2010). *Socialkonstruktivism: positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber.

Bilaga 1 – Informationsbrev till enhetschef

**Mail till enhetschef för godkännande
för att få genomföra studien.**

Hej [xxx]!

Vi, Sofia Månsson och Ulrika Pålsson, var socionomkandidater hos er på [xxx] under hösten som gick. Vi går just nu vår sjätte termin och har därför påbörjat vår C-uppsats. Uppsatsen ska handla om läkemedelsassisterad behandling då vi blev inspirerade och intresserade av det under vår kandidattermin hos er. Syftet med vår studie är att undersöka socialsekreterares uppfattningar kring behandlingsmetoden.

Anledningen till att vi skriver till dig är för att fråga om det är OK att vi intervjuar 6-8 socialsekreterare som jobbar hos er. Varje intervju beräknas ta ca 45 minuter. Vi tänker att vi själva tar kontakt med socialsekreterarna vilket innebär att Du inte behöver lägga ner någon extra tid för detta.

Du får gärna kontakta oss så snart som möjligt så vi vet om vi har Ditt godkännande. Har Du några funderingar så tveka inte på att höra av dig!

Du når oss på telefonnummer 0702- 62 84 83 (Sofia) eller 0738-06 96 34 (Ulrika), samt mail sofia.mansson.142@student.lu.se alternativt ulrika.palsson.440@student.lu.se.

Om du önskar kontakta vår handledare Lupita Svensson kan du nå henne på telefonnummer 046-222 88 91 eller på mailadress lupita.svensson@soch.lu.se.

Med vänliga hälsningar,

Sofia Månsson & Ulrika Pålsson

Bilaga 2 – Informationsbrev till socialsekreterarna

Mail till socialsekreterare om förfrågning av deltagande i studien

Hej!

Vi som skriver till dig heter Sofia Månsson och Ulrika Pålsson och som Du kanske kommer ihåg var vi socionomkandidater hos er på [xxx] under hösten som gick. Vi går just nu vår sjätte termin och håller därför på att skriva vår C-uppsats. Vår uppsats ska handla om läkemedelsassisterad behandling då vi blev intresserade av det under vår kandidattermin. Syftet med vår studie är att undersöka socialsekreterares uppfattningar kring behandlingsmetoden.

Vi har tänkt intervjua 6-8 socialsekreterare och skulle därför uppskatta om Du har möjlighet att ställa upp på en intervju. Intervjun beräknas ta ungefär 45 minuter och Du behöver inte förbereda dig i förväg. Vi tänker att vi kommer till ditt kontor för att inte ta upp längre tid än nödvändigt. Vi kommer aidentifiera arbetsplatsen och dig som intervjuperson, vilket medför att ingen kommer veta att det är just Du som har medverkat. Den information som framkommer under intervjun kommer inte användas i något annat syfte än till att svara på studiens frågeställningar. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande.

Vi vill gärna genomföra våra intervjuer så snart det bara går så om Du är intresserad av att ställa upp får Du gärna kontakta oss så snart som möjligt. Har Du några frågor och funderingar så tveka inte på att höra av dig!

Du når oss på telefonnummer 0702- 62 84 83 (Sofia) eller 0738-06 96 34 (Ulrika), samt mail *sofia.mansson.142@student.lu.se* alternativt *ulrika.palsson.440@student.lu.se*.

Med vänliga hälsningar,

Sofia Månsson & Ulrika Pålsson

Bilaga 3 – Intervjuguide

Teman och frågor

1. Ditt yrke

- Kan du berätta lite om dig själv? Yrkesroll, utbildning etc.
- Vilka erfarenheter har du av att arbeta med personer med missbruksproblematik?
- Hur har du fått den kunskap du har om läkemedelsassisterad behandling?

2. Klientberättelse

- Kan du berätta om någon klient som har eller har haft läkemedelsassisterad behandling?
- Hur stor andel av dina klienter har läkemedelsassisterad behandling?

3. Egna åsikter och attityder

- Vilka fördelar ser du med behandlingen?
- Vilka nackdelar ser du med behandlingen?
- Vad gör eller tänker du när en klient föreslår läkemedelsassisterad behandling?
- Vad tycker du om läkemedelsassisterad behandling om du skulle sätta den i relation till andra mer traditionella behandlingsformer, t.ex. 12-steg eller KBT?

4. Sociala konsekvenser

- Kan du se några sociala konsekvenser för dina klienter som har läkemedelsassisterad behandling?
- Kan du se några skillnader för de sociala konsekvenserna över tid?

För att få en mer flytande och innehållsrik intervju har vi använt oss av följande följdfrågor och frågeord: *Vad tycker du om det? Hur tänker du då? Kan du utveckla det?*