



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Substitutionsbehandling ”på gott och ont”

*En kvalitativ studie om yrkesverksammas
syn på substitutionsbehandling*

Socionomprogrammet

C- uppsats

Vt 2008

Författare: Maria Andersson, Amalia Falk & Eva Severin

Handledare: Per-Olof Larsson

Abstract

Titel: Substitutionsbehandling ”på gott och ont”. En kvalitativ studie om yrkesverksammas syn på substitutionsbehandling.

Författare: Maria Andersson, Amalia Falk & Eva Severin

Nyckelord: klient, heroin, metadon, sociala problem, etik

Syftet: Mot bakgrund av den hätska debatt som har förts angående substitutionsbehandling, var syftet med vår uppsats att undersöka och beskriva de professionellas inställning till substitutionsbehandling av heroinmissbrukare ur ett etiskt perspektiv. Vi ville även undersöka de professionellas syn på socialstyrelsens riktlinjer och kriterier beträffande substitutionsbehandling. Vidare ville vi få en uppfattning om de yrkesverksammas åsikter gällande en heroinmissbrukares möjligheter till vård, och detta i jämförelse med andra patientgrupper.

Frågeställningarna vi har formulerat lyder:

1. Vilka värderingar har de professionella gentemot läkemedelsassisterad underhållsbehandling för heroinmissbrukare?
2. Vilken uppfattning har de professionella kring socialstyrelsens riktlinjer beträffande substitutionsbehandling?
3. Hur ser de yrkesverksamma, ur ett etiskt perspektiv, på en heroinmissbrukares möjligheter till vård och behandling i jämförelse med andra patientgrupper som till exempel diabetiker?

Vi valde att undersöka värderingar, uppfattningar samt etiska dilemman utifrån tre centrala begrepp vilka är: rättvisebegreppet, regel/pliktetiken och konsekvensetiken/nyttöetiken.

Forskningsmetoden

Metoden vi har använt för uppsatsen är kvalitativ och det empiriska materialet inhämtade vi genom nio omfattande intervjuer med yrkesprofessionella som har kunnat ge oss subjektiva tankar och värderingar beträffande våra frågeställningar. Vidare har vi använt oss av en mängd litteratur och tidigare forskning relevanta för vårt ämne för att på så sätt få en heltäckande bild av det ämne vi vill undersöka.

Resultatet

Vi kan utläsa att det finns tre inställningar från de intervjuade beträffande substitutionsbehandling. Socialsekreterarna på substitutionsmottagningen uttrycker att det är den överlägset bästa behandlingsmetoden för heroinmissbrukare. Socialsekreterare från socialtjänsten är även de positivt inställda men ser inte substitutionsbehandling som en universal behandling. Narkomanvårdens socialsekreterare menar att först och främst ska andra behandlingsalternativ ha prövats. Sistnämnda grupp ställer sig mest kritiska till delar av behandlingen och menar att mer psykosocialt stöd måste förekomma.

Majoriteten av respondenterna anser att det är bra att det finns riktlinjer beträffande substitutionsbehandling. Socialsekreterare från substitutionsmottagningen uppfattar reglerna som för hårda, och i vissa fall etiskt oriktiga. Gruppen från socialtjänsten och narkomanvården tycker att socialstyrelsens riktlinjer är till för att följas. Majoriteten ansåg att heroinmissbrukare behandlas orättvist. Endast en person tyckte att heroinmissbrukare behandlas rättvist då respondenten jämförde med andra grupper inom vården som också får räkna med lång väntan på behandling. Oviljan att välja mellan patienter med likartade sjukdomstillstånd är uppenbar. Enighet råder i synen på att orsakerna till heroinmissbruk hänger samman med olyckliga omständigheter.

Tack

Vi vill börja med ett stort tack till våra respondenter som gjort undersökningen möjlig att genomföra. De har trots ett hektiskt tidsschema varit mycket engagerade och tillmötesgående i vår jakt på kunskap. Tack till Er alla!

Vidare vill vi tacka vår handledare Per-Olof Larsson (slavdrivaren) som har stått ut med alla våra mejl, telefonsamtal och frågor, dag som natt, vardag som helg och under arbetstid som fritid. Tack för ditt tålamod!

/Amalia, Eva & Maria

1. INLEDNING	1
2. PROBLEMFÖRMULERING	2
3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	3
4. NYCKELBEGREPP	3
5. BAKGRUND	5
5.2 SUBSTITUTIONSBEHANDLING IDAG.....	6
5.3 TIDIGARE FORSKNING OCH RESULTAT BETRÄFFANDE SUBSTITUTIONSBEHANDLING.....	7
5.4 METADONDEBATTEN.....	8
5.5 SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER.....	10
6. TEORI	12
6.1 INLEDNING.....	12
6.2 RÄTTVISEBEGREPPET.....	12
6.3 REGEL/PLIKTETIKEN.....	14
6.4 KONSEKVENSETIKEN.....	15
6.5 AVSLUTANDE DISKUSSION OM TEORIER.....	16
7. METOD	17
7.1 INLEDNING.....	17
7.2 VAL AV METOD.....	17
7.3 VAL AV UNDERSÖKNINGSINSTRUMENT.....	18
7.4 UTFORMANDE AV INTERVJUGUIDE.....	18
7.5 URVAL/POPULATION.....	18
7.6 DATAINSAMLING.....	19
7.7 GENOMFÖRANDET AV INTERVJUerna.....	20
7.8 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	21
7.9 VALIDITET.....	22
7.10 RELIABILITET.....	22
7.11 GENERALISERBARHET.....	23
8. ANALYS OCH RESULTAT	23
8.1 PRESENTATION AV RESPONDENTerna.....	23
8.2 VÄRDERINGAR OM SUBSTITUTIONSBEHANDLING.....	23
8.3. SAMMANFATTNING AV FÖRSTA RESULTATDELEN.....	29
8.4 SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER.....	30
8.5 SAMMANFATTNING AV ANDRA RESULTATDELEN.....	35
8.6 ÅSIKTER OM JÄMLIKHET INOM VÅRD OCH BEHANDLING.....	36
8.7 SAMMANFATTNING AV TREDJE RESULTATDELEN.....	41
8.8 SAMMANSTÄLLNING AV RESULTAT.....	42
9. DISKUSSION	44
REFERENSER	45
BILAGA: INTERVJUGUIDE.....	48

1. INLEDNING

Folk dör som flugor trots att det finns behandling.

/Lundborg, journalist

Alternativet till att droga är drogfrihet. Varför skall det vara halvdant? Varför skall vi uppmana till olagliga aktiviteter? Jag tror att vi alltid kommer att ha missbrukare men målet, nolltoleransen, i sig är viktig. Jag skulle aldrig säga ta detta istället för detta det ger mig kalla kårar.

/Jerker, polis

Jag skall överleva den här sommaren, sen får jag se hur det går.

/Mona, utslängd från metadonprogrammet

Om behandlingen inte hjälper är det enda vi gör att tillföra ytterligare narkotika till ett omfattande missbruk.

/Nadja, läkare

Dödligheten är den yttersta konsekvensen av utebliven eller misslyckad behandling. Hur många unga människor ska behöva dö en allt för tidig död i överdoser och annan drogrelaterad dödlighet innan ansvariga vaknar och tar sitt ansvar?

/Simonsberg, överläkare beroendekliniken

Heroin är en drog som väcker mycket starka känslor i samhället. Att vara beroende av heroin är en mycket allvarlig situation som inte sällan bär med sig konsekvenser som livshotande skador och i värsta fall dödlig utgång.

Så gott som dagligen kan vi följa debatten i såväl tv som tidningar kring substitutionsbehandling med metadon och Subutex. Ett starkt motstånd till substitutionsbehandling har funnits sedan det introducerades i Sverige 1966. Trots att behandlingen tidigt visade på goda resultat kvarstod motståndet, inte minst från socialtjänsten samt narkomanvården, tills för bara några år sedan.

2. PROBLEMFORMULERING

Författaren bakom boken *Metadon på liv och död*, Björn Johnson har en förhoppning till nytänkande inom svensk narkotikapolitik och narkomanvård. Han är bland annat forskare med inriktning mot narkotikapolitik. Johnson anser att vi idag bör se drogberoende som en sjukdom och jämföra detta med andra kroniska sjukdomar som diabetes, högt blodtryck och astma. Missköts medicinerings eller om dessa patienten har osunda levnadsvanor avstängs inte de från sin behandling.

En heroinmissbrukare däremot stängs av om de tar återfall eller inte orkar stå upp till alla krav som ställs på dem under pågående substitutionsbehandling.

Tiden från att de ansökt om att få substitutionsbehandling tills de eventuellt ställs in på medicinerings är häpnadsväckande lång (Johnsson, 2005).

Trots att undersökningar gjorts som visar på ett väldigt positivt resultat gällande substitutionsbehandling av heroinmissbrukare är det relativt få som får denna typ av vård och kriterierna för att komma in på läkemedelsassisterad underhållsbehandling är hårda.

Några av socialstyrelsens föreskrifter är att personen som söker behandling ska ha fyllt 20 år och man ska kunna verifiera att denne lider av ett opiatmissbruk som har pågått i minst två år. Dessutom får klienten inte ha varit utesluten från programmet under de senaste sex månaderna och innan en behandling påbörjas ska annan typ av behandling som anses tillräcklig vid opiatberoende ha prövats. Huruvida en patient blir aktuell för så kallad underhållsbehandling ska avgöras av en legitimerad läkare som har detta ansvarsområde. Vid bedömningen ska läkaren ha en helhetssyn av klientens missbruk, sociala situation samt dennes hälsotillstånd. Bedömningen skall göras efter en personlig undersökning av patienten och i samråd med kommunens socialtjänst (Socialstyrelsen, 2004).

Ur debatterna om substitutionsbehandlingens vara eller icke vara, växer två skilda uppfattningar fram. En uppfattning är prohibition som brukar förknippas med Sveriges restriktiva narkotikapolitik och de som förespråkar detta tankesätt menar att substitutionsbehandling byter ut ett beroende mot ett annat. Vidare pekar man på att staten på detta sätt bidrar till att fel signaler ges till missbrukarna, och en oro finns för att Sverige går mot ett mer drogliberalt håll.

Den andra uppfattningen, skaderelindring (harm reduction) kan sägas vara motsatsen till prohibition. Denna teori menar att narkotika och missbruk alltid kommer att finnas i samhället och det är bättre både för missbrukaren som för samhället i stort om narkotikapolitiken satsar mer på att reducera riskerna av skador som uppkommer i och med missbruk, istället för att enbart fokusera på drogfrihet (Johnson, 2005).

Mot denna bakgrund väcktes vårt intresse att undersöka hur de som arbetar med heroinmissbrukare idag ser på substitutionsbehandling utifrån ett etiskt perspektiv. Speciellt intresserade blev vi att undersöka socialtjänsten samt den öppna narkomanvårdens åsikter, som tidigare varit motståndare till substitutionsbehandling. Undersökningen innefattar även vilka etiska dilemman de yrkesverksamma brottas med och hur deras tankegångar kring

heroinmissbrukare går. Ser de missbruk som en sjukdom där heroinmissbrukare skall behandlas på lika villkor som patienter med kroniska sjukdomar. Anser yrkesverksamma att det är etiskt rättvist att låta heroinmissbrukare vänta så lång tid för komma in i behandling med livet som insats och hur ser de på utskrivningsförfarandet utifrån ett rättviseperspektiv i jämförelse med andra patientgrupper.

3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med vår uppsats är att undersöka och beskriva de professionellas inställning till substitutionsbehandling av heroinmissbrukare ur ett etiskt perspektiv. Vi vill även undersöka de professionellas syn på socialstyrelsens riktlinjer och kriterier beträffande substitutionsbehandling. Vidare vill vi få en uppfattning om de yrkesverksammans syn på en heroinmissbrukares möjligheter till vård, och detta i jämförelse med andra patientgrupper. Våra frågeställningar är:

1. Vilka värderingar har de professionella gentemot läkemedelsassisterad underhållsbehandling för heroinmissbrukare?
2. Vilken uppfattning har de professionella kring socialstyrelsens riktlinjer beträffande substitutionsbehandling?
3. Hur ser de yrkesverksamma, ur ett etiskt perspektiv, på en heroinmissbrukares möjligheter till vård och behandling i jämförelse med andra patientgrupper som till exempel diabetiker?

Vi har valt att undersöka värderingar, uppfattningar samt etiska dilemman utifrån tre centrala begrepp vilka är: rättvisebegreppet, regel/pliktetikerna och konsekvensetikerna/nyttotikerna.

4. NYCKELBEGREPP

Klient

I vår uppsats har vi valt benämningarna klient och patient då vi talar om heroinmissbrukare.

Opiater

Opiater kommer från växten opievallmon. Mjölksaften i frökapslarna från vallmofrön innehåller bland annat morfin och kodein. Man har av dessa sedan utvecklat andra substanser såsom etylmorfin och heroin (www.rmv.se). All användning av opiater är idag förbjuden i alla länder förutom som läkemedelsföreskriven medicin (Svensson, 2005).

Heroin

Heroin är en opiat och lanserades först av läkemedelsföretaget Bayer 1897 (www.rmv.se). Heroin är det vanligaste preparatet bland opiatmissbrukare. Det är halvsyntetiskt vidareförädling av morfin och har en kortare verkningstid än morfin. Däremot har heroin en snabba-

re och kraftfullare effekt i hjärnan (Johnson, 2005). Heroinet är det mest omtalade narkotikapreparatet och representerar både himmel och helvete. Det är denna drog som ligger bakom de flesta narkotikarelaterade dödsfallen. All användning av heroin är idag förbjuden i alla länder förutom som läkemedelsföreskriven medicin (Svensson, 2005).

Metadon

Metadon kommer ursprungligen från USA. Metadonet började redan 1966 användas i Sverige för substitutionsbehandling av heroinister av professor Lars Gunne på Ullåkers sjukhus i Uppsala (Svensson, 2005). Metadon är helsyntetiskt framställt och ger liksom morfin och heroin en smärtstillande, rogivande och ångestdämpande känsla (Johnson, 2005). Metadon har ingen toleransutveckling och ger ingen kick-effekt för metadonpatienten (Pettersson & Karlsson, 2007).

Subutex

Subutex introducerades i Frankrike i mitten av 1990-talet. 1999 godkändes Subutex i Sverige av LäkeMedelsverket. Subutex med det verksamma ämnet buprenorfin används i likhet med metadon vid substitutionsbehandling för heroinmissbrukare. Till skillnad från metadon är Subutex i stort sett omöjligt att överdosera, men dämpar inte drogsuget lika effektivt som metadon (Johnson, 2005).

Suboxone

Suboxone är en vidareutveckling av Subutex. Till skillnad från Subutex har man här tillsatt naloxon vilket minskar risken för felanvändning i form av intravenöst missbruk eller illegal försäljning (läkemedelsverket, 2006).

Sociala problem

I slutet av 1800-talet sågs inte opiatmissbruket, trots en omfattande användning, som något stort socialt problem. Politiker och läkare såg alkohol som ett mycket större bekymmer vilket gjorde människor utåtriktade och aggressiva till skillnad från morfin som istället passiviserade människor (Svensson, 2007). Idag däremot, ser samhället i stort runt om i världen opiatmissbruket som ett stort socialt problem. Heroinmissbruk leder till en mängd problem, inte bara för brukaren som individ utan för samhället i stort. Bara för att ta några exempel leder ofta heroinmissbruk till ökad sjuklighet i form av hiv och livshotande leversjukdomar som hepatit (Svensson, 2005). Detta gör att sjukvården belastas. För att kunna finansiera det kostsamma heroinmissbruket är en vanlig inkomstkälla kriminella handlingar som kostar samhället enormt mycket pengar. Kvinnliga brukare av heroin är en mycket utsatt grupp vilka i många fall tvingas att sälja sina kroppar för att kunna finansiera missbruket (Svensson, 2005).

Uträkningar visar på att en genomsnittlig aktiv heroinmissbrukare kostar samhället 2,1 miljoner kronor per år (Nilsson, 2008).

Substitutionsbehandling

Substitutionsbehandling för opiatmissbrukare, även kallad läkemedelsassisterad underhållsbehandling (LAB), är behandling med metadon eller andra läkemedel som t.ex. Subu-

tex (Johnson, 2005). Vi kommer fortsättningsvis i uppsatsen använda oss synonymt utav begreppen substitutionsbehandling och läkemedelsassisterad underhållsbehandling (LAB).

Etik

Etik och moral kan ibland uppfattas som synonymer. Moral brukar dock avse människors praktiska handlande. Med etik avses den teoretiska reflexionen över moralen och dess grund. Etik är den del av filosofin som försöker besvara frågor som ”vad är det rätta”, ”vad är det goda”, ”hur bör man bete sig”. Mer allmänt kan etik sägas vara en uppsättning regler för uppträdande och förhållningssätt (www.ne.se).

5. BAKGRUND

5.1 Historik

Metadonbehandling för opiatmissbrukare kommer ursprungligen från USA. Ett av de första länderna som följde USA:s exempel var Sverige. Det startade på Ulleåkers sjukhus i Uppsala av professor Lars Gunne 1966 (Svensson, 2005). Det dröjde inte länge förrän motståndet väcktes mot metadonbehandlingen och då främst av yrkesverksamma inom narkomansvården som syftade till drogfrihet. På grund av den hårda kritiken blev det intagningsstopp mellan 1979-1984. Konsekvenserna var sorgliga, femtio procent av de missbrukare som förgäves stod på kö under dessa år avled. Intagningsstoppet hävdades, inte minst på grund av oron för hiv-spridning (Svensson, 2005). Trots att programmet var välskött, framgångsrikt och ambitiöst har det dröjt nästan fyrtio år innan behandlingsmetoden har fått ett definitivt erkännande (Johnson, 2005). Det har alltid varit stränga regler för att få tillgång till metadonbehandling. Från början skulle patienterna ha minst fyra års dokumenterat heroinmissbruk, de skulle inte ha ett blandmissbruk, vara minst 20 år och ha gjort minst tre försök genom vård att sluta med missbruket. De fick inte heller ha några planerade rättegångar eller fängelsestraff (Svensson, 2005). Det har på senare år ruckats på några av dessa kriterier till mindre restriktiva. (Se socialstyrelsens riklinjer sid. 10-11).

Tidigare fanns ett tak beträffande hur många som skulle beviljas metadonbehandling. Detta stred emot läkaretiken som föreskriver att läkaren skall behandla alla som är i behov av vård. Det var först i januari 2005 som detta tak togs bort i och med de nya föreskrifterna från socialstyrelsen (Johnson, 2005). Numera har alla rätt att söka substitutionsbehandling, men svårigheter att kunna möta det behov som finns beror nu istället på de långa vårdköerna som är resultat av lokalbrist, läkarbrist och avsaknad av ekonomiska resurser. Tillgången till behandling ser också olika ut beroende på var i landet du befinner dig (Pettersson & Karlsson, 2007).

Subutex introducerades först i Frankrike i mitten av 1990-talet. Subutex godkändes i Sverige av Läkemedelsverket 1999. När det introducerades på marknaden medförde det en ökad debatt som inte enbart rörde läkemedlet i sig utan också om svensk narkotikapolitik, behandlingsprinciper och opiatmissbruk (Romelsjö, 2006). Skillnaden från metadonet var till en början att subutexföreskrivningen inte var föremål för en noggrann reglering. Till en början var det i Sverige tillåtet att skriva ut Subutex bara du var legitimerad läkare. Den 1

januari 2005 ändrades detta i samband med att ett nytt regelsystem från socialstyrelsen trädde i kraft (Svensson, 2005). Läkemedelsassisterad underhållsbehandling får efter 2005 endast ges i en sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård (SOSFS 2004:8). Behandling med metadon och Subutex medför en viss risk för läckage ut till andra missbrukare. För att minska detta är det viktigt att användningen är genomtänkt och bedrivs i högkvalitativa verksamheter (Socialstyrelsen, 2004).

Under en studieperiod mellan 2002-2003 konstaterades 756 dödsfall som var narkotikarelaterade vilka har utretts på de rättsmedicinska avdelningarna i Sverige. Den vanligaste dödsorsaken var förgiftningar och skador där morfin var den vanligaste påvisade substansen, troligen heroin (Ahlner, 2006). I Sverige finns cirka 30 000 tunga missbrukare varav 10 000 beräknas ha opiater som dominerande drog. Överdoser med dödlig utgång är ungefär runt 350-400 personer om året (Pettersson & Karlsson, 2007).

För många kvinnor som är heroinister står valet mellan snatteri, stölder och prostitution. Kvinnorna finansierar sitt missbruk genom prostitution och undkommer därmed risken för fängelse. Följden blir att de tvingas bortse från det psykologiska, hälsomässiga och sociala konsekvenserna som prostitution leder till (Svensson, 2005).

Socialtjänsten var tidigare motståndare till substitutionsbehandling och de 21 stadsdelsnämnderna i Göteborg skrev 2002 på ett protestbrev där man tydligt uttryckte att man inte tänkte samarbeta gällande substitutionsbehandling. Motståndet har numera upphört och samtliga stadsdelsnämnder är samarbetsvilliga. Skälen till deras förändrade syn beror sannolikt på en kombination av ett ökat antal heroinmissbrukare på 2000-talet samt ett starkt vetenskapligt stöd för substitutionsbehandlingens effektivitet. Detta även i kombination med de ekonomiska besparingar socialtjänsten gagnas av (Pettersson & Karlsson, 2007).

Historiskt sett har även Göteborgs narkomanvårdsgrupper varit mycket negativt inställda till substitutionsbehandling. De hade en ideologisk uppfattning om att metadon var en ersättningsdrog som påverkade klienten så kraftigt att det inte var någon mening att ha samtalsbehandling. Det är bara några år sedan narkomanvårdsgrupperna ändrade sin negativa uppfattning beträffande substitutionsbehandling och motståndet hävdades (Pettersson & Karlsson, 2007).

5.2 Substitutionsbehandling idag

Substitutionsbehandling med metadon och Subutex har entydigt evidensstöd vid heroinkomani (Heilig, 2006). Patienten som nyligen påbörjat behandling befinner sig i ett mycket sårbart läge med bräcklig ångest och frustrationstolerans. Verkligheten, som patienten tidigare har kunna hålla borta med hjälp av droger kommer nu upp till ytan och de möter ångest, smärta, raserad social situation, raserade relationer, dålig hälsa och inte sällan kriminalitet (Kahn, 2006). Möjlighet att påbörja substitutionsbehandling med metadon/Subutex har idag även börjat introduceras i samband med anstaltsvistelse. Denna möjlighet är ännu så länge begränsad och berör enbart dem som bor i Stockholms län (Nilsson, 2008).

Göteborg var innan 1990-talet relativt förskonat från heroinmissbruk, men sedan dess har det ökat. 2007 uppskattade polismyndigheten i Västra Götalands län att det fanns cirka 1200 heroinister i Stor Göteborg plus omkring 600 personer i resten av regionen. I och med den explosionsartade ökningen av heroinmissbrukare hamnade både sjukvården och socialtjänsten på efterkälken beträffande bland annat substitutionsbehandling. Ett samverkansprojekt startade hösten 2006 mellan beroendekliniken, socialtjänsten och narkomanvården i Göteborg för att utveckla ett närmare samarbete mellan de berörda myndigheterna som arbetar med klienter aktuella för substitutionsbehandling (Pettersson & Karlsson, 2007).

Enligt en undersökning 2007 fann man att enbart 10 av våra 21 landsting i Sverige levde upp till vårdgarantin beträffande substitutionsbehandling. Garantin innebär att patienter har rätt till bedömning inom 90 dagar och därefter behandling inom ytterligare 90 dagar (Sjölander & Johnsson 2007).

Västra Götaland har och har haft stora svårigheter att kunna erbjuda substitutionsbehandling i tillräckligt stor utsträckning. 200 personer har periodvis köat för en plats i Beroendeklinikens substitutionsbehandling då tillgängligheten är starkt begränsad. Läkarbrist, lokalbrist, och avsaknad av ekonomiska resurser är bidragande orsaker. 2007 stod fortfarande 200 i kö för en bedömning om de skall godkännas för substitutionsbehandling eller inte. 2007 uppskattades i en skrivelse från Hälso –och sjukvårdsutskottet att 600 personer hade behov av substitutionsbehandling i Västra Götalandsregionen. I dagsläget har mottagningen i Göteborg utrymme för 200 öppenvårdspatienter (Pettersson & Karlsson, 2007).

5.3 Tidigare forskning och resultat beträffande substitutionsbehandling

Undersökningar visar att missbrukare som är inskrivna i metadonprogrammet begår färre brott (Socialstyrelsen, 1997). Lars Håkan Nilsson, medicinsk rådgivare vid kriminalvårdens huvudkontor säger att forskning visat att läkemedelsassisterad underhållsbehandling är bästa sättet att minska kriminalitet (Nilsson, 2008). De vistas mindre på sjukhus i jämförelse med tiden före inskrivning. Flertalet klienter uppnår också förbättrad social situation som omfattar boende, arbete, sociala relationer, hälsa och missbruk (Socialstyrelsen, 1997). Samhället sparar 1,4 miljoner kronor per år på varje opiatmissbrukare som får läkemedelsassisterad underhållsbehandling (Bergdahl, 2007).

Leif Grönbladh skriver i sin avhandling att 70-80% av patienter som har fått substitutionsbehandling efter några års behandling uppnått ett arbete eller påbörjat studier. Kriminaliteten i denna grupp minskar med 86% och prostitution upphör nästan helt. Han menar att det är en fråga om överlevnad för detta klientel (Grönbladh, 2004).

1999 påbörjade ett forskningsprojekt som syftade till att utvärdera behandlingsmodellen där Subutex kombinerades med intensiv psykosocial behandling. 40 personer deltog varav hälften fick Subutex kombinerat med psykosocial behandling som innebar gruppbehandling med kognitiv beteendeterapi, återfallsprevention och veckorådgivning. Den andra hälften fick samma behandling utom Subutex, de fick placebo. Det visade sig att 75 % utav de som

fått Subutex var kvar i behandlingen efter ett år med goda resultat. Den andra gruppen som fått placebo hade avbrutit behandlingen inom två månader (Johnson, 2005).

Underhållsbehandling med metadon eller Subutex är den behandling som har starkast stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet vad det gäller heroinmissbrukare. Forskning visar att substitutionsbehandlingen skall vara en del i en sammanhållen behandling som innehåller många insatser såsom boende, terapi, sysselsättning och psykosociala behandlingsprogram (Pettersson & Karlsson, 2007).

Liksom på andra håll i världen finns det kritiska röster mot metadonet som till exempel Nederländerna, men metadonreglerna är inte lika strikta som i Sverige. Den nederländska metadonpolicyn försöker tillgodose heroinisternas olika önsknings- och behovsnivåer. Genom en generös metadonutdelning hoppas man där att uppnå positiva hälsoeffekter i form av minskad heroinrelaterad kriminalitet samt förändrat riskbeteende. För personer med stabila sociala förhållanden skriver den egna läkaren ut metadonet och för personer med okontrollerat droganvändande är målsättningen främst att reducera skadeverkningarna. Vid behov delas metadon ut på polisstationer och på sjukhus för denna sistnämnda grupp (Antoniussen, 2005).

Frankrike har haft problem med läckage från subutexprogrammet, men forskning visar att en lättillgänglig subutexbehandling via allmänpraktiserande läkare resulterar i att fördelarna klart överstiger nackdelarna. Enligt polisens siffror minskade överdoserna kraftigt i Frankrike (Svensson, 2005).

Finland är också ett land som på senare år fått ökade problem med heroinmissbruk. De har snabbt byggt ut underhållsbehandlingen från att 1996 haft fem patienter till att 2004 ha 6000-7000 patienter (Svensson, 2005). En omorientering har skett i Finland beträffande narkotikapolitiken. Den enskilde missbrukarens hälsa och mänskliga rättigheter har fått större vikt jämfört med tidigare. Utbyggnaden av Subutexbehandlingen i Finland har inte varit problemfri. Missbruket med Subutex har ökat, och även om missbrukaren själv kallar det egenvård har de en riskfylld narkotikaanvändning. En stor andel injicerar och har ett blandmissbruk med bensodiazepiner och amfetamin (Svensson, 2005).

5.4 Metadondebatten

Metadonkonflikten är inte bara historia, många av de frågor som debatterades förr har fortfarande stor betydelse för dagens svenska narkotikapolitik (Johnson, 2005). Kritiken mot metadonprogrammet är en blandning av narkotikapolitiska, vårdideologiska och medicinska argument. Några av dem är ”att dela ut metadon till heroinmissbrukare är att ersätta ett missbruk med ett annat”. ”Risken är stor att patienterna säljer sitt metadon och istället köper heroin”. ”Metadonet gör patienterna känslomässigt avtrubbade och har i övrigt omfattande biverkningar” (Svensson, 2005).

Metadonförespråkarna däremot hävdar att metadon fungerar som insulin för diabetiker genom att vara livsuppehållande. Man kan med dess hjälp fungera normalt och börja arbeta,

studera, ta körkort med mera. De menar också att läckaget är obetydligt. Metadonförespråkarna hävdar att metadonet inte ger eufori vilket många tror (Svensson, 2005). Conny Höjd, ordförande i föreningen för metadonpatienter, har gått på metadon i över 30 år, han beskriver att han inte blir påverkad av metadon, hans pupiller blir lite mindre och stelare men han får ingen kick. Han får heller ingen sänkt reaktionsförmåga och blir inte dåsig (Lundborg, 2005). Förespråkarna menar vidare att behandlingens effekt skall jämföras med hur en person påverkas av ett aktivt heroinmissbruk. En förklaring till att metadonprogrammet fått så mycket motstånd kan bero på att motståndarna agerat i ett ideologiskt fält där andra faktorer än framgångsrika forskningsresultat har varit viktigare. Ideologin har alltså varit viktigare än vetenskap och beprövad erfarenhet (Svensson, 2005). En förklaring till den drogfria vårdens missnöje beträffande substitutionsbehandling kan vara att de fått mindre uppdrag sedan kommunerna startade öppenvårdsprogram för heroinister (Svensson, 2005). Statens institutionsstyrelse skrev bland annat i sin årsberättelse 2002 att de tolkade att minskningen av tvångsvård berodde på ökad Subutexföreskrivning (Svensson, 2005).

Socialtjänsten var länge motståndare mot substitutionsbehandling. Det fanns en oro för medikalisering och att underhållsbehandling skulle bli den enda behandling som skulle erbjudas för heroinmissbrukare, inte minst för att det är billigare än kostnaderna för dyngsvård på institution på drogfri basis. Socialtjänsten menade att detta på sikt skulle innebära att de klienter som vill ha drogfri behandling istället skulle erbjudas substitutionsbehandling (Svensson, 2005). Med tanke på att heroinmissbruket ökar i Sverige är substitutionsbehandlingen nu viktigare än någonsin, men det finns fortfarande en skepsis som förhindrar att den utnyttjas på ett optimalt sätt (Johnson, 2005). Det teoretiska perspektivet inom socialtjänsten varierar kraftigt inom gruppen. Socialt arbete saknar en sammanhållen teoretisk grundmodell vilket innebär att socialsekreteraren mer eller mindre medvetet väljer den metod eller teori som hon/han anser passar bäst. De beslut som fattas inom verksamhetens ram kan därför komma att påverkas av socialsekreterarens egen moral och värderingar (Pettersson & Karlsson, 2007).

Inställningen att beroende är en typ av sjukdom är överensstämmande med resultat från den medicinska beroendeforskningen. En grupp läkare i USA har gjort en jämförelse mellan drogberoende och tre kroniska sjukdomar, högt blodtryck, diabetes och astma. Forskarna kunde utifrån en analys av ett stort antal vetenskapliga artiklar visa på flera likheter. Deras slutsats blev därför att drogberoende också bör ses som en kronisk sjukdom. Forskarna konstaterade att de tre ovannämnda sjukdomarna liksom beroende har både sociala och biologiska orsaker och att ärftligheten spelar en viktig roll. Både högt blodtryck och diabetes är ofta resultat av övervikt, dåliga matvanor, fysisk inaktivitet och stress. En annan viktig likhet är att de i alla fyra fallen, alltså även för drogberoende, finns behandlingar som inte helt botar sjukdomarna, men lindrar symptomen till exempel insulin för typ 2-diabetes. Där består behandlingen av kost och motionsråd i kombination med insulinet. Missköter diabetikern detta eller avbryter behandlingen återkommer symptomen ibland trots den bästa behandlingen. För att nämna ytterligare likheter mellan de fyra sjukdomstillstånden är att behandlingen kräver att patienterna förändrar sina levnadsvanor. Mellan 40-60 procent av patienter med högt blodtryck, diabetes och astma missköter sin medicinering, och då det gäll-

er kost och motion som är en viktig del i behandlingen av högt blodtryck samt diabetes är siffrorna ännu sämre (Johnson, 2005).

Vissa hävdar ändå att en viktig skillnad finns och att drogberoende beror på ett medvetet val. Lars Gunne, förgrundaren till metadonprogrammet i Sverige, fick en version av denna invändning i början av 1980-talet då en moderat politiker menade att det inte var värt att satsa så dyr behandling på missbrukaren. Politikern var däremot villig att skicka hjärtpatienter utomlands för mycket dyra transplantationer med argument som löd att dessa patienter var oskyldiga till sin sjukdom medan missbrukarna däremot hade valt sitt sätt att leva. Gunne svarade med att missbrukarens val oftast gjorts som barn medan patienten med hjärtproblem ofta förorsakat sina besvär genom dåliga val senare i livet som rökning, stress, dåliga matvanor och så vidare (Johnson, 2005).

Om beroende är en sjukdom skall missbruksvården uppfylla Hälso- och sjukvårdslagen vilken bland annat säger att vården skall vara av god kvalitet, vara lättillgänglig och tillgodose patienternas behov. Missbruksvården uppfyller inte dessa krav och är allt annat än lättillgänglig vilket är problematiskt utifrån sjukdomsperspektivet. Parallellen mellan kroniska sjukdomar och drogberoende ger oss anledning att fundera över varför beroende ofta behandlas annorlunda än andra sjukdomar. Vid fullt utvecklat beroende är det inte ovanligt att missbrukaren får återfall oavsett om hon/han är inne i substitutionsprogrammet eller ej. Att eftersträva absolut drogfrihet är inte realistiskt i dessa fall och att tvångsutskrivs ur programmet på grund av återfall kan starkt ifrågasättas utifrån sjukdomsperspektivet (Johnson, 2005).

5.5 Socialstyrelsens riktlinjer

Nedan följer ett sammandrag av socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, (SOSFS 2004:8)

Föreskrifter är bindande regler. Allmänna råd ger rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas och utesluter inte andra sätt att uppnå de mål som avses i författningen. Merparten i författningen avser föreskrifter.

Syftet med underhållsbehandling är att den opiatberoende skall upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation. Underhållsbehandling får endast ges i en sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård. De nationella målen för narkotikapolitiken ska beaktas och verksamheten ska samordnas med socialtjänsten. Endast legitimerad läkare med specialistkompetens i psykiatri bör ha ansvaret för underhållsbehandling och ha erfarenhet från beroendevården (kap 2).

Vårdgivaren ser till att det finns rutiner för underhållsbehandling. Målen, rutinerna och ansvarsfördelningen dokumenteras (kap 3).

Den ansvarige läkaren avgör om en patient ska få underhållsbehandling. Efter en personlig undersökning av patienten och i samråd med socialtjänsten skall läkaren bilda sig en hel-

hetsuppfattning om patientens missbruk, hälsotillstånd och sociala situation. Underhållsbehandling får endast komma ifråga om patienten fyllt 20 år och sedan minst två år tillbaka varit opiatberoende. Patienten ska förstå vad behandlingen går ut på och lämna sitt samtycke. (Om det finns särskild anledning kan underhållsbehandling ges till den som ännu inte fyllt 20 år. Ett exempel på detta är om patienten missbrukat opiater redan i unga år och andra behandlingsinsatser misslyckats) (kap 4).

Om en patient redan är under tillfredsställande behandling för opiatberoende eller är beroende av andra icke opiatiska preparat eller alkohol skall underhållsbehandling inte påbörjas om det kan medföra medicinska risker. Ingen underhållsbehandling får ges om missbrukaren har vård enligt LVM-lagen (lagen om vård av missbrukare i vissa fall) eller är intagen för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård. I dessa fall finns det dock inget som hindrar att en vårdplan upprättas för underhållsbehandling.

Skulle en patient redan vara föremål för underhållsbehandling men bli frihetsberövad och hamna i någon av ovan nämna kategorier har den ansvarige läkaren befogenhet att fortsätta eller avbryta behandlingen. Det är endast om en sådan patients hälsotillstånd stabiliserats som fortsatt behandling kan ges (kap 4).

En vårdplan baseras på en utredning som ger en helhetsbild av patientens medicinska, psykologiska och sociala situation. Den ansvarige läkaren ser till att vårdplanen upprättas i samförstånd med patienten och socialtjänsten. Detta innebär en överenskommelse om vilka behandlingsåtgärder och kontrollundersökningar som blir aktuella. Vårdplanen talar om vilka insatser som krävs för bestående resultat och hur samverkan med socialtjänsten skall utformas. Innehållet i vårdplanen har listats upp i 15 punkter, som bortsett från formella uppgifter bland annat talar om mål och delmål för underhållsbehandlingen, psykiatrisk bedömning när patienten är drogfri, behov av sociala insatser och utvärdering av behandlingsresultatet. Vårdplanen omprövas regelbundet, minst en gång om året, av ansvarige läkaren i samråd med patienten och socialtjänsten. Själva underhållsbehandlingen följs upp en gång i kvartalet i ett möte mellan patienten, beroendevården och socialtjänsten (kap 4).

Metadon och andra substitutionspreparat överlämnas till patienten vid regelbundna återbesök. Beroendevården svarar för förvaringen av läkemedlen. Om resultatet av underhållsbehandlingen varit stabilt under minst sex månader får patienten tillstånd att själv hantera preparatet. Om patienten kan fortsätta behandlingen under eget ansvar beror på utfallet av omprövningen av vårdplanen (kap 5).

Om det finns anledning att anta att behandlingsresultatet har blivit bestående skall underhållsbehandlingen avvecklas men successivt och så långt som möjligt i samråd med patienten. Avvecklingen får inte påbörjas förrän patientens hälsotillstånd och sociala situation varit stabil under minst ett år. För att säkerställa att patienten inte återfaller i missbruk skall han eller hon följas upp under minst sex månader därefter. Återfaller patienten i missbruk eller få svåra abstinensbesvär skall avvecklingen av underhållsbehandlingen omedelbart avbrytas. Om patientens hälsotillstånd och sociala situation varit stabil under minst ett år

kan på nytt avveckling av underhållsbehandlingen inledas. Ett tredje misslyckat avvecklingsförsök leder till omprövning av vårdplanen.

En patient kan uteslutas från underhållsbehandlingen om denne inte har medverkat i behandlingen under längre tid än en vecka, haft upprepade återfall, missbrukat alkohol, manipulerat urinprover, utsatt patienter eller vårdpersonal för våld eller hot om våld eller dömts för narkotikabrott (kap 6).

6. TEORI

6.1 Inledning

Utredning och bedömning utförs i en asymmetrisk relation vilket innebär att den som söker stöd och hjälp är i beroendeställning till den som beviljar hjälpen (Dunér & Nordström, 2005). Det blir många svåra överväganden när flera informationskällor skall jämkas samman och ett beslut skall fattas. Det är inte lätt att från denna utgångspunkt tillfredsställa behoven på individuell, strukturell och organisatorisk nivå (Dunér & Nordström, 2005). Begreppet behov är ett centralt begrepp i bedömningen. Att utreda och bedöma människors specifika behov är svårt. Den hjälpsökande har rätt att ställa krav samtidigt som krav ställs från närstående, sjukvården samt andra inblandade. De yrkesverksamma måste beakta även deras kunskaper och synpunkter samt ta hänsyn till organisationens policy, regler och den strama budgeten (Dunér & Nordström, 2005).

De yrkesverksamma måste även balansera mellan rättslig reglering, organisering och etik. Dunér och Nordström tar upp *rättvisa*, som är en av flera etiska grundprinciper. Rättvisa innebär bland annat en rättvis fördelning av samhällets resurser samt att alla skall ha möjlighet till en rättvis bedömning (Dunér & Nordström, 2005).

Vid utredning och arbete med klienter hamnar ofta de yrkesverksamma i etiska dilemman. Den så kallade normativa etiken är det område som undersöker vilken moral som är den rätta t.ex. *regel/ pliktetiken* och *konsekvensetiken* (Dunér & Nordström, 2005).

Den handling man väljer att göra skall enligt etiken kännas så rätt att man är beredd att försvara den och stå upp för det man beslutat eller utfört. Inte sällan hamnar professionella i etikkonflikter. Vad som känns riktigt för en professionell i ett klientärende kan komma i konflikt med de tjänster en klient vill ha. Klienten har en uppfattning om vad som är rätt för henne/honom medan den professionelle har en annan syn på det hela (Tännsjö, 1998).

6.2 Rättvisebegreppet

Alltsedan antikens dagar har rättvisa varit föremål för diskussioner och filosofiska resonemang. Det finns ännu i dag inte någon etablerad moralisk eller politisk filosofi som kan ge begreppet rättvisa en klar och tydlig definition. En allmän och intuitiv uppfattning är att detta har att göra med likhet i någon mening. Som till exempel att alla ska ha chanser i det öppna möjligheternas samhälle att lyckas i livet eller att likhet ska råda inför lagen. I den

politiska debatten har ordet "rättvisa" blivit ett ständigt återupprepat mantra. Den felaktiga föreställningen att rättvisa och solidaritet är utbytbara är troligen ganska allmän. "Vi måste skilja mellan människokärleken och sinnet för rättvisa. Skillnaden består inte i att de vägleds av olika principer, eftersom det i båda fallen ingår en önskan att skänka rättvisa /.../ Människokärleken är mer omfattande än sinnet för rättvisa och manar till att göra mer gott än plikten kräver, vilket det senare inte gör." (Rawls, 1999 sid. 191-192).

Den amerikanske politiske filosofen John Rawls har i hög grad påverkat 1990-talets diskurser om rättviseproblemet. (Rawls, 1999). Rawls tänkte sig olika principer bakom ett samhällskontrakt. Parterna eller individerna ska i sin "ursprungsposition" befinna sig bakom en "okunnighetens slöja" (veil of ignorance) och tänka sig vara helt ovetande om sin position i samhället, sina egenskaper eller inte ha en aning om vad som väntar dem. Först då kommer man helhjärtat satsa på ett rättvist samhälle där alla är lika mycket värda och där sjukvård, bostäder och arbete hör till rättigheterna (Pierson & Castles, 2006).

Utifrån denna abstrakta nivå inriktar vi oss nu i fortsättningen av detta avsnitt på vad begreppet rättvisa innebär för den praktiska verksamheten på en mottagning för drogberoende patienter som söker hjälp eller som återkommer för fortsatt läkemedelsassisterad underhållsbehandling.

Åtgärder ska vidtas med målsättningen att livssituationen för socialt utsatta människor förbättras och blir så dräglig som möjligt (Blennberger, 2005). "En rättvis sjukvård innebär att alla garanteras vård och omsorg på lika villkor. Den uppfattningen bygger på att alla människor har samma värde och rättigheter oavsett ålder, kön, begåvning, karriär och status" (Hedengren, 2005). Enligt den så kallade behovsprincipen ska personer med störst behov ha förtur. Denna prioriteringsprincip är ofta inte tillräcklig på grund av begränsade resurser. Exempel på detta är att äldre patienter får ta några steg bakåt i kön och låta en yngre gå före eller att yrkesverksamma har kortare väntetid för ögonoperation jämfört med en pensionär. Dyliga prioriteringar har blivit ett nödvändigt ont, särskilt i tider när de ekonomiska förhållanden tvingar fram besparingar. Att lägga ned mycket pengar på avancerade behandlingsmetoder som bara är till glädje för ett fåtal är inte rätt (Hedengren, 2005).

En teori om rättvisa skall öka förståelsen om hur välfärden och olika nyttigheter skall fördelas. I rättviseteorin kan man skilja mellan distributiv och retributiv rättvisa. Med distributiv rättvisa menas hur nyttigheter, resurser och välfärd fördelas (Tännsjö, 1998). Den retributiva, även kallad juridiska rättvisan, avser hur konsekvensen för en handling skall bestämmas. Enligt detta synsätt skall den som utsatts för en ofrivillig handling kompenseras medan den som har begått orättvisan bestraffas (www.ne.se)

Tännsjö tar bland annat upp fyra olika typer av rättviseteorier vilka är, teorier om jämlikhet, förtjänst, rättigheter och fria överenskommelser (Tännsjö, 1998). Vi har valt att förklara två av dessa teorier.

Förtjänstteorin innebär att resurserna skall tilldelas dem som gjort sig mest förtjänta av dem. Som ett exempel tar Tännsjö upp resonemanget om att omedvetna handlingar styr oli-

ka insatser inom vården. Han menar att en person som på grund av sitt vilda leverne och drogmissbruk, och som har försatt sig i vårdbehov, troligen inte får lika gott bemötande och omvårdnad som en person som av en ren olyckshändelse har försatt sig i en liknande situation. Han menar vidare att fördelning efter förtjänst är moraliskt oacceptabel och praktiskt ogenomförbar, men att detta tankesätt ändå genomsyrar mycket av den samhällseliga kontexten (Tännsjö, 1998).

Jämlikhetsidén innebär att resurserna fördelas så att allas levnadsnivå jämnas ut. Både i socialtjänstlagen samt i Hälso – och sjukvårdslagen finns hänvisningar till ett jämlikhetsideal. Hälso- och sjukvårdslagen definierar detta som ”vård på lika villkor för hela befolkningen” och i socialtjänstlagen talar man om att samhällets socialtjänst ska ”främja människors jämlikhet i levnadsvillkor samt aktiva deltagande i samhällslivet” De som förespråkar jämlikhetsidén menar att det gäller att fördela saker och ting, att skapa institutioner i samhället som resulterar i att det blir en jämn fördelning av livets goda för människor (Tännsjö, 1998).

Att fördelningen av resurser till sjukvården är en kontroversiell fråga framgår också tydligt ur följande citat (*vår översättning*): ” Det är i dag ett faktum att läkekonstens resurser att förlänga livet sker i ett accelererande tempo och följaktligen också kostnaderna. Detta ger upphov till svåra frågor inte bara kring fördelningen av resurser för sjukvården (vem får dialysapparaten?) utan också om hur mycket resurser det ska satsas på sjukvården överhuvudtaget. Dessa svåra frågor är frågor om rättvisa, bland annat.” (Pierson & Castles, 2006. sid 54).

Av det ovan sagda är det inte orimligt att anta att prioriteringen av kostsamma behandlingsinsatser för de drogberoende och i synnerhet för dem som efterfrågar metadonbehandling kan leda fram till etiska dilemman.

6.3 Regel/pliktetiken

När man behandlar idén om människors lika och höga värde stöter man inom etiken på en grundfråga att ta ställning till, nämligen hur man bör handla i olika situationer och hur man ska bedöma vad som är rätt eller fel. En etik menar att en handling är påbjuden eller förbjuden oavsett konsekvenserna som följer och utgår istället från att det finns en kvalitet eller egenskap i själva handlingen eller regeln som avgör om den är rätt eller orätt. Enligt denna etik kan man även hänvisa till egenskaper hos den som handlar och mena att handlingen bör vara uttryck för en viss intention eller avsikt. Detta brukar kallas för deontologisk etik eller som man vanligare säger – pliktetik (Blennberger, 2005).

En plikt är en handling som vi åläggs att göra av andra eller av oss själva. Plikten är något vi måste göra och innebär en norm som vi inte kan bortse ifrån eller undvika utan att det uppstår en moralisk klandervärd situation. En plikt kan sägas ha tre kännetecken:

- 1) Plikten är absolut, vilket innebär att vi inte kan välja att säga att den gäller bara i vissa fall när det passar oss eller då vi finner den lämplig. Plikten ställer oss också inför vissa krav som det är omöjligt att bortse ifrån.

- 2) En plikt formuleras vanligen som en regel eller en norm, exempelvis socialstyrelsens riktlinjer, och plikterna som vi förhåller oss till i det dagliga livet har ofta formen av regler som är ganska enkla så de kan användas i olika situationer.
- 3) En plikt ska hjälpa oss att komma fram till vad som är rätt att göra i en situation. Därmed betyder det inte att vi först och främst ska förhålla oss till vad som är det goda eller det bästa när vi gör vår plikt. Istället tänker man som pliktetikern att det goda är en följd av att vi gör det rätta (Henriksen & Vetlesen, 2001).

Plikter har alltså att göra med våra handlingar och bakgrunden till dem. Man kan säga att när man gör något av plikt har man en bestämd typ av etisk motivation för sin handling. Kännedomen om vad som är ens plikt är därmed handlingsmotiverande (Henriksen & Vetlesen, 2001).

En väldigt inflytelserik riktning inom pliktetiken är den som kommer från den tyske filosofen Immanuel Kant, och grundläggande i hans etik är betydelsen av det kategoriska imperativet. Detta kategoriska imperativ, ska enligt Kant, utgöra grunden för alla etiska bedömningar och genom att imperativet eller uppmaningen är kategorisk ska man förstå det som att den är ovillkorligt bindande för oss. En formulering Kant använder sig av beträffande det kategoriska imperativet är att man ska handla på ett sådant sätt att regeln för ens handling blir allmänt erkänd. Man ska med andra ord kunna önska sig att ens handling blir en allmän lag och att alla andra handlar på samma sätt vid en given situation. Denna version av det kategoriska imperativet brukar man även kalla generaliserbarhetsargumentet (Tännsjö, 2000). Det kategoriska imperativet tar inte hänsyn till vad som är gynnsamt eller ger bra konsekvenser då Kant menar att all kunskap om omvärlden är osäker och ännu mer osäker är vår bedömning om den, varför man inte heller ska göra etiska ställningstaganden med utgångspunkt i konsekvensbedömningar.

Grunden för etiken ska istället vara att söka i vår insikt om vad plikten kräver av oss och regler för hur man ska handla uppkommer genom generaliserbarhetsargumentet. Om man till exempel tänker sig regler om att vi bör tala sanning och hjälpa människor i nöd är det lätt att förstå att denna regel kan generaliseras. Väljer man istället regeln om att inte hjälpa andra innebär detta utifrån generaliserbarhetsargumentet att ingen heller ska hjälpa mig om jag är i nöd och behöver hjälp. De regler som Kant uppfattar som giltiga har alltså sin grund i att man kan önska att de generaliseras. Det är vår plikt att följa dessa regler och ha god vilja. Det är ingen nackdel att hysa sympati mot och medkänsla med andra, eller att önska att man når gynnsamma konsekvenser, men vi ska styras mot vår plikt även då sådana känslor inte infinner sig. Har vi en genuin god vilja kommer vi att handla efter de regler som vi inser är vår plikt även om vi inte är känslomässigt motiverade för denna handling (Blennberger, 2005).

6.4 Konsekvensetiken

Konsekvensetiken även kallad nyttoetiken (utilitarism) lägger vikten på det som blir följden av våra handlingar. Detta skall vi tänka på innan vi utför olika handlingsalternativ. De handlingar vi utför bör leda till så bra konsekvens som möjligt och den bästa handlingen är

det samma som den nyttigaste (Dunér & Nordström, 2005). Enligt konsekvensetiken är det rätt att utföra en handling om det inte finns något annat alternativ som medför bättre konsekvenser (Tännsjö, 1998).

Den mest kända inriktningen inom konsekvensetiken kallas utilitarism vilken kommer från det latinska ordet *utilitas* som betyder nytta (Dunér & Nordström, 2005). Historiska förgrundsgestalter inom utilitarismen är Jeremy Bentham och John Stuart Mill, båda liberala filosofer (Tännsjö, 2000). Utilitarismens mest kända tes är: ”Att skapa största möjliga nytta och lycka för största antalet människor” (Dunér & Nordström, 2005 sid. 43). Vi skall alltså enligt nyttoetiken handla på ett sådant sätt som gör att man uppnår lust och som minskar människors lidande. Här skall hänsyn tas till alla inblandade parter. I varje enskilt fall skall man fråga sig vilken handling som kan leda till den största möjliga måluppfyllelse (Dunér & Nordström, 2005). För att fatta rätt beslut krävs att man gör upp en kalkyl och beräknar konsekvenserna av ens handlingar för alla inblandade parter både på kort och på lång sikt (Tännsjö, 2000). Nyttoetiken kan hjälpa oss att avgöra hur vi skall prioritera vid fördelning av resurser exempelvis inom vård- och omsorg. Ett återkommande dilemma är hur resurserna skall komma att fördelas rättvist då de inte räcker till alla, men rättvisa är ingen grundläggande princip inom nyttoetiken (Henriksen & Vetlesen, 2001).

Nyttoetiken innebär en begränsning till ett själviskt sätt att agera vilket i sin tur gör utilitarismen till en nyttoetisk teori som är användbar i sociala sammanhang. Den utesluter ett egoistiskt tänkande och tar hänsyn till alla inblandade parter såväl på individ och på gruppnivå (Henriksen & Vetlesen, 2001). Ett dilemma kan vara att man enligt nyttoetiken skall utgå ifrån den enskilda klientens behov samtidigt som krav ställs på den yrkesprofessionella att fatta sina beslut utifrån allmänhetens väl (Dunér & Nordström, 2005). Enligt utilitaristen är det viktigaste att man gör sitt bästa och agerar utefter de alternativ som man i kalkylen beräknat leda till de bästa konsekvenserna. Utilitarismen kan för många framstå som självklar. Det är få personer som invänder mot att man skall handla på ett sådant sätt så att resultatet av ens handlande blir så lyckat som möjligt, men det finns trots detta invändningar mot utilitarismen. Invändningar pekar mot andra moralläror som försöker ge ett annat och bättre alternativ. En invändning är att vi inte kan vara säkra på att vi handlat rätt om vi inte är helt på det klara med att alla andra alternativa lösningar skulle fått sämre konsekvenser. Ett problem är att det kan vara svårt att förutse vilka konsekvenser en handling kommer att leda till (Tännsjö, 2000).

6.5 Avslutande diskussion om teorier

Enligt *pliktetiken* är vi styrda av konstruerade principer där man bortser från vilka konsekvenser handlingarna leder till. En motiverad *regel* gör handlingen moralisk enligt pliktetiken. *Konsekvens/nyttoetiken* skiljer sig från föregående och menar att vi inte är situationslösa aktörer utan är invädda i liv och situationer där vi måste ta ställning till vilka handlingar som leder till nyttigast resultat för alla inblandade parter. Även nyttoetiken kan sägas ha relevans för social- och sjukvårdspolitiken. Den kan hjälpa oss att se vilka prioriteringsproblem och dilemman de yrkesverksamma kan komma att ställas inför. Samtidigt kan inte en renodlad nyttoetik fånga så mycket av den normativa grunden som innebär att man skall

säkra den enskilda människans värde och livskvalitet genom att ge henne grundläggande och lika rättigheter som till exempel sjukvård samt att få ta del av en *rättvis* fördelning av samhällets resurser (Henriksen & Vetlesen, 2001). De mest akuta rättviseproblemen uppstår då det saknas viktiga resurser inom vård- och omsorg. Torbjörn Tännsjö ställer sig frågor i sin bok "Vårdetik" vilken klient/patientgrupp som skall prioriteras först. Enligt utilitarismen är svaret på denna fråga enkel, vilket innebär att resurserna skall sättas in där de gör störst nytta. Detta innebär i princip att de som har god prognos prioriteras före dem med sämre prognos. Tanken är att personer som är socialt nyttiga och värda att satsa på bör gå före personer som inte är det. Han menar vidare att det inte är så konstigt att det finns invändningar gentemot utilitarismen med tanke på detta resonemang. Han ställer sig istället frågan om inte alla har rätt till samma vård oberoende utgångsläge (Tännsjö, 1998).

7. METOD

7.1 Inledning

Detta avsnitt beskriver hur vi har gått tillväga i arbetet med undersökningen. Vi kommer att redogöra för vilken metod vi valt, urval av intervjupersoner, konstruktion av frågeguiden samt genomförande av intervjuer. Vi kommer också i viss mån presentera respondenterna utifrån deras professioner och även beskriva de olika verksamhetsområdena. Därefter presenterar vi analysmetod. Vidare för vi en diskussion utifrån uppsatsens validitet, reliabilitet, generaliserbarhet, etiska överväganden och vårt urval av data. Vi kommer löpande väva in styrkor och svagheter i uppsatsen.

7.2 Val av metod

Vi har valt att genomföra en kvalitativ undersökning, då vårt syfte var att ta del av de yrkesverksammas personliga tankar och värderingar beträffande våra frågeställningar. Vi hoppades att i vår studie kunna urskilja ett mönster i deras erfarenheter av substitutionsbehandling. Denna metod gav oss också möjlighet att presentera bärande citat som förmedlar informativa kvalitativa data. För att få svar på våra frågeställningar har vi använt oss av en intervjuteknik som lyfter fram intervjupersonernas egna synpunkter och värderingar kring substitutionsbehandling (Larsson, 2005).

Vi har använt oss av ett deduktivt tillvägagångssätt och teoretiska begrepp har legat som grund för valet av frågor i frågeguiden samtidigt som de ger vägledning i tolkningen av svaren från respondenterna, (kvalitativ perspektivforskning) (Larsson, 2005).

De begrepp vi använt oss av är följande: konsekvens/nyttioetik, pliktetik och rättvisebegreppet. De två förstnämnda kan hänföras till etablerade begrepp medan rättvisebegreppet är mångtydigt och svårdefinierat. Efter att ha studerat Rawls (Rawls, 1999) teorier om rättvisa övergick vi till teorier med anknytning till vårdetik (Tännsjö, 2000).

Vetenskapliga kunskaper skall vara objektiva och i så liten utsträckning som möjligt vara ett resultat av forskarens egna tankesätt och värderingar (Gilje & Grimen, 2004). Det är viktigt att reflektera över sin egen förförståelse så att vi inte under intervjuens gång påverkar

eller styr den intervjuade. Det var en fördel att vi var tre som samarbetade i denna studie för att vi fick därigenom möjlighet att balansera våra synpunkter och värderingar mot varandra under arbetets gång.

7.3 Val av undersökningsinstrument

Vi använde oss av en standardiserad intervjuguide med öppna frågor (se bilaga) vilken innehåller fjorton frågor. Syftet var att varje respondent skulle besvara frågorna i en viss turordning och där de har samma utformning. Intervjuerna kom främst att beröra de frågor som ingår i intervjuguiden (Larsson, 2005).

7.4 Utformande av intervjuguide

För att övertyga oss om att den utarbetade intervjumallen skulle motsvara våra förväntningar att ge innehållsrika svar genomförde vi en pilotundersökning. I den intervjuades en vän till en av oss som har mångårig erfarenhet av missbrukarvården (Kvale, 1997). Resultatet av denna intervju motsvarade inte våra förväntningar, likartade frågor gav likartade svar och en mättnadskänsla infann sig. En del förslag från vårt första intervjuoffer ledde till att vi modifierade intervjumallen. Vi var medvetna om risken att en intervjuguide kan utformas på ett slentrianmässigt och ogenomtänkt sätt. (Widerberg, 2002) Frågorna bör stimulera till ett positivt samspel (Kvale, 1997).

Vi gjorde ändringar i strukturen och frågornas ordningsföljd. Frågorna placerades in under rubriker, teman, kopplat till våra teorier. Vi kunde nu också se att vi hade ungefär lika många frågor under varje tema som kunde ge svar på våra frågeställningar. Frågorna ska utformas så att de rimmar med våra teoretiska begrepp (Larsson, 2005).

Frågorna 1-5 handlar i första hand om de konsekvenser som substitutionsbehandlingen leder till. Frågorna 6-9 handlar om socialstyrelsens riktlinjer och vi satte dem under rubriken plikt. Frågorna 10-14 handlar om det sätt på vilket heroinmissbrukare blir behandlade i jämförelse med andra patientgrupper. Detta tema fick rubriken rättvisa.

Vi valde att inte skicka ut intervjuguiden till respondenterna i förväg för att få spontana svar, och för att observationerna blir nyansrikare, som mimik och tonfall.

7.5 Urval/population

Förutsättningen för genomförandet av vår studie var att de som skulle intervjuas var verksamma inom områden för substitutionsbehandling. Vi valde olika verksamhetsområden, såsom socialtjänsten, narkomanvården och substitutionsmottagningen, som alla har anknytning till substitutionsbehandlingen. Vi var angelägna om att respondenterna skulle ha mångårig erfarenhet inom missbrukarvården och vara väl förtrogna med dagens narkotikapolitik. Vi har intervjuat tre män och sex kvinnor.

Vi inledde vårt arbete med att kontakta två socialsekreterare som arbetar med samverkansprojekt mellan beroendesjukvård och socialtjänsten i Göteborg. De arbetar även aktivt med missbrukare aktuella för substitutionsavdelningen på Östra sjukhuset. Vi berättade om vårt projekt över en lunch. Vi fick hjälp med namnuppgifter på lämpliga personer att intervjuas. I

enlighet med kvalitativ datainsamlingsmetodik så skedde urvalet enligt selektiva principer (Svenning, 2003). Därför är det viktigt att välja personer som är relevanta att intervjua för att få så utförliga och detaljerade beskrivningar som möjligt (Larsson, 2005). Totalt elva personer kom att bli aktuella. Av dessa arbetade tre på substitutionsmottagningen, fyra på socialtjänsten och fyra på narkomanvården. Det blev ett bortfall på två personer, varav en från socialtjänsten och en från narkomanvården på grund av sjukdom. Vi kan i efterhand konstatera att bortfallet inte spelade så stor roll eftersom nio intervjuer kom att bli ganska lagom inom tidsramen och att det blev en jämn fördelning mellan yrkeskategorierna. Åtta av våra respondenter har socionomexamen, några med vidareutbildning i psykoterapi. Deras yrkestitlar varierade mellan socialsekreterare, förste socialsekreterare, enhetschef, och psykoterapeut.

En av respondenterna skilde sig från mängden i sin egenskap som psykologutbildad vård-
enhetschef på substitutionsmottagningen, Östra sjukhuset.

Vi har valt dessa tre yrkeskategorier för att i analysen jämföra deras åsikter och uppfattningar kring substitutionsbehandlingen och därmed få en brett spektrum på deras erfarenheter.

7.6 Datainsamling

Efter att ha bestämt vilket område vi skulle skriva om sökte vi igenom Libris och GUNDA för att samla in idéer och för att övertyga oss om att vårt ämne inte redan blivit uttömt av andra uppsatsskrivare. Vi sökte även igenom Gupea, (Göteborgs Universitets Publikationer – E -publicering och E-arkiv). Ämnet i stort har naturligtvis berörts i flertalet uppsatser tidigare, men vi fann en egen infallsvinkel. På biblioteket tillbringade vi långa stunder i jakt på relevant litteratur. Svårast var att hitta böcker om rättviseteorier, men efter några tips av vår handledare kom vi snart in på rätt spår. Vi kunde därefter lättare hitta mer material via information från olika författarnas referenslistor.

Vi bokade också en lektion på centralbiblioteket med bibliotekarien som lärde oss att söka i databaser vilket var lyckosamt eftersom det visade sig vara något krångligt. Hon var innan vi kom redan insatt i vårt ämne och kunde bistå oss med råd och tips. Vi fick också hjälp med att söka efter såväl svensk som utländsk forskning kring substitutionsbehandling.

Sökningar på Internet har varit till stor hjälp då vi kunnat ladda ner aktuella rapporter och vetenskapliga artiklar från exempelvis Socialstyrelsens hemsida. Vi har även hittat information på Läke-medelsverkets och Rättsmedicinalverkets hemsidor. ”Mobilisering mot narkotika” är en annan bra sida där det går att beställa hem rapporter, en möjlighet som vi använde oss av.

Vi märkte även att vi hade användning av många böcker som vi under utbildningens gång läst. Det glädde oss att de kom till nytta igen.

Det är viktigt att ha vissa förkunskaper om det aktuella området för att bättre förstå respondenternas situation. Det underlättar även tolkningen av det som sägs och man kan på ett mer professionellt sätt genomföra intervjun med relevanta följdfrågor och ta till sig relevanta fakta (Kvale, 1997).

7.7 Genomförandet av intervjuerna

De nio intervjuerna vi utfört har ägt rum på respektive respondents arbetsplats, antingen på deras rum eller i något slags mötesrum. En avslappnad och öppen samtalsatmosfär uppnåddes. Vi inledde med att presentera oss och berätta om syftet med vår uppsats. Vi ställde sedan frågan om det fanns några invändningar om vi använde bandspelare under intervjun. Alla med undantag från en accepterade att bandspelaren fick användas. För den som inte ville veta av någon bandspelare sa vi att vi nöjde oss med enbart skriftliga anteckningar. Fördelen med att vi spelade in intervjuerna var att vi hade möjlighet att återlyssna till intervjuerna och på så sätt vidga området för tolkningar. Intervjuerna transkriberades så snart som möjligt efter intervjutillfällena för att därigenom underlätta den senare analysen (Larsson, 2005).

Vi upplyste respondenterna om att de skulle få vara anonyma och som vi nämnt ovan var detta ett önskemål från två av intervjupersonerna. En av dessa hade önskemål om att läsa igenom materialet före den offentliga presentationen för att eventuellt kunna se vilka citat som personen står bakom. Dessa två personer var från narkomanvården. Vi deltog alla tre vid sju intervjuer men vid de två andra tillfällena var det endast två som deltog. Intervjuerna tog mellan 40- 90 minuter vardera. Vi började med en inledande fråga om deras profession och arbetsuppgifter, varefter vi formulerade våra frågor.

Vi upptäckte att det uppträdde vissa mäteffekter då vi ställde frågorna. Detta innebär att man tvingar fram ett svar på en fråga som intervjupersonen aldrig funderat över (Svennings, 2003). Flera frågor var av känslig natur och berörde personliga värderingar. Dessa frågor ledde till svar i vilka vi kunde ana intervjuareffekter som yttrade sig i tystnad eller ett frågande ansiktsuttryck, vilket medförde att intervjuaren antingen fick formulera om frågan eller med lämpliga associationer få respondenten att förstå innebörden av det som samtalet handlar om och därigenom underlätta för denna att avge en personlig kommentar (Svennings, 2003). Vi upplevde att vårt sätt att intervjua förbättrades allteftersom intervjuerna pågick.

Efter varje intervju erbjöd vi respondenterna att få ett exemplar av den färdiga uppsatsen, något som tacksamt accepterades av samtliga intervjupersoner.

Efter det att intervjuerna avslutats inleddes arbetet med att ordagrant skriva ned allt som sagts (Kvale, 1997). Därefter lyssnade vi än en gång på inspelningarna för att göra ändringar eller modifieringar i texten. Redan under denna inledning av arbetet kan transkriptionen i sig ses som en del av analysarbetet (Franséhn, 1997) eller som en tolkande process (Kvale, 1997).

Vi genomförde nio omfattande intervjuer med 14 frågor. Det blev tidsödande att transkribera materialet. Vi skapade begreppskategorier och sorterade in citaten under respektive begrepp. För att utföra detta krävdes genomläsning av materialet om och om igen eftersom gränserna är väldigt oklara till en början (Svennings, 2003). Man försöker med denna metod finna länkar mellan begreppen och se om man kan hitta citat som klart följer varandra eller hör ihop för att till slut leta efter citat som stödjer de olika teman (Svennings, 2003).

Respondenternas tonfall, röstläge, gester och mimik har vi klätt i ord och fogat in i den transkriptionen som kommentarer (inom parantes), allt i syfte att få en så allsidig bild som möjligt av respondenternas synsätt och föreställningar kring substitutionsbehandling.

Några standardmetoder för textanalys existerar inte i motsats till vad fallet är för statistisk analys (Kvale, 1997). Även om antalet respondenter är litet ansåg vi att man skulle kunna kategorisera respondenternas erfarenheter och synsätt med målsättningen att om möjligt kunna identifiera något slags mönster.

Analysen av materialet visar att samma person kan ha en eller flera motstridande uppfattningar (Franséhn, 1997). En metod utgår från föreställningen att en person samtidigt kan ge uttryck för skilda uppfattningar "röster". Vi har gått igenom texten åtskilliga gånger för att få grepp om innehållet i intervjuerna, en efter en. Därmed har vi försökt bokföra upprepade ord, fraser eller metaforer. Därefter har vi koncentrerat oss på hur den intervjuade upplevt och känner genom att studera på vilket sätt "jag" används under intervjun. Denna metod att "skala av" olika förhållningssätt, attityder och inställningar hos respondenten utgår delvis från *A Voice-Centered Relational Method* (Franséhn, 1997). Syfte med analysen var att finna samband mellan respondenternas yrkesmässiga attityder och de frågor som etik och rättvisa ger upphov till - förhållningssätt som kan rubriceras som empatiska, indifferentia eller ambivalenta (Franséhn, 1997).

En kommentar om den kvalitativa metoden:

"Man bör inte belasta den kvalitativa metoden med naiva förväntningar och orealistiska syften, men behöver för den skull inte förutsätta att människor är helt styrda av normer och det sociala sammanhanget" (Meeuwisse, 2001).

7.8 Etiska överväganden

Etiska överväganden kan inte sägas ske på något särskilt stadium vid en studie utan måste ideligen aktualiseras och beaktas under hela forskningsprocessen. Det är intervjuaren själv som är instrumentet vid förvärvandet av kunskap. Väsentligt är att intervjuaren har kännedom om värderingsfrågor, etiska riktlinjer och etiska teorier som kan vara ett stöd. De potentiella fördelar som ny kunskap ger undersökningsspersonen ska uppväga risken för skador som han eller hon kan drabbas av. Med detta synsätt kan ett beslut att genomföra undersökningen rättfärdigas. Forskaren bör även ta hänsyn till konsekvenser för grupper som de intervjuade representerar (Kvale, 2007).

Vi har bett alla informanterna att ge sitt tillstånd till intervjuerna, ett s.k. informerat samtycke. Detta samtycke innebär att vi informerar respondenter om undersökningens generella syfte och hur den är upplagd. Informanterna blev upplysta om att deltagande i intervjuerna är frivilligt och att de kan dra sig ur när de vill under undersökningens gång

Vi har tryggt konfidentialiteten i undersökningen så att undersökningsspersonerna inte ska kunna identifieras utifrån det material vi redovisat. Vi har inte skrivit ut deras namn utan enbart profession och verksamhetsområde till exempel socialsekreterare, narkomanvården. Vi har även valt att titulera vårdenhetschefen för socialsekreterare, vilket personen är upplyst om och har godkänt.

7.9 Validitet

Med hög validitet förstås i en studie som vår att frågeställningarna är tillämpliga på det område som är föremål för undersökningen. För att kunna visa att man undersökt det man avser att undersöka skall det finnas ett samband mellan empiri och teori (Svenning, 2003).

För att stärka validiteten i vår undersökning använde vi oss av samma frågeguide för alla respondenter. Vid intervjuer finns det en risk att egna upplevelser och tolkningar gör att validiteten går förlorad (Svenning, 2003). Validiteten beror även på intervjuarens skicklighet att ifrågasätta respondenterna huruvida tolkningen är den rätta (Kvale, 1997). Det har varit till stor hjälp för oss att vi spelade in intervjuerna på band. Genom upprepade återuppspelningar sökte vi komma fram till en gemensam tolkning av respondenternas svar.

Vi har använt oss av undersökningstriangulering vilket innebär att vi varit flera undersökningsspersoner vid intervjutillfällena samt vid analysen (Larsson, 2005). Detta har resulterat i att validiteten ökat då vi kunnat jämföra och förklara våra tolkningar med varandra. Det har blivit många diskussioner beträffande tolkningen av svaren, men vi tror att detta bidragit positivt till studiens validitet. Vi är övertygade om att vi hade fått tre olika resultat om var och en av oss skrivit på egen hand.

7.10 Reliabilitet

Med reliabilitet menas att de data som insamlats uppfyller kravet på tillförlitlighet och inte störs av variationer i tid, plats eller intervjuteknik (Svenning, 2005). Då vi gjort en kvalitativ undersökning är det svårt att svara på om resultatet hade blivit annorlunda om undersökningen utförts av någon annan eller vid en annan tidpunkt. Vi är medvetna om att vi i viss mån påverkats och i princip tvingats fram svar på några av frågorna då de var väldigt känsliga. Det kan hända att vi fick svar som respondenten skulle svara något helt annat på om det handlat om en kvantitativ undersökning där de i lugn och ro kunnat sitta och tänka efter vad de egentligen ansåg. Vi tror ändå att svaren var ärliga beroende på att de fick vara anonyma. Vid vissa tillfällen under intervjuernas gång uppstod även intervjuareffekter genom att vi bröt tystnaden och hjälpte dem lite på traven. Ju fler intervjuer vi gjorde desto mer avtog vår inverkan på respondenterna då vi gav dem mer egen tid att fundera under. Vi märkte då att vi fick mer oväntade och spontana svar. Återigen vill vi påpeka det positiva att vara tre i undersökargruppen: dels den minskade risken att göra feltolkningar och dels hjälpen till varandra att förbättra intervjuartekniken.

7.11 Generaliserbarhet

Vi har inte haft som ambition att dra några generella eller allmängiltiga slutsatser. Vår urvalsgrupp utgörs av ett fåtal personer vilket försvårar generaliserbarheten (Svennings 2003).

8. ANALYS OCH RESULTAT

8.1 Presentation av Respondenterna

Vi beslöt oss för att säkerställa anonymiteten för respondenterna genom att begränsa oss till att endast ange deras verksamhetsområden. Samtliga respondenter har tilldelats titeln socialsekreterare samt benämningen på respektive verksamhetsområde. Nedan presenterar vi kort respektive verksamhet.

Substitutionsmottagningen

Vi har intervjuat tre personer från substitutionsmottagningen, en vårdenhetschef samt två socialsekreterare placerade på beroendekliniken, Östra sjukhuset. Här ligger avdelning 369 som består av 10 platser för planerad narkotikaavgiftning, abstinensbehandling samt inställning på Subutex och metadon. I anslutning till avdelning 369 ligger substitutionsmottagningen som i dagsläget tar emot patienter i öppenvård då de är inskrivna i Subutex eller metadonbehandling (Pettersson & Karlsson, 2007).

Socialtjänsten

Göteborgs stad har 21 stadsdelsförvaltningar. Individ och Familjeomsorgen (IFO) är en del av stadsdelsförvaltningarnas ansvarsområden. Vuxenenheter tar ansvar för personer med missbruksproblematik och ser bland annat till att de får den hjälp de behöver i enlighet med SoL (Pettersson & Karlsson, 2007).

Narkomanvården

Narkomanvården i Göteborg vänder sig till narkotikamissbrukare över 18 år, och även till anhöriga. De erbjuder kostnadsfri kvalificerad samtalsbehandling, viss medicinsk rådgivning och möjlighet till provtagning (Pettersson & Karlsson, 2007), kontakten med narkomanvården är frivillig.

8.2 Värderingar om substitutionsbehandling

Utifrån det material som vi har fått fram från våra intervjuer beträffande värderingar om substitutionsbehandling kan vi urskilja tre grupper vars inställningar till substitutionsbehandling till stor del skiljer sig åt. Nedan har vi valt att skilja på dessa tre synsätt under rubrikerna *Det överlägset bästa, bra behandling med modifikation och kritiska röster*. Vi har lagt upp strukturen på följande sätt då vi först presenterar varje citat med en inledning. Därefter gör vi ett förtydligande av citatet för att till sist koppla till tidigare forskning samt teori.

Det överlägset bästa

Citaten nedan visar på en respondent som uttrycker sin positiva inställning till substitutionsbehandling.

Jag har ju sett att man kommer igång och kan fungera normalt under substitutionsbehandling. Jag ser stora skillnader man kan leva ett värdigare liv, möjlighet till både arbete och bostad som inte funnits möjlighet till innan. Jag är en av dem från socialtjänsten som har varit väldigt kritisk till substitutionsbehandling, men jag har ändrat mig helt, jag är väldigt för det när jag ser hur det fungerar.

/Socialsekreterare, socialtjänsten

Respondenten uttrycker sin ändrade inställning till behandlingen och ser enbart positiva effekter och menar i det här fallet att klienter som får substitutionsbehandling har allt att vinna och kan leva ett normalt liv med chans till sysselsättning och bostad, som inte hade varit möjligt utan behandling.

Kopplat till tidigare forskning var socialtjänsten tidigare motståndare till substitutionsbehandling och alla 21 stadsdelsnämnder i Göteborg skrev 2002 på ett protestbrev där man tydligt uttryckte att man inte tänkte samarbeta beträffande substitutionsbehandling (Pettersson & Karlsson, 2007). Det fanns en oro för medikalisering och att underhållsbehandling skulle bli den enda behandling som skulle erbjudas för heroinmissbrukare (Svensson, 2005). Motståndet har numera upphört och samtliga stadsdelsnämnder är samarbetsvilliga. Skälen till deras förändrade syn beror sannolikt på en kombination av ett ökat antal heroinmissbrukare på 2000-talet samt ett starkt vetenskapligt stöd för substitutionsbehandlingens effektivitet (Pettersson & Karlsson, 2007).

För att koppla citatet ovan till teori skall man enligt nyttoetiken handla på ett sådant sätt som gör att man uppnår lust och som minskar människors lidande (Dunér & Nordström, 2005), vilket respondenten i citatet ovan menar att man gör då klienten får substitutionsbehandling. Respondenten menar att konsekvensen av behandlingen leder till ett värdigare liv med fler möjligheter.

Nedan följer ett citat från en socialsekreterare som delar tidigare respondents uppfattning men tillägger att det är det överlägset bästa resultatet.

Det överlägset bästa resultatet för att man kvarstår i behandling och att missbruket upphör och att man får ordning på livet. Det är en jättebra behandlingsmetod.

/Socialsekreterare, substitutionsmottagningen

Respondenten som uttrycket detta svar har en mycket positiv bild av substitutionsbehandling och efter att ha arbetat många år ser respondenten en skillnad på klienterna som fått chansen att komma in i behandling. I sammanhanget uttryckte respondenten sin åsikt om att inga andra behandlingsmetoder leder till bättre konsekvenser.

Kopplat till teori så är det enligt konsekvensetikerna rätt att utföra en handling om det inte finns något annat alternativ som medför bättre konsekvenser (Tännsjö, 1998). *Konsekvens-etiken* även kallad *nyttoetiken (utilitarism)* lägger vikten på det som blir följden av våra handlingar. Detta skall man tänka på innan man utför olika handlingsalternativ. De handlingar som utförs bör leda till så bra konsekvenser som möjligt och den bästa handlingen är det samma som den nyttigaste handlingen (Dunér & Nordström, 2005).

Heling har i en studie kommit fram till att substitutionsbehandling med metadon och Subutex har entydigt evidensstöd vid heroinnarkomani (Heilig, 2006), och från en rapport från socialstyrelsen framkommer att flertalet klienter som ingår i substitutionsbehandling uppnår förbättrad social situation som omfattar boende, arbete, sociala relationer, hälsa och missbruk (Socialstyrelsen, 1997).

Den tredje respondenten menar utifrån citatet nedan att substitutionsbehandling är totalt avgörande för att dessa klienter skall kunna återgå till ett normalt liv och kunna göra rätt för sig i samhället.

Totalt avgörande för att dom skall kunna leva ett liv som föräldrar, arbetstagare och skattebetalare.

/Socialsekreterare, substitutionsmottagningen

Ur intervjusammanhanget framkom att respondenten till ovanstående citat såg substitutionsbehandling som det enda alternativet för att heroinmissbrukaren ska kunna få ett normalt liv, och intervjupersonen hade inga som helst invändningar mot programmet. Respondenten menade också att det leder till nytta både på individ och på samhällsnivå då klienten kan börja arbeta och försörja sig själv samt betala skatt. Detta resonemang styrks i Leif Grönbladhs avhandling där det står att 70-80 procent av patienter som har fått substitutionsbehandling efter några års behandling uppnått ett arbete eller påbörjat studier (Grönblad, 2004).

Resonemanget kan vidare kopplas till den mest kända inriktningen inom konsekvensetikerna kallas utilitarism vilken kommer från det latinska ordet *utilitas* som betyder nytta (Dunér & Nordström, 2005). Utilitarismens mest kända tes är: "Att skapa största möjliga nytta och lycka för största antalet människor" (Dunér & Nordström, 2005 sid. 43). Då klienten påbörjat substitutionsbehandling ökar chansen till ett normalt liv vilket oftast leder till att komma igång och arbeta samt betala skatt. Detta blir till gagn för både individen själv samt samhället i stort.

Utifrån ovanstående är det lämpligt att koppla konsekvensetiken till respondenternas tankar och värderingar om substitutionsbehandlingens positiva konsekvenser och de vinster den medför. Respondenterna till dessa citat ser inte att någon annan alternativ behandling skulle kunna medföra bättre konsekvenser.

Bra behandling med modifikation

Den andra gruppen vi kunde urskilja var även de positivt inställda till substitutionsbehandling, men med vissa förbehåll.

Den första respondenten i denna grupp är inte lika övertygad som gruppen innan att substitutionsbehandling leder till ett helt normalt liv.

Ja alltså från missbrukarens sida så är ju fördelarna att de slipper härja med kriminalitet och droger utan de går ju in i en mer lugnare fas som vi då också möter på socialkontoret. Det går ju så att säga att jobba på ett annat sätt. Då kan vi på socialtjänsten satsa mer på att det blir lite mer ordning i deras liv med boendet och kanske sysselsättning. Lite mer innehåll.

/Socialsekreterare, socialtjänsten

Respondenten ovan upplever att substitutionsbehandling många gånger är bra i och med att det dämpar suget efter heroin och klienten därmed går in i en lugnare fas där han eller hon slipper härja med droger och kriminalitet. På så sätt leder det också till en möjlig ingång för de professionella att jobba med klienten då denne ofta är mer intresserad av hjälp när heroinsuget försvinner. Till skillnad från föregående grupp vittnar detta citatet om att respondenten anser att behandling med Subutex och metadon har många kvalitéer men respondenten är inte lika entusiastisk. Det finns alltså en typ av försiktighet i respondentens uttalanden som vi inte kunde känna igen hos den tidigare gruppen.

Nedan följer ytterligare ett citat i samma riktning.

Väldigt potent medel. Fungerar för väldigt många som tror på det men allt har en baksida, även solen. Nej, men Subutex är väl bra på det sättet men inte för alla. Visst det tar bort suget efter det här heroinet, man har hjälp i det.

/Socialsekreterare, narkomanvården

Respondenten ser att substitutionsbehandling inte är en universalbehandling, alltså att den inte passar för alla. Intervjupersonen uttrycker också att Subutex är ett verkfullt medel men att även det har en baksida. Respondenten menar att medlet tar bort beroendet och att klienten på så sätt kan hantera sin situation bättre. Samtidigt har personer som har missbrukat en längre tid "slagit sönder" mycket av sig själva, sina relationer och sitt sociala liv. Det respondenten menar är att det krävs så mycket mer än det verksamma medlet i sig för att en lyckat behandling ska komma till stånd.

Trots att behandling med metadon och Subutex tidigt visade på goda resultat kvarstod motståndet, inte minst från socialtjänsten samt narkomanvården, tills för bara några år sedan (Johnson, 2005). Vi kan från de två ovanstående citat ana att det fortfarande råder en viss tvekan mot substitutionsbehandling.

Respondenten nedan uttrycker att substitutionsbehandlingen är avgörande, men att den inte leder till så mycket mer.

Sen har vi den stora gruppen patienter där det ändå är avgörande med substitutionsbehandling för de har kommit ifrån sitt missbruk, de slipper kriminaliteten och prostitution. Men de kommer inte riktigt igång med sina liv, vad skall man säga med liv? Ja med sysselsättningsproblem, de mår inte riktigt bra psykiskt, svårt att hitta sin plats i samhället.

(Socialsekreterare, substitutionsmottagningen)

Respondenten menar att substitutionsbehandlingen får klienten att upphöra med sitt missbruk men att det finns mycket annat som man också måste arbeta med. Respondenten menar att substitutionsbehandling är bra men lång ifrån heltäckande.

Kahn skriver just om hur det är för klienter som nyligen påbörjat behandling. De befinner sig i ett mycket sårbart läge med bräcklig ångest och frustrationstolerans. Verkligheten, som klienten tidigare har kunna hålla borta med hjälp av droger kommer nu upp till ytan och de möter ångest, smärta, en raserad social situation och förstörda relationer (Kahn, 2006). Men Svensson, (2005) menar att man måste jämföra med hur det är att vara aktiv missbrukare. Han skriver bland annat att heroinmissbruk leder till en mängd sociala problem, inte bara för brukaren som individ utan för hela samhället i stort. Bara för att ta några exempel leder ofta heroinmissbruk till ökad sjuklighet i form av hiv och livshotande lever-sjukdomar som hepatit. För att kunna finansiera det kostsamma heroinmissbruket är en vanlig inkomstkälla kriminella handlingar som kostar samhället enormt mycket pengar. Kvinnliga brukare av heroin är en mycket utsatt grupp vilka i många fall tvingas att sälja sina kroppar för att kunna finansiera missbruket (Svensson, 2005). Svensson menar att man får väga lust mot olust och välja det alternativ som ändå är det bästa. Detta kan vi även koppla till harm reduction som är en teori som menar att narkotika och missbruk alltid kommer att finnas i samhället och att man därför bör mildra de negativa skador som uppkommer av

missbruket, såväl för missbrukaren som för samhället i stort (Johnson, 2005), vilket sker i och med substitutionsbehandling.

Kritiska röster

Den tredje gruppen vi kan utläsa utmärker sig med att ge mer kritik till substitutionsbehandlingen och menar att den brister på många punkter. De berättar också att de inte anser att den passar alla. Respondenten nedan uttrycker det så här.

För lite psykosocialt stöd i programmet och det är svårt för klienterna att anpassa sig till alla regler som följer med behandlingen. De blir också känslomässigt avtrubbade och där sexualiteten försämras. Och sen är det också det här med att det är en livslång behandling som det är svårt att ta sig ur.

(Socialsekreterare, narkomanvården)

Respondenten säger att det är svårt för klienten att anpassa sig till alla regler när klienten är inne i behandling. Respondenten tog som exempel samtalskontakten med narkomanvården, och menade vidare att det är för många olika ställen klienten skall springa mellan. Respondenten uttryckte även att det är svårt att ha terapisaftal med klienterna då deras känsloliv förändras i och med metadonet.

Svensson, (2005) skriver beträffande metadondebatten att kritiken mot metadonprogrammet är en blandning av narkotikapolitiska, vårdideologiska och medicinska argument. Ett av de argumenten han nämner är att metadonet gör patienterna känslomässigt avtrubbade och har i övrigt omfattande biverkningar (Svensson, 2005), vilket respondenten i citatet ovanför nämner. Pettersson & Karlsson, (2007) skriver att historiskt sett har även Göteborgs narkomanvårdsgrupper varit mycket negativt inställda till substitutionsbehandling. De hade en ideologisk uppfattning om att metadon var en ersättningsdrog som påverkade klienten så kraftigt att det inte var någon mening att ha samtalsbehandling (Pettersson & Karlsson, 2007).

Nedan följer ett citat som starkt visar på en socialsekreterare från narkomanvården som är mycket för alternativa behandlingsmetoder i första hand.

Idag vet vi att substitutionsbehandlingen för många är livslång. Jag anser att socialtjänsten har ett ansvar att faktiskt visa på och erbjuda alternativ inom spektra av behandling innan substitutionsbehand-

lingen. För mig personligen känns det inte riktigt okej att säga till en tjugohåring att substitutionsbehandling är det enda alternativet.

/Socialsekreterare, narkomanvården

Respondenten påpekar att behandlingen är livslång och anser inte att det är okej att föreslå en sådan behandling innan andra alternativa behandlingsmetoder prövats.

Den senaste gruppen av respondenter har ett mer kritiskt synsätt gentemot substitutionsbehandling och detta kan kopplas till dem som har invändningar mot utilitarismen det vill säga nyttoetiken. Tännsjö uttrycker det så här.

Utilitarismen kan för många framstå som självklar. Det är få personer som invänder mot att man skall handla på ett sådant sätt så att resultatet av ens handlande blir så lyckat som möjligt, men det finns trots detta invändningar mot utilitarismen. Invändningar pekar mot andra moralläror som försöker ge ett annat och bättre alternativ. En invändning är att vi inte kan vara säkra på att vi handlat rätt om vi inte är helt på det klara med att alla andra alternativa lösningar skulle medfört sämre konsekvenser. Ett problem är att det kan vara svårt att förutse vilka konsekvenser en handling kommer att leda till (Tännsjö, 2000).

8.3. Sammanfattning av första resultatdelen

Man kan utifrån materialet utläsa att det finns tre röster från de intervjuade yrkesgrupperna beträffande substitutionsbehandling. Den första gruppen, socialsekreterarna från substitutionsmottagningen, uttrycker att substitutionsbehandlingen är en fantastisk behandlingsmetod. De beskriver att substitutionsbehandling är det totalt avgörande och det överlägset bästa behandlingsalternativet för att kunna leva ett normalt liv samt att de som får behandlingen får ordning på livet i form av familj, arbete med mera.

Den andra gruppen, socialsekreterare från socialtjänsten, är positivt inställda till substitutionsbehandlingen, men ser inte substitutionsbehandlingen som en universalbehandling. De liksom tidigare grupp ser alla fördelar såsom minskad kriminalitet och, boende samt sysselsättning men tillägger att det blir "lite mer" ordning på livet och "lite mer" innehåll. Utifrån detta kan man utläsa att socialtjänsten ser substitutionsbehandling som ett bra behandlingsalternativ men att klienterna inte riktigt uppnår det optimala levnadsförhållandena.

Den tredje gruppen, socialsekreterare från narkomanvården, är även de för substitutionsbehandlingen vara, och anser att det är ett potent medel, men uttrycker även att den har en baksida och att den inte passar alla. De beskriver vidare att det är för lite psykosocialt stöd i programmet. Respondenterna från narkomanvården lyfter även fram åsikter som att klienterna blir känslomässigt avtrubbade samt poängterar att substitutionsbehandling är en livslång behandling. Framkommer gör också att respondenterna från narkomanvården anser att socialtjänsten faktiskt har ett ansvar att kunna erbjuda andra alternativa behandlingsmetoder innan substitutionsbehandling.

För inte så länge sedan fanns det ett starkt motstånd mot substitutionsbehandling i Göteborg från socialtjänstens samt narkomanvårdens sida (Pettersson & Karlsson, 2007). Resultatet visar att dessa två yrkesgrupper, speciellt socialtjänsten, gått mot en mer positiv inställning till substitutionsbehandlingen och dess konsekvenser.

Utifrån undersökningens resultat kan man förknippa yrkesgruppen från substitutionsmottagningen och till viss del socialtjänsten med konsekvensetikerna som enligt nyttoetiken handlar utifrån ett sätt som ökar lust och minskar människors lidande och samtidigt tar hänsyn till alla inblandade parter (Dunér & Nordström, 2005). Narkomanvården däremot skulle hamna under den kategori som ställer sig emot utilitarismen, de som pekar mot andra moraläror, och försöker ge förslag på ett annat och bättre behandlingsalternativ, vilket medför bättre konsekvenser. De menar att man inte kan vara helt säker på att man handlar rätt innan man prövat andra alternativ som inte ger bättre konsekvenser (Dunér & Nordström, 2005).

8.4 Socialstyrelsens riktlinjer

Detta avsnitt är disponerat på liknande sätt som föregående men här kommer vi belysa hur våra respondenter resonerade om socialstyrelsens kriterier beträffande klienter aktuella för substitutionsbehandling. Till skillnad från föregående har vi valt att dela in respondenternas svar i två kategorier.

Det rådde många och delade meningar angående socialstyrelsens kriterier men på det stora hela visade det sig att alla ansåg att det måste finnas vissa grundläggande regler, dels för att kunna luta sig emot men samtidigt för att skydda klienterna och för att det skall bli en rättvis bedömning. Det var några av kriterierna som dock var väldigt omdiskuterade och vi har kunnat urskilja två olika ståndpunkter som vi nedan har valt att kategorisera under *klientorienterad* och *regelstyrd*. Under klientorienterad kommer vi kategorisera de respondenter som i vissa fall anser att man kan tumma på regelverket om det gagnar klienten. En del av dessa klientorienterade respondenter menar att vissa av kriterierna även borde förkastas, att de inte är etiskt försvarbara. Under regelstyrd placerar vi de som menar att kriterierna eller reglerna är där för att följas oavsett konsekvens, då man menar att reglerna i grund och botten gör något gott. Vi kan koppla dessa mer regelstyrda respondenter till pliktetiken. En plikt ska hjälpa oss att komma fram till vad som är rätt att göra i en situation. Därmed betyder det inte att vi först och främst ska förhålla oss till vad som är det goda eller det bästa när vi gör vår plikt. Istället tänker man som pliktetiker att det goda är en följd av att vi gör det rätta (Henriksen, Vetlesen, 2001).

Klientorienterad

Respondenten nedan belyser att bedömningarna görs individuellt, och i vissa fall måste de se till individen och bortse från socialstyrelsens riktlinjer.

Det saknades 2-årig dokumentation i ett fall men man bedömde att per-

sonen var i så dåligt skick så att han fick behandling ändå. I detta fall satte man socialstyrelsens riktlinjer åt sidan genom att göra en dispensansökan.

/Socialsekreterare, substitutionsmottagningen

Citatet ovan belyser hur man i ett ärende bestämde sig för att gå ifrån regeln om att det ska finnas ett dokumenterat missbruk på minst 2 år innan man kan bevilja substitutionsbehandling. Man bedömde i det här fallet att klienten i fråga var så pass illa däran och satte därför riktlinjerna åt sidan. Detta menar vi belyser ett klientorienterat förhållningssätt genom att man väljer bort riktlinjerna för att i det här fallet skydda klienten.

Kopplat till teori kan man säga att de yrkesverksamma i detta fall handlar efter en rättvise-teori. En rättvis sjukvård innebär att alla skall garanteras vård och omsorg på lika villkor. Uppfattningen bygger på att alla människor har samma rättigheter oavsett ålder, kön, begåvning och så vidare (Hedengren, 2005). I ovannämnt fall bortser man från plikter och regler för att istället behandla klienten utifrån vad man anser är rättvist.

I nedanstående citat har vi ett exempel på hur en respondent resonerar kring kriteriet uteslutning.

Det finns kriterier jag inte ställer upp på till exempel finns det ju det med exklusion och i uteslutningskriterierna står det att de som har varit frånvarande från behandlingen i en vecka åker ut. Jag kan känna att det inte är etiskt korrekt, alltså, har patienten inte kommit på en hel vecka då är dom döda, vi har bestämt oss för att vår gräns går vid två dagar sen måste vi liksom agera eller göra någonting, efterlysa dem eller nåt, det kanske vi gör redan efter en dag om vi är oroliga.

/Socialsekreterare, substitutionsmottagningen

Respondenten ovan uttrycker att det är etiskt oförsvarbart att utesluta en klient från programmet på grund av att de inte har kommit till mottagningen och hämtat sin medicin på en vecka. Respondenten tänker steget längre än så och menar att det är viktigare att ta reda på vad som har hänt med klienten istället för att bara följa reglerna och skriva ut någon. I sammanhanget under intervjun menade responderten att då klienter i detta fallet är oerhört beroende av sin medicin för att fungera, kan man befara att något allvarligt har hänt då de inte kommer. Citatet visar tydligt på ett klientorienterat synsätt där man återigen åsidosätter socialstyrelsens riktlinjer.

Pliktetiken och konsekvensetiken kan ofta ställas mot varandra. En pliktetiker ser plikten som absolut, vilket innebär att vi inte kan välja att säga att den enbart gäller i de fall de passar oss, utan ställer oss också inför vissa krav som det är omöjligt att bortse från. Plikten skall hjälpa oss att komma fram till vad som är rätt att göra i en situation. En pliktetiker tänker att det goda blir en följd av att vi gör det rätta (Henriksen & Vetlesen, 2001). En konsekvensetiker däremot bedömer sin handling utefter vilka konsekvenser den får (Duner

& Nordström, 2005), vilket visar sig i detta fall då personalen på substitutionsmottagningen handlar efter vad de anser vara etiskt korrekt i förhållande till konsekvensen. Har klienten inte kommit till mottagningen på en vecka är de redan döda menar de, och måste därför sätta socialstyrelsens riktlinjer åt sidan och handla tidigare utefter konsekvensetiken.

Citatet nedan belyser vad en respondent ansåg borde läggas till i socialstyrelsens riktlinjer.

Det jag anser saknas är sanktioner. Till exempel om socialtjänsten väljer att inte handlägga ett ärende då anser jag att det borde finnas sanktioner. Man skall ha riktlinjer som är en typ av lag.

/Socialsekreterare, substitutionsmottagningen

Respondenten menar att det även ska finnas påföljder för yrkesverksamma som väljer att inte handlägga ett ärende. Problemet är att det inte finns några tydliga regler som talar om i vilken utsträckning socialsekreteraren tvingas öppna en utredning beträffande substitutionsbehandling. Respondenten uttrycker i intervjun en frustration över alla de regler och krav som finns gentemot klienten i socialstyrelsens riktlinjer och efterlyser fler klara regler för de yrkesverksamma.

Vad respondenten ovan uttrycker stärks av det som Pettersson & Karlsson, (2007) menar då det skriver att socialt arbete saknar en sammanhållen teoretisk grundmodell vilket innebär att socialsekreteraren mer eller mindre medvetet väljer den metod eller teori som hon anser passar bäst. De beslut som fattas inom verksamhetens ram kan därför komma att påverkas av socialsekreterarens egen moral och värderingar.

Om man ska koppla teori till det som respondenten ovan menar, stämmer detta bra överens med Kants tolkning av pliktetiken och den version av det kategoriska imperativet som man brukar kalla generaliserbarhetsargumentet. Med generaliserbarhetsargumentet menas att man ska kunna önska sig att den handling man utför ska bli en allmän lag och att alla andra alltid handlar på samma sätt vid en liknande situation (Tännsjö, 2000). I citatet ovan uttrycker respondenten en önskan om att det ska finnas en tydligare gemensam värdegrund att handla utefter, så det blir rättvist.

Citatet som följer beskriver respondentens känslor utifrån att klienter skrivs ut ur programmet på grund av misskötsamhet.

Inte humant eller etiskt riktigt att skriva ut folk, och till vad skriver man ut folk? Vi vårdmänniskor tror vi är gud fader själva, vi objektifierar folk. Vi skall behandla dem som vi själva vill bli behandlade. Moralisk panik om heroin. De är samhällets paria. Världen är full av tyckare, det är inte etiskt rätt att skriva ut. De borde skrivas in istället om de utsätts för medicinsk risk, det är en paradox de borde då istället få LPT om de skrivs ut ur behandlingen.

/Socialsekreterare, narkomanvården

Respondenten uttrycker en stark kritik mot moralismen som råder kring missbrukare och tycker att det är etiskt oriktigt att skriva ut klienter på grund av att de visar tecken på sin sjukdom. Hade de inte haft problem med missbruk, menar respondenten, hade de inte varit i behandlingen från första början. I stället för att straffa borde man hjälpa dem till ny behandling. Detta synsätt stämmer bra överens med det som Johnson, (2005), uttalat om att ifall beroende är en sjukdom skall missbruksvården uppfylla Hälso- och sjukvårdslagen, vilken bland annat säger att vården skall vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig och tillgodose patienternas behov. Missbruksvården uppfyller inte dessa krav och är allt annat än lätt tillgänglig vilket är problematiskt utifrån sjukdomsperspektivet. Parallellen mellan kroniska sjukdomar och drogberoende ger oss anledning att fundera över varför beroende ofta behandlas annorlunda än andra sjukdomar. Vid fullt utvecklat beroende är det inte ovanligt att missbrukaren får återfall oavsett om klienten är inne i substitutionsprogrammet eller ej. Att eftersträva absolut drogfrihet är inte realistiskt i dessa fall och att tvångsutskrivas ur programmet på grund av återfall kan starkt ifrågasättas utifrån sjukdomsperspektivet (Johnson, 2005).

Regelstyrd

Respondenten nedan anser att det är viktigt att socialstyrelsens riktlinjer finns och följs även om de ibland strider mot egna värderingar och tankar.

Det har hänt att jag tvingats handla på ett sätt som strider mot mina egna värderingar på grund av att jag måste följa socialstyrelsens riktlinjer och det är inte roligt, men jag tycker ändå att det är riktigt för annars så blir det liksom att den som pratar bäst och vackrast och har mest tyngd i orden får in sina i programmet men inte andra och det tycker inte jag är ok även om jag vill ha in mina förstås, (skratt).

/Socialsekreterare, socialtjänsten

Respondenten ovan berättar att det har uppkommit situationer då riktlinjerna för läkemedelsassisterad underhållsbehandling går emot ens egna värderingar, men att det ändå finns en poäng i reglerna eftersom det annars skulle bli en väldigt orättvis handläggning beträffande vilka som skulle få komma in i programmet. Finns det inte kriterier som tydligt talar om vad som måste uppfyllas för att en klient ska bli beviljad substitutionsbehandling, kan det sluta med att den yrkesverksamma som har mest tyngd i orden får in sina klienter. Exemplet ovan visar på ett regelstyrt förhållningssätt. Här ser respondenten en vikt i att reglerna följs även om det ibland strider mot vad man själv tycker.

Kopplat till pliketiken är en handling påbjuden eller förbjuden oavsett vilka konsekvenser som följer av handlingen. Man utgår vidare från att det finne en kvalité eller egenskap i själva handlingen eller regeln, vilket kan avgöra om den är rätt eller fel. Man kan säga att när man gör något av plikt så har man en tydlig typ av motivation för sin handling, och

känndomen om vad som är ens plikt är därmed handlingsmotiverande (Henriksen & Vetlesen, 2001). Citatets respondent menar att man ska följa socialtjänstens regler oavsett vilka konsekvenser som följer då kvalitén i denna handling i slutändan medför någon typ av likhet för alla.

Nedan följer en socialsekreterares tankar om socialstyrelsens kriterier som respondenten menar inte följs så som det är tänkt.

De åker sällan ur, det är inte så strängt som man tror om man tänker på socialstyrelsens regler. Jag tycker att de får många chanser innan de åker ur. Däremot vet jag folk som blivit utskrivna under inställningstiden beroende på att de tagit in otillåtna medel, och så måste det vara. Jag har erfarenhet av att en del får chans på chans på chans och det gör det svårarbetat för socialtjänsten. Vi måste placera klienten i drogfröboenden, klienten ifråga röker cannabis och går på metadonprogrammet och så länge då sjukvården bedömer att man får gå kvar i behandling är det svårt för oss på socialtjänsten att säga att du inte får bo kvar. Det bli väldigt dubbelt där. Vad jag hade velat är att sjukvården är mer konsekventa. Det blir ingen nästa gång utan den här gången får du. Du får möjlighet att ligga inne på avgiftning och sen kör vi på programmet klarar man inte det då tycker jag att man skall stå för det.

/Socialsekreterare, socialtjänsten

Ovan är ett exempel på en respondent som förespråkar ett mer strikt förhållningssätt när det gäller utskrivningsförfarandet. Respondenten efterfrågar ett mer konsekvent handlingsförfarande från både sjukvårdens och socialtjänstens sida. Respondenten menar att det blir svårt om man inte följer kriterierna på samma sätt.

Kant menar att man alltid ska handla på ett sätt som gör att man kan önska sig att ens handling eller plikt blir till en allmän lag och att andra alltid handlar på samma sätt vid liknade situationer (Tännsjö, 2000). Plikten är absolut, vilket innebär att vi inte kan säga att den gäller bara i de situationer som vi själv tycker är lämpliga (Henriksen & Vetlesen, 2001). Kopplar man de här meningarna om pliketiken till vår respondents tankar menar respondenten att riktlinjerna också borde ses som absoluta och följas lika strikt från sjukvårdens som från socialtjänstens sida.

8.5 Sammanfattning av andra resultatdelen

Man kan utifrån materialet utläsa att det inte råder något tvivel om att det måste finnas någon typ av riktlinjer för de professionella att förhålla sig till beträffande substitutionsbehandling. Respondenterna från de respektive yrkeskategorierna uttalar även här åsikter som gör att man kan hitta ett slags mönster. Den första gruppen man kan utläsa är de som arbetar på substitutionsmottagningen. Respondenterna uttrycker att de anser att socialstyrelsens regler är för hårda gentemot klienten och att de i vissa fall sätter reglerna åt sidan för att kunna hjälpa klienten på bästa sätt. De menar också att det borde finnas mer regler gentemot de professionella beträffande handläggning i ärenden, vilket skulle leda till en mer rättvis bedömning.

Den andra gruppen, socialtjänsten och även till viss del narkomanvården anser att reglerna är till för att följas och antyder även att klienterna får många chanser innan de skrivs ut i samband med återfall i missbruk. Respondenterna från denna gruppering eftersträvar även att personalen på substitutionsmottagningen skall följa reglerna mer konsekvent för att på så sätt underlätta samarbetet. De menar att klienterna får chans på chans vilket leder till svårigheter eftersom socialtjänsten måste placera klienten på drogfria boenden under behandlingstiden. Det blir dubbelmoral.

Resultatet kan kopplas till argumentet att pliktetiken och konsekvensetiken ofta står mot varandra. En pliktetiker ser plikten som absolut, vilket innebär att vi inte kan välja att säga att den enbart gäller i de fall de passar, utan ställer vissa krav som det är omöjligt att bortse från (Henriksen & Vetlesen, 2001). En konsekvensetiker däremot bedömer sin handling utefter vilka konsekvenser den får (Duner & Nordsröm, 2005), vilket visar sig i resultatet av analysen stämma in på socialsekreterarna verksamma på substitutionsmottagningen. De handlar utifrån vad de anser vara etiskt korrekt i förhållande till konsekvensen, och bortser i vissa fall från plikten.

8.6 Åsikter om jämlikhet inom vård och behandling

Detta avsnitt har disponerats liksom de två föregående, men här belyses värderingar, etiska dilemman och prioriteringar inom vård och behandling. Vi har i detta avsnitt valt att kategorisera respondenternas svar under fyra teman.

Ur intervjumaterialet har vi kunnat lyfta fram ett antal personliga uppfattningar som bildar ett mer eller mindre tydligt mönster. En inställning är klart dominerande och formuleras av flera respondenter i påfallande kategoriska ordalag (åtta av de nio respondenterna), nämligen att heroinmissbrukarna inte behandlas på ett jämlikt sätt i jämförelse med andra vårdgrupper. I synnerhet bedöms väntetiderna vara extremt långa för heroinmissbrukarna. En svagt avvikande uppfattning om detta, som alltså en minoritet av de intervjuade hyser, är att man kan tala om ojämlikhet också för andra vårdgrupper som står länge i kön, t.ex. de äldre. En annan åsikt hör samman med prioriteringsproblem när det råder resursbrist. Ungefär hälften av respondenterna ansåg att dylika valsituationer inte borde få förekomma över huvudtaget medan de övriga menade att det är sjukdomens svårighetsgrad som är avgörande. En annan uppfattning berörde problemen kring prioriteringar. Vi har också fått det intrycket att alla respondenter har den uppfattningen att personligt ansvar för uppkomst av drogmissbruk överskuggas av olyckliga omständigheter eller händelser utom kontroll eller annorlunda uttryckt: ”missbruk är inte är något man väljer”. En iakttagelse som flera av respondenterna ville dela med sig är att heroinmissbrukarna möts med visst avståndstagande på vårdcentralen och att det händer att anställda vill bli av med som fort som möjligt.

Nedan har vi valt följande kategoriseringar av ovanstående uppfattningar: *orättvis behandling, rättvisa med vissa förbehåll, prioritering och ansvar.*

Orättvis behandling

Klientgruppen heroinmissbrukare särbehandlas inom vården på grund av deras problematik. Detta menar åtta av våra nio respondenter. Vi har valt att belysa detta med tre mycket talande citat från respondenterna.

Min känsla är ju att det här är en grupp som är extremt marginaliserad inom alla former av vård och att kan man, så väljer man bort den. Det är tufft att jobba med dem, för att det är ett missbruk som gör att man sitter med döden i rummet, det är tufft. Det blir ju inte bättre av att de inte har några alternativ att söka sig till. Det finns bara substitutionsbehandlingen och så finns det bara inom landstinget, få platser, lång kö. Det här är en grupp som blir särbehandlad i jämförelse med andra. Man har många fantasier om den här gruppen också, den är tyngre, den går inte att jobba med.

/Socialsekreterare, substitutionsmottagningen

Respondenten betonar att arbete med missbrukargrupper är både tufft och svårhanterligt. För heroinmissbrukarna bedöms substitutionsbehandling som det enda alternativet. Det innebär också lång väntan i kön. Det framkom mer i intervjun, hur de klienter som är inlagda på avgiftning behandlas då de på grund av andra somatiska besvär måste flyttas till en annan avdelning. Respondenten menade att de andra avdelningarna på sjukhuset behandlar dessa klienter enbart för det mest akuta för att så snart som möjligt bli av med dem igen. Uttrycken "särbehandlad" och "marginaliserad" ger som vi ser det en tydlig markering av att rättviseteorins jämlikhetsbegrepp så som den är formulerad i Hälso- och sjukvårdslagen inte har full täckning i verkligheten för denna vårdgrupp. Lagen säger "vård på lika villkor för hela befolkningen" (Tönnsjö, 1998), vilket man kan se inte gäller heroinmissbrukare. En rättvis sjukvård innebär att alla skall garanteras vård på lika villkor och uppfattningen bygger på att alla människor har samma värde och rättigheter oavsett status (Hedengren, 2005).

Citatet som följer betonar den komplexa situation en missbrukare utsätts för då de söker vård.

Narkomaner behandlas absolut inte rättvist. De får spader på vårdcentralen när det kommer in en narkotikamissbrukare. Läkare blir genast rädda, oj, narkotika. Vårdcentralen remitterar till narkomanvården, men där finns ingen läkare, moment 22. Även narkopol fungerar dåligt, sorgligt. Har man dubbeldiagnos eller pågående missbruk så stöts du ut från narkomanvården. Varför har man narkomanvård om man inte tar emot personer med aktivt missbruk. Jag förstår ej resonemanget..

/Socialsekreterare, narkomanvården

Respondenten ger uttryck för att klienterna står inför en hopplös situation. De hamnar mellan stolarna och verkar inte passa in någonstans. Johnson, (2005) menar att dessa klienter hamnar utanför ramarna. Detta leder till konflikt med vårdetiken vilken föreskriver att läkaren skall ge vård till alla dem som är i behov av vård (Johnson, 2005). Tännsjös, (1998) definition på förtjänstteorin stämmer bra i detta sammanhang där han menar att missbrukare får sämre bemötande inom vården på grund av sitt osunda leverne. Han menar att omedvetna handlingar styr insatser inom vården även om det är moraliskt oacceptabelt. Ett omedvetet tankesätt genomsyrar vården då personalen handlar efter det att resurserna skall tilldelas de som har gjort sig förtjänta av dem.

De långa vårdköerna är ett annat dilemma som respondenterna påpekar beträffande substitutionsbehandling.

... jag menar det är ju helt orimliga väntetider ... att man riskerar att låta människor dö i köerna, nej det är inte rimligt. Så det är inte rättvist. Sen kan ju köerna vara långa för annat också men inte så extremt långa som vid substitutionsbehandling. Den kan vara jättelång.

/Socialsekreterare, socialtjänsten

Respondenten betonar i citatet ovan att de långa väntetiderna är helt oacceptabla. Men gör dock tillägget att köerna även kan vara långa för andra patientgrupper. Detta förefaller rimma väl med vad som gäller om någon bryter mot det fiktiva kontraktet: ”...så har personen ifråga ...inte längre någon rätt till att ta del av de fördelar som är kontraktets avsikt att ge...”. Bland företrädare för denna teori återfinns bland annat John Rawls (Rawls 1999). De flesta narkotikarelaterade dödsorsakerna är förknippade med heroinmissbrukare (Ahlnér, 2006) vilket respondenten ovan menar med att människor hinner dö innan de får behandling. Enligt prioriteringsprincipen behandlas heroinmissbrukaren orättvist inom vården med tanke på deras vårdbehov.

Rättvis behandling med vissa förebehåll

En av respondenterna till skillnad från de andra åtta ansåg att heroinmissbrukaren blev rättvist behandlade inom vården i jämförelse med andra klient/patientgrupper vilket citatet nedan belyser.

”Jag vet inte vad man skall jämställa en heroinist med, men de är allvarligt sjuka. Det är mycket akut sjukvård på dom som krävs i perioder. Men å andra sidan tänker jag på någon som står och väntar på en ny höftled, de kan vara flera års väntetid på att få en operation. Summan av kardemumman, även om det kan vara frustrerande så kan man säga att de är rättvist behandlade.”

/Socialsekreterare, socialtjänsten

Här möter vi en respondent som i motsats till flertalet inte betraktar behandlingen av heroinister som orättvis. Påpekandet att det finns andra som också måste vänta i flera år på behandling. Därmed uttrycker respondenten att råder likhet mellan patienter från olika vårdgrupper som måste vänta länge på behandling. Men årslång väntan på behandling är givetvis negativt och uttrycket ”frustrerande” bör ses i detta sammanhang. Rättvisebegreppet kan ses som baserat på jämlikhet även i den bemärkelsen att även det negativa, det vill säga de långa vårdköerna, är lika för heroinmissbrukare och andra vårdgrupper.

Prioritering

Respondenten nedan uttrycker vilka principer som ska vara vägledande i situationer som innebär ett besvärligt val mellan patienter som har lika stora behov.

Man får bedöma individuellt...Har heroinisten störst behov och där det är mest akut så skall man behandla den. Och är det diabetespatienten som är mest akut skall man behandla den, men man måste göra individuella bedömningar. Och det är ju så vi tvingas prioritera på vår väntelista ... Sen blir det ju aldrig helt rättvist, det kan man ju inte inbilla sig... ni bör prioritera denna patient om det är en kvinna och har barn, men det är olagligt, då bryter man mot Hälso – och sjukvårdslagen. Så får man inte göra. Det är sjukvårdstillståndet som avgör.

/Socialsekreterare, substitutionsmottagningen

Citatet ovan illustrerar den problematik som prioritering medför. Det handlar om att så rättvist som möjligt rangordna vårdfallen utifrån *behovsprincipen*, det vill säga att personer med störst behov har förtur. Detta betraktelsesätt dominerar respondenternas kommentarer kring prioriteringsfrågor – det är vårdbehovet som avgör turordningen.

Enligt behovsprincipen ska personer med störst behov ha förtur. Denna prioriteringsprincip är ofta otillräcklig på grund av begränsade resurser (Hedengren, 2005). Alla har numera rätt att söka substitutionsbehandling men svårigheten beror nu istället på de långa vårdköerna som är resultat av bland annat avsaknad av ekonomiska resurser (Pettersson & Karlsson, 2007).

Nedan följer två citat som illustrerar prioriteringssvårigheterna för heroinmissbrukare emellan.

Man skall ha en genväg tillbaka och prioritera den som har fått ett återfall. Man skall självklart ta tillbaka den personen istället för den som söker för första gången.

/Socialsekreterare, substitutionsmottagningen

Jag tycker att den som har varit inne i programmet, skött det och klarat det, men som fått ett återfall har en närmare väg tillbaka - tror jag - till ett bra liv igen. Och det vore bra om den så snabbt som möjligt kunde få en insats. Så jag tycker kanske att den skall gå före hur hemskt det än låter. Men har det däremot gått för lång tid emellan tycker jag att man skall ta den som söker substitutionsbehandling för första gången ska få förtur.

/Socialsekreterare, socialtjänsten

Som de två citaten ovan vittnar om så råder det samsyn på hur en ansökan om en ny substitutionsbehandling från en som tidigare varit inne i programmet ska hanteras. Den missbrukare som ansöker för första gången får stå tillbaka. Även ett ärende av denna karaktär måste hanteras utifrån prioriteringsmässiga utgångspunkter om tillgången på resurser är begränsad. Vår teori är att känslan av solidaritet med "gamla" kunder har vuxit sig så stark hos den berörda personalen att enbart den rättvisa pliktuppfyllelsen inte är tillräcklig. Att vissa klientgrupper blir särskilt uppmärksammade innebär inte att rättvisa råder eller för att citera John Rawls: "Vi måste skilja mellan människokärleken och sinnet för rättvisa. Skillnaden består inte i att de vägleds av olika principer, eftersom det i båda fallen ingår en önskan att skänka rättvisa /.../Människokärleken är mer omfattande än sinnet för rättvisa och manar till att göra mer gott än plikten kräver, vilket det senare inte gör." (Rawls, 1999 sid. 191-192).

Ansvar

Respondenten nedan uttrycker att missbrukaren blivit drogberoende på grund av olyckliga omständigheter och därav inte skall behöva straffas genom att lågprioriteras inom vården.

Naturligtvis måste man ta ansvar för sin sjukdom men det var att brottas med heroinmissbrukare så är det andra faktorer. Det är andra grejer som ställer till det för personen. Och det är ju som när man träffar dessa människor som har gått på heroin i många år. Hade de vetat vad de vet idag så hade aldrig börjat med det här. Okunskap, olyckliga omständigheter och så vidare gör att man agerar som man inte skulle gjort vid sina sinnens fulla bruk och det tycker inte jag ska klassa dig som en sämre människa, eller att du ska lågprioriteras inom vården.

/Socialsekreterare, narkomanvården

Respondenten betraktar heroinmissbrukarens öde som en följd av olyckliga omständigheter vars följder han/hon inte hade kunnat förutse. Men som framkommit ur andra citat i denna redogörelse så vill man helst på den somatiska sjukvården slippa befatta sig med klienter som missbrukar narkotika. En teori som bidrar till att förklara denna attityd är förtjänstteorin som bland annat kopplar samman ett destruktivt beteende med konsekvenser, som till exempel att drogmissbruk för med sig sämre bemötande och omvårdnad än för den som

råkat ut för en olyckshändelse (Tännsjö, 1998). Här finns en parallell till Rawls' brutna fiktiva samhällskontrakt och dess konsekvenser av förlorade förmåner (Rawls, 1999). Johnson, (2005) skriver att vissa hävdar att drogberoende beror på ett medvetet val och att det inte är värt att satsa så mycket på denna klientgrupp. De menar att patienter med andra kroniska sjukdomar som högt blodtryck och diabetes är oskyldiga till sin sjukdom medan missbrukarna däremot hade valt sitt sätt att leva. Gunne, som startade metadonprogrammet ställer sig emot detta och menar att missbrukarens val oftast gjorts som barn medan patienten med hjärtproblem ofta förorsakat sig sina besvär genom dåliga val senare i livet som rökning, stress, dåliga matvanor osv. (Johnson, 2005).

8.7 Sammanfattning av tredje resultatdelen

Ur intervjumaterialet om jämlikhet inom vård och behandling har ett antal klara inställningar till vård och behandlingsarbetet kunnat konstateras och i detta avsnitt är skiljelinjen yrkesgrupperna emellan mer diffus beträffande deras åsikter, de är alltså mer samspelade. Resultatet visar att samtliga yrkesgrupper, socialtjänst, narkomanvård samt personal på substitutionsmottagningen bedömer behandlingen som orättvis för heroinmissbrukaren i den meningen att de har inte samma möjligheter som andra patientgrupper att få vård och behandling. Enbart en av respondenterna, respondent från socialtjänsten, avvek från detta synsätt och ansåg att de blir rättvist behandlade med motivationen att patienter som väntar på en ny höftled även de får vänta lång tid. Intervjupersonens uppfattning stärks genom jämlikhetsbegreppet som innebär att alla skall ha lika vård på lika villkor (Tännsjö, 1998).

Orsakerna till att heroinmissbrukarna behandlas på ett orättvist sätt kan främst ses som en konsekvens av ett kvardröjande förtjänstteoretiskt (Tännsjö, 1998) tänkesätt eller oklarheter kring sjukdomsbegreppet för drogberoende. Resultatet visar att respondenterna anser att vårdpersonalens fördomar gentemot heroinmissbrukare framträder i vårdsammanhang och att klienterna trillar mellan stolarna. Intervjupersonerna uttrycker att missbrukare är extremt marginaliserad och får vänta orimligt länge för att få behandling. Resultatet visar vad Tännsjö, (1998) menar med att förtjänstteorin existerar trots att den är moraliskt oacceptabel.

Respondenterna uttryckte en ovilja att konfronteras med de prioriteringsproblemen som uppstår mellan patienter med likartade sjukdomstillstånd i frågan om vem som skall erbjudas vård i första hand. Handlingsprincipen att komma runt detta prioriteringsproblem är att den patient som har störst vårdbehov kommer i första hand. Behovsprincipen stödjer detta resonemang och innebär att personer med störst behov har förtur, men om resurserna är begränsade försätts denna behovsprincip ur spel (Hedengren, 2005). Enligt Pettersson & Karlsson, (2007), har numera alla rätt att söka substitutionsbehandling men svårigheten beror nu istället på de långa vårdköerna som är resultat av bland annat avsaknad av ekonomiska resurser.

Enighet råder mellan respondenterna i synen på att orsakerna till heroinmissbruk hänger samman med olyckliga omständigheter eller oförutsebara konsekvenser. Ansvaret för missbruket kopplas inte till personen själv. Analysen visar att förtjänstteorin inte har något stöd bland våra respondenter.

8.8 Sammanställning av resultat

På våra frågeställningar har vi fått fram följande resultat:

Vilka värderingar har de professionella gentemot läkemedelsassisterad underhållsbehandling för heroinmissbrukare?

Man kan utifrån materialet utläsa att det finns tre röster från de intervjuade yrkesgrupperna beträffande substitutionsbehandling. Den första gruppen, socialsekreterarna från substitutionsmottagningen, uttrycker att substitutionsbehandlingen är totalt avgörande och det överlägset bästa behandlingsalternativet för att kunna leva ett normalt liv.

Den andra gruppen, socialsekreterare från socialtjänsten, är positivt inställda till substitutionsbehandlingen, men ser inte substitutionsbehandlingen som en universalbehandling. De uttrycker istället att det blir "lite mer" ordning på livet och "lite mer" innehåll. Utifrån detta kan man utläsa att socialtjänsten ser substitutionsbehandling som ett bra behandlingsalternativ men att klienterna inte riktigt uppnår de optimala levnadsförhållandena.

Den tredje gruppen, socialsekreterare från narkomanvården, är även de för substitutionsbehandlingens vara, och anser att det är ett potent medel, men uttrycker även att den har en baksida och att den inte passar alla. De beskriver vidare att det är för lite psykosocialt stöd i programmet. Respondenterna från narkomanvården lyfter även fram åsikter som att klienterna blir känslomässigt avtrubbade samt poängterar att substitutionsbehandling är en livslång behandling. Framkommer gör också att respondenterna från narkomanvården anser att socialtjänsten faktiskt har ett ansvar att kunna erbjuda andra alternativa behandlingsmetoder innan substitutionsbehandling.

För inte så länge sedan fanns det ett starkt motstånd mot substitutionsbehandling i Göteborg från socialtjänstens samt narkomanvårdens sida (Pettersson & Karlsson, 2007). Resultatet visar att dessa två yrkesgrupper, speciellt socialtjänsten, gått mot en mer positiv inställning till substitutionsbehandlingen och dess konsekvenser.

Vilken uppfattning har de professionella kring socialstyrelsens riktlinjer beträffande substitutionsbehandling?

Man kan utifrån materialet utläsa att det inte råder något tvivel om att det måste finnas någon typ utav riktlinjer för de professionella att förhålla sig till beträffande substitutionsbehandling. Respondenterna från de respektive yrkeskategorierna uttalar även här åsikter som gör att man kan hitta ett slags mönster. Den första gruppen man kan utläsa är de som arbetar på substitutionsmottagningen. Respondenterna uttrycker att de anser att socialstyrelsens regler är för hårda gentemot klienten och att de i vissa fall sätter reglerna åt sidan för att kunna hjälpa klienten på bästa sätt. De menar även att det borde finnas mer regler gentemot de professionella beträffande handläggning i ärenden, vilket skulle leda till en mer rättvis

bedömning. Den personliga inställningen till substitutionsbehandling bland de professionella ser olika ut vilket kan påverka valet av behandlingsmetod för klienten.

Den andra gruppen, socialtjänsten och till viss del narkomanvården anser att reglerna är till för att följas och antyder även att klienterna får många chanser innan de skrivs ut i samband med återfall i missbruk. Respondenterna från denna gruppering eftersträvar även att personalen på substitutionsmottagningen skall följa reglerna mer konsekvent för att på så sätt underlätta samarbetet. De menar att klienterna får chans på chans vilket leder till svårigheter eftersom socialtjänsten måste placera klienten på drogfria boenden under behandlingstiden. Den uppfattning och förståelse vi hade innan vi började vår undersökning var att reglerna var väldigt strikta, och skulle följas till punkt och pricka. Utifrån resultatet har vi fått fram att så inte är fallet i Göteborg men har förstått att det kan se olika ut beroende på var i landet man bor. Ett exempel vi fick berättat för oss var att en kvinna på en annan ort hade åkt ur programmet enbart genom att ha tagit en Treo.

Hur ser de yrkesverksamma, ur ett etiskt perspektiv, på en heroinmissbrukares möjligheter till vård och behandling i jämförelse med andra patientgrupper som t ex astmatiker och diabetiker?

Ur intervjumaterialet om jämlikhet inom vård och behandling har ett antal klara inställningar till vård och behandlingsarbetet kunnat konstateras och i detta avsnitt är skiljelinjen yrkesgrupperna emellan mer diffus beträffande deras åsikter, de är alltså mer samspelta. Resultatet visar att samtliga yrkesgrupper, socialtjänst, narkomanvård samt personalen på substitutionsmottagningen bedömer behandlingen som orättvis för heroinmissbrukaren i den meningen att de inte har samma möjligheter som andra patientgrupper att få vård och behandling. Enbart en av respondenterna, en respondent från socialtjänsten, avvek från detta synsätt och ansåg att de blir rättvist behandlade i den bemärkelsen att det råder resursbrist inom vård och behandling över lag. Dessutom menade denna person att det bara är heroinmissbrukare, inom gruppen missbrukare som har möjlighet att få en ersättningsmedicin.

Orsakerna till att heroinmissbrukarna behandlas på ett orättvist sätt kan ses som en konsekvens av förtjänstteorin eller oklarheter kring sjukdomsbegreppet för drogberoende. Resultatet visar att respondenterna anser att vårdpersonalens fördomar gentemot heroinmissbrukare förekommer inom vården och att klienterna lätt trillar mellan stolarna. De menar att klienterna slussas mellan olika vårdinstanser där de inte verkar passa in någon stans. Vården tar riktigt tar sitt ansvar och att det saknas kompetens för att bemöta denna klientgrupp. Intervjupersonerna uttrycker att missbrukare är extremt marginaliserad och får vänta orimligt länge för att få behandling. Resultatet visar att förtjänstteorin existerar trots att den är moraliskt oacceptabel.

9. DISKUSSION

Vi upplever att uppsatsperioden har varit intressant och oerhört givande. Vi har både träffat många intressanta människor som verkligen har delat med sig av sina kunskaper och värderingar och bjudit på sig själva, och vi har dessutom fått chansen att besöka nya ställen vi annars inte hade haft tillgång till. Vi kan med glädje säga att alla dessa människor vi har intervjuat brinner för det de gör och vill åstadkomma det bästa för klientgruppen de arbetar med.

Innan vi inledde intervjuarbetet hade vi den förutfattade meningen att inställningen till substitutionsbehandling bland de professionella inom socialtjänst och narkomanvård, hade skiftat från det negativa till det positiva med tanke på att denna behandlingsmetod blivit allt mer etablerad. Vi kunde dock konstatera att det fortfarande föreligger en viss skepsis från dessa två yrkeskategorier, och aningen mer från narkomanvården. Narkomanvårdsgruppen betonade särskilt att de inte betraktar den här behandlingen som en universalmetod utan menar att det inte räcker med denna typ av medicinering, utan psykosociala insatser måste till i betydligt högre grad.

De verksamma från substitutionsmottagningen hade en utpräglad positiv syn och menar att behandling med metadon och Subutex är överlägsen all annan behandling. Då verkligheten ser ut som den gör, menar vi att det hade varit positivt och önskvärt om personal från respektive verksamhetsområde fanns placerade under samma tak. Detta för att de olika professionerna ska kunna mötas mer frekvent och därmed få en uppfattning om vad den andre gör och även på så sätt samarbeta kring klienten som ett team. Resultatet av detta hade också varit att det räckte för klienten att infinna sig på ett och samma ställe där denne får adekvat hjälp med alla behov, både de medicinska och de psykosociala. Ett yrkesteam under samma tak menar vi hade lätt till ett mer ”hållande” förhållningssätt gentemot klienten. Vi tror också att det är bra att förstärka banden mellan olika vårdinstitutioner både inom regionen och mellan regioner i landet. Detta eftersom att det framkom att det ser väldigt olika ut.

Under ett samtal efter ett intervjutillfälle kom det upp att arbetsmiljölagen borde skärpas då det förekommer hot och kränkningar mot personalen från missbrukarna. Vi tycker att det finns en poäng med detta resonemang då det handlar om att alla ska ha rätt till en trygg och säker arbetsmiljö. Om kränkningar, hot och våld hör till vardagen så bör arbetsmiljölagen skärpas.

Vi tycker att det föreligger ett behov och fortsatt forskning inom den kliniska vården och socialt arbete. Vi hoppas att sådan forskning skulle kunna ge bidrag med kunskap som inte minst skulle komma till nytta för utbildningsverksamheten inom området substitutionsbehandling.

Utifrån den rådande debatten i samhället som har nämnts tidigare i uppsatsen och som även väckte vårt intresse, hoppas vi med detta bidrag kunna öka förståelsen kring substitutionsbehandling och dess värde för klinterna.

REFERENSER

Litteratur

Antoniussen, Eva-Malin (2005): *Överdosis – heroinets fallgrop*. Danmark: Studentlitteratur

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

Dunér, Anna/Nordström, Monica (2005): *Biståndshandläggningens villkor och dilemman: inom äldre- och handikappomsorg*. Lund: Studentlitteratur

Franséhn, Mona (1997) *Den dolda triaden*. Göteborgs universitet: Institutionen för socialt arbete

Gilje, Nils/Grimen, Harald (1995): *Samhällsvetenskaparnas förutsättningar*. Göteborg: Daidalso

Hedengren, Uriel (2005): *Rättvisa – för alla eller ett fåtal?* Stockholm: Natur och kultur

Henriksen, Jan-Olav/Vetlesen, Arne Johan (2001): *Etik i arbete med människor*. Lund: Studentlitteratur

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

Kvale, Steinar (1997): *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Larsson, Sam/Lilja, John/Mannheimer, Katarina (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Rawls, John (1999): *En teori om rättvisa*. Uddevalla: Bokförlaget Daidalos

Pierson, Christopher/Castles Francis G (red.) (2006): *The Welfare State: a Reader*. Cambridge: Polity Press in association with Blackwell

Svenning, Conny. (2003): *Metodboken*: Eslöv: Lorentz förlag.

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

Tännsjö, Torbjörn (1998): *Vårdetik*. Stockholm: Thales

Tännsjö, Torbjörn (2000): *Grundbok i normativ etik*. Stockholm: Thales

Widerberg, Karin (2002): *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studetlitteratur

Tidskrifter/Rapporter/Publikationer

Ahlner, Johan (2006): *Hur påverkas kroppen av olika preparat? Mobilisering mot narkotika*. Rapport 18. Stockholm

Bergdahl, Ted (2007): *Metadonprogram i Stockholm ger samhällsbesparing på 800 miljoner om året*. Pressmeddelande 2007-12-10. Mobilisering mot Narkotika. Stockholm

Grönbladh, Leif (2004): *A National Swedish Methadone Program 1966-1998*. Uppsala Universitet (ISBN:91-554-5877-7)

Heilig, Markus (2006): *Hur vården kan bli bättre och vilken är vägen ur missbruk och beroende*. Mobilisering mot narkotika. Rapport 19. Stockholm

Kahn, Ulla (2006): *Hur vården kan bli bättre och vilken är vägen ur missbruk och beroende*. Mobilisering mot narkotika. Rapport 19. Stockholm

Lundborg, Eva (2005): *Jag fick livet tillbaka*. Allt om läkemedel. Nr 1. Stockholm

Meeuwisse Anna (2001): *Ett högriskprojekt. Om missbrukarrehabilitering på Basta Arbetskooperativ*. Sköndalsinstitutets skriftserie nr 18

Nilsson, Lars Håkan, (2008): *Runtikrim: Klient=Patient*. Nr 1. Taberg Media Group: Norrköping

Pettersson, Frida, Karlsson, Turid (2007): *Opiatmissbrukare i läkemedelsassisterad underhållsbehandling, En rapport om 369-projektet, samverkansprojekt mellan beroendesjukvård och socialtjänst i Göteborg*. Göteborgs stad

Romelsjö, Anders (2006): *Hur vården kan bli bättre och vilken är vägen ur missbruk och beroende*. Mobilisering mot narkotika. Rapport 19. Stockholm

Sjölander, Jens, Johnson, Björn (2007). *Tillgängligheten till läkemedelsassisterad underhållsbehandling i fyra sjukvårdsområden - Västra Götalandsregionen, Jönköpings läns, Kronobergs läns och Västernorrlands läns landsting*. Högskolan. Malmö

Lundborg, Ewa (2005): *Vägen ur beroende*. Allt om läkemedel nr 1

Socialstyrelsen (1997): *Metadonbehandling i Sverig. Beskrivning och utvärdering*. (SoS-rapport 1997:22)

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

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

Internet

www.lakemedelsverket.se

www.ne.se

www.rmv.se/

Läkemedelsverket – Medical products agency
Nationalencyklopedins Internettjänst
Rättsmedicinalverket

BILAGA: Intervjuguide

Konsekvens

1. Vad ser du för positiva följder med substitutionsbehandlingen?
- 1b. Vad ser du för negativa följder med substitutionsbehandlingen?

2. Kan du berätta hur du tänker beträffande utskrivning ur substitutionsbehandling vid återfall eller misskötsamhet.

3. Anser du att den som blir utskriven ur programmet gång på gång ska få upprepade chanser?

4. Hur resonerar du utifrån det som vissa menar att substitutionsbehandling är att byta ut ett missbruk mot ett annat?

5. Ser du substitutionsbehandling som en kostnad eller som en besparing för samhället?

Plikt

6. Har du någon gång upplevt att socialstyrelsens regler för substitutionsbehandling tvingat dig att handla på ett sätt som strider mot dina egna värderingar och tankar, och i så fall på vilket sätt?

7. Är det någon regel du skulle vilja lägga till i socialstyrelsens riktlinjer?

8. Anser du att ålder har någon betydelse för att bli beviljad LAB?

9. Har du erfarenhet att LAB har beviljats men att man då har satt socialstyrelsens riktlinjer åt sidan?

Rättvisa

10. Upplever du att heroinmissbrukare behandlas rättvist i jämförelse med andra patientgrupper inom vård och behandling? (diabetes)

11. Anser du att en heroinmissbrukare har samma rätt till medicinsk vård som personer med kroniska sjukdomar som t.ex. diabetes?

12. Ur ett etiskt perspektiv, vem anser du skall prioriteras inom vården då resurserna inte räcker till, en heroinmissbrukare eller en patient med MS?

13. Ser du att en heroinmissbrukare har större ansvar för att den har hamnat i den situation som den är i jämförelse med en person som har fått diabetes på grund av osunt leverne?

14. Vad anser du om en missbrukare som efter avslutad lyckad substitutionsbehandling önskar återvända till behandling efter att fått nya återfall, jämfört med en missbrukare som ansöker om LAB för första gången?