

Livskvalitet hos beroende- patienter som behandlas med centralstimulantia eller opioider

FÖRFATTARE	Marie von Garaguly Jessica Lindgren
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård/ OM5380 HT 2014 - VT 2015
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Solveig Olausson
EXAMINATOR	Ingalill Koinberg

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk): Livskvalitet hos beroendepatienter som behandlas med centralstimulantia eller opioider.

Titel (engelsk): Quality of life among patients with addiction treated with stimulants or opioids.

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs/kurskod/: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård, Examensarbete i omvårdnad, OM5380

Arbetets omfattning: 5 högskolepoäng

Sidantal: 17

Författare: Marie von Garaguly & Jessica Lindgren

Handledare: Solveig Olausson

Examinator: Ingalill Koinberg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Patienter med opiatberoende och patienter med ADHD-diagnos kan erbjudas läkemedelsbehandling och stöd inom beroendevården. I mötet med patienten får sjuksköterskan kunskap om patientens livskvalitet. Idag används inga standardiserade instrument inom beroendevården i Göteborg för att försöka mäta detta. Det finns inga studier som jämför beroendepatienters upplevelse av livskvalitet under läkemedelsbehandling med centralstimulantia eller opioider. Däremot finns det ett fåtal studier som undersökt livskvalitet mer generellt hos beroendepatienter. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka drogfria beroendepatienters uppfattning om livskvalitet under läkemedelsbehandling. I studien undersöktes även om det fanns skillnader respektive likheter mellan patienter som får opioider med dem som får centralstimulantia. **Metod:** Studien är kvantitativ där instrumentet Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) användes för att få patienterna att skatta sina upplevelser av livskvalitet. I studien medverkade 44 deltagare varav 24 behandlades med centralstimulantia och 20 med opioider. Deltagarna rekryterades från Beroendeklinikens öppenvårdsmottagningar. **Resultat:** Resultatet i studien visar att tillfredsställelsen med "livet som helhet" skattades totalt lägre än normvärdet för god livskvalitet. Samtliga livsområden som ekonomi, socialt nätverk, fysisk och psykisk hälsa, familjerelationer, boende, fritidsaktiviteter och sexliv skattades under normvärdet. Endast uppfattningen om personlig säkerhet låg över normvärdet för god livskvalitet. Signifikant skillnad mellan grupperna uppmättes i livsområdet sexliv, där centralstimulantiagruppen skattade lägre än opioidgruppen. **Konklusion:** Resultatet visar att patienterna i undersökningen var missnöjda med sin livskvalitet och med livet som helhet. Vår rekommendation är att sjuksköterskan breddar kunskapen om patientens livsområden genom att till exempel använda frågeformulär. Läkemedel är en del i behandlingen men sjuksköterskan kan inrikta sitt arbete på de livsområden som kan förbättras och hjälpa patienten att finna individuella lösningar inom ramen för personcentrerad vård. Det behövs också mer forskning inom området livskvalitet för patienter med olika substansbruksyndrom.

Nyckelord: Läkemedelsbehandling; Opioider; Centralstimulantia; Livskvalitet; Omvårdnad; Personcentrerad vård.

Marie von Garaguly och Jessica Lindgren OM5380

ABSTRACT

Background: Patients with opiate addiction and patients with ADHD can be offered drug treatment and support in addiction care. In the meeting with the patient the nurse acquires knowledge about the patient's quality of life (QOL). Today there are no standardized instruments used for the addiction services in Gothenburg that attempts to measure this. There are no studies comparing patients perceived QOL during the drug treatment with stimulant drugs or opioids. However, there are a few studies that examined the QOL for patients with addiction more generally. **Purpose:** The purpose of the study was to investigate drug free patients' perception of QOL during drug treatment. Differences and similarities between patients receiving opioids with those receiving stimulant drugs were also examined. **Method:** The study is quantitative in which instrument Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) was used to estimate patients' perceived QOL. The study involved 44 participants of which 24 medicated with stimulant drugs and 20 with opioids. Participants were recruited among outpatients in addiction services in Gothenburg. **Results:** The issue of satisfaction with "Life as a whole" in MANSA scored lower than the limit value for good QOL. All areas of life such as economics, social networks, physical and mental health, family relations, accommodation, leisure activities and sexuality where measured below the limit value for good QOL. Only personal safety was estimated higher than the standard value in the group. A significant difference was measured in the area of life sexuality, in which the group receiving stimulant drugs scored significantly lower than opioid group. **Conclusion:** The results show that the patients in our study scored low scores in most areas that measure quality of life. Our recommendation is that the nurse broadens the knowledge of the patient's areas of life and use screening instruments to measure this. Drugs are one part of the treatment but the nurse can focus efforts on the areas of life that can be improved and help the patient to find individual solutions in the context of person-entered care. There would also be useful for more research in the area of QOL in patients with various substance use syndromes.

Keywords: Drug treatment; Opioids; Stimulant drugs; Quality of life; Nursing; Person-centered care

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Samsjuklighet och drogberoende	1
Opioider och behandling av opiatberoende	2
ADHD och centralstimulerande läkemedel	3
Riktlinjer och behandling	3
Specialistsjuksköterskans uppgifter	4
TEORETISK REFERENSRAM	5
Livskvalitet	5
TIDIGARE FORSKNING	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	7
METOD	7
URVAL	7
DELTAGARE	7
DATAINSAMLING	8
MÄTINSTRUMENT	8
DATAANALYS	9
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
Risk/Nytta	9
Information	10
Samtycke	10
Konfidentialitet	10
RESULTAT	11
LIVSKVALITET OCH ENSKILDA LIVSOMRÅDEN	11
Vänner, brott och våld	11
SKILLNADER MELLAN LÄKEMEDELSGRUPPERNA	11
Sexliv	11
Vänner, brott och våld	12
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION	14
KONKLUSION	17
ARBETSFÖRDELNING MELLAN FÖRFATTARNA	17
REFERENSER	18
BILAGOR	
Bil I Missbruk/beroendekriterier enligt DSM-5 och ICD-10	
Bil II Läkemedel för behandling av ADHD	

- Bil III Forskningspersonsinformation
- Bil IV Demografiska data
- Bil V Manchester quality of life scale

INTRODUKTION

INLEDNING

Personer med både drogmissbruk och psykiatrisk ohälsa är en svårbehandlad grupp. Många söker sig till beroendevården på grund av deras tilltro till läkemedelsbehandling. Det finns i huvudsak två grupper som erbjuds kontinuerlig läkemedelsbehandling. Den kanske mest kända är de patienter som erbjuds en daglig dos av opioider för sitt opiatberoende. Den andra snabbt växande gruppen är de som har en diagnostiserad Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) som erbjuds centralstimulerande läkemedel. Önskade effekter av behandlingen är att minska dödligheten, fortsatt drogfrihet, förbättrad hälsa, reducerad smittspridning, minskad kriminalitet och förbättrade övriga livsvillkor. Ett av kraven är att patienten ska vara drogfri och detta kontrolleras genom regelbundna drogtester. Inom beroendevården erbjuds stöd på olika sätt som till exempel motivationsarbete, återfallsprevention, anhörigstöd, patientutbildning, nätverksarbete och läkemedelsbehandling. Patienterna har i många fall en svår social situation, dåligt självförtroende, splittrade familjeförhållanden, upplevt svåra trauman, arbetslöshet, kriminalitet och svårigheter med försörjning. De patienter som vill ha läkemedelsbehandling måste kunna komma ofta och regelbundet till öppenvården, lämna drogtester och får då läkemedel utdelade av sjuksköterskor. Många patienter blir besvikna, återfaller, sidomissbrukar eller upptäcker att det krävs mycket mer än läkemedelsbehandling för att få ett så normalt liv som möjligt.

BAKGRUND

Samsjuklighet och drogberoende

Människor med beroendeproblematik har ofta psykiska problem och personer med psykisk ohälsa drabbas oftare av substansbrukssyndrom. Depression och ångestsjukdom är vanligt bland människor som missbrukar (Agerberg, 2004). Studier med strukturerad diagnostik av personer i behandling visar att 51 till 73 procent av dem med narkotikamissbruk har en livstidsprevalens av någon form av psykiatrisk samsjuklighet (Landheim, 2007). Vilken typ av insats som ska ges beror bland annat på vilken drog missbruket gäller. Ju mer komplex problematik desto mer insats behövs. Vid samsjuklighet är det viktigt att den psykiska ohälsan, missbruket och andra livsproblem behandlas samtidigt (Alborn, 2012).

Orsaker till drogberoende är multifaktoriellt, liknande som vid andra komplexa sjukdomstillstånd. Såväl ärftliga som miljöbetingade riskfaktorer har betydelse (Heilig, 2011). I huvudsak ska vissa kriterier uppfyllas för att få diagnosen beroende eller substansbrukssyndrom (Franck & Nylander, 2011). Substansbrukssyndrom och beroende definieras enligt två olika manualer; DSM-5 framför allt i Sverige och i vissa länder används manualen ICD-10 (bilaga I).

Opioider och behandling av opiatberoende

Opiater är en grupp substanser med sitt ursprung ur opievallmon och som binder till hjärnans opioidreceptorer. Inom denna grupp finns opium, morfin, heroin och kodein. Samtliga substanser ger ett snabbt rus med en kortvarig stimulerande effekt. Heroin är det dominerande missbrukspreparatet inom opiatgruppen. Effekterna av heroin ger patienten en känsla av eufori, lugn, njutning och avkoppling. Den höga halt av dopaminfrisättning i hjärnan som ett heroinmissbruk innebär resulterar att hjärnan försöker kompensera dopaminpåslaget genom frisättning av stresshormoner. Den obalans som detta leder till ökar över tid och bidrar till ett tvångsmässigt sökande efter heroin. Hos personer som har utvecklat ett heroinberoende sker vanligen upprepade cykler av uppehåll och återfall över decennier där mindre än 10 procent lyckas bli drogfria (Kakko, 2011). Opiatberoende menas i detta sammanhang ett beroende av heroin, morfin eller opium (Socialstyrelsen, 2009). För gruppen som använder heroin dagligen är det vanligt att de har svårare sociala bakgrundsförhållanden än befolkningen i allmänhet. Det förekommer oftare missbruk i familjen, andelen skilsmässor är högre, problemen i skolan har större omfattning, fler psykiska besvär samt tidigare alkohol- och tobaksdebut än barn i allmänhet. Heroin ligger till grund för de flesta narkotikarelaterade dödsfallen (Svensson, 2005).

I Sverige ingår 5200 patienter i läkemedelsassisterad rehabilitering för opiatberoende (Davstad, Grönblad & Stein, 2014). Läkemedelsbehandling sker med buprenorfinpreparat eller metadon. Behandlingen med opioider vid opiatberoende får ges till patienter som är över 20 år och har ett dokumenterat opiatberoende sedan minst ett år. Patienten i behandling tar dagligen en individuellt anpassad dos. Patientens drogsug ska då minska eller helt upphöra och försvagar eller förhindrar effekten av ett eventuellt heroinmissbruk (Johnson, 2009).

Det finns fyra olika opioidreceptorer som har betydelse vid medicinering med metadon och buprenorfin. Dessa är my-, delta-, kappa- och nociceptin-opioidreceptorer. My-opioidreceptorn är den receptor som verkar ha störst betydelse för heroinmissbruk och beroende. Denna typ av receptorer finns i hjärnan, mag-tarmkanalen och i ryggmärgen. Stimulering av receptorn leder till smärtlindring, respiratorisk nedsättning, eufori och minskad rörlighet i mag-tarmkanalen. Metadon är en syntetiskt framställd full agonist som intas via munnen i flytande eller i tablettform och har sin verkan på my-opioidreceptorn. Metadon har en halveringstid på 24 timmar och har ett långsamt påslag på receptorn vilket utelämnar en "kick" så som heroin ger. Medicinering med metadon i rätt dos innebär en slags narkotisk blockad, intag av heroin blir verkningslöst vilket minskar risken för återfall. Buprenorfin binder till flera olika receptorer i hjärnan och har olika verkan på dessa. Substansen är en partiell agonist på my-opioidreceptorn. Buprenorfin har högre bindningsbenägenhet till my-opioidreceptorer än fulla agonister i hjärnan, alltså föredrar receptorn buprenorfin framför heroin (Kakko, 2011).

ADHD och centralstimulerande läkemedel

ADHD är en neuropsykiatrisk diagnos som karaktäriseras av hyperaktivitet, uppmärksamhetsstörning, koncentrationsproblem och impulsivitet. Prevalensen ligger mellan 3 och 8 procent och är vanligare hos pojkar (Faraone, Sergeant, Gillberg & Biederman, 2003). Det finns ett starkt forskningsstöd för att personer med ADHD har strukturella förändringar i hjärnan. Symtomen beror troligtvis på en rad olika orsaker, forskning med bland annat PET-kamera på hjärnans funktion har visat ADHD-patienter verkar ha en underfunktion av dopamin (Hansen, 2000). Samsjukligheten mellan ADHD och substansbruksyndrom är mycket hög (Alborn, 2012).

Efter neuropsykiatrisk utredning och diagnos kan dessa patienter få läkemedelsbehandling för symtomlindring. Enligt riktlinjer från Läkemedelsverket (2009) har centralstimulantia bäst effekt på ADHD-symtom, alltså läkemedel som ökar hjärnans dopamin- och noradrenalinaktivitet. Många patienter med ADHD självmedicinerar med centralstimulerande droger som till exempel amfetamin och kokain då drogen för dem har i många fall motsatt effekt, patienten bli lugn, fokuserad och mindre impulsiv under ruset (Franck & Nylander, 2011). Det vanligaste läkemedlet vid behandling av ADHD-symtom för både barn och vuxna är metylfenidat. När ett neuron frisatt en signalsubstans sker ofta ett återupptag till nervterminalen för ”återvinning”. Detta sker med hjälp av särskilda proteiner som fungerar som minipumpar. Metylfenidat sätter sig på dessa pumpar i nervcellerna och förhindrar återupptaget av dopamin och noradrenalin. Processen liknar den som antidepressiva läkemedel har som återupptagshämmare av serotonin (Söderpalm, 2012). Det finns ett fåtal centralstimulerande preparat som är godkända till vuxna. Läkemedelsverket planerar ett expertmöte för att utarbeta en ny rekommendation under 2015 på grund av den kraftigt ökande förskrivningen. I dagsläget är pojkar mellan 7-17 år störst grupp som medicinerar med centralstimulantia (Läkemedelsverket, 2013). I bilaga II finns en sammanställning över samtliga läkemedel som kan ges till ADHD-patienter i Sverige i nuläget.

Riktlinjer och behandling

Nya nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården håller på att utformas 2015. Enligt de gällande riktlinjerna från 2007 är behandling av narkotikamissbruk och beroende kontroversiellt på grund av att det existerar många olika uppfattningar om vilken behandling som egentligen hjälper. Narkotikainnehav och bruk av narkotika är kriminellt och det försvårar möjligheterna att få information och därmed kunskap om gruppen narkotikamissbrukare. Många menar att läkemedelsbehandling vid opiatmissbruk endast är en ersättning som bevarar det drogmissbruk som behandlingen ska få bukt med. Vägen ut ur substanssyndromet är komplicerad, vissa bedömer att behandling med läkemedel endast har en mindre betydelse (Socialstyrelsen, 2007). Behandling med opioider vid opiatberoende har länge ansetts kontroversiell (Johnson, 2005), i dagsläget råder det konsensus bland forskare att behandlingen förbättrar patientens livskvalitet (De Maeyer, Vanderplasschen & Broekaert, 2010).

Vid missbruk av centralstimulerande droger som till exempel amfetamin och kokain har studier visat att omlärande och beteendeterapeutiska metoder som till exempel kognitiv beteendeterapi hade mest positiva effekter. Flera studier visade att behandling med dextroamfetamin (Metamina) och disulfiram (Antabus) i kombination med rådgivning och någon form av beteendeterapi har varit mest framgångsrikt. Studier gällande behandling med metadon och buprenorfinpreparat visade att preparaten hade säkerställd effekt i kombination med psykosocial behandling (Socialstyrelsen, 2007).

Enligt lokala riktlinjer från Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset från 2012 ska patienter som är aktuella för läkemedelsbehandling med centralstimulantia ha en individuell vårdplan. Efter ADHD-diagnos, skattning av tillståndets svårighetsgrad och verifierad drogfrihet kan läkemedel sättas in som patienten måste hämta på sin beroendemottagning tre gånger i veckan till en början. Om behandlingen fungerar och patienten är stabil kan ställningstagande göras om patienten kan hämta sina läkemedel på apotek istället för att komma till mottagningen (Beroendekliniken, 2012). Den kliniska verkligheten ser olika ut på olika beroendemottagningar, både lokalt, regionalt och nationellt framför allt vad det gäller typ av läkemedel och vilka doser som sätts in men även behandlingens längd och eventuella uppehåll med medicineringen (Socialstyrelsen, 2014).

Riktlinjerna för patienter som behandlas med buprenorfin eller metadon bygger på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2009:27. Vid behandlingens början måste alla patienter ha en etablerad kontakt med socialtjänsten. Vid ett gemensamt möte med socialtjänsten upprättas en vårdplan. Om det inte finns behov av sociala insatser kan läkare godkänna att kontakten med socialtjänsten avslutas. Dygnsdosen av läkemedel hämtas och tas framför personal på mottagningen dagligen de första sex månaderna. Därefter minskas antal hämtningsdagar vid skötsamhet i behandling. Vid återfall i missbruk får patienten komma dagligen till mottagningen för uppföljning och ökat stöd för att återgå till drogfrihet. Urinprov lämnas initialt frekvent, därefter kan det glesas ut om patienten sköter sig i programmet (Beroendekliniken, 2010). Medicindelning och huvudsaklig kontakt med patienterna görs främst av sjuksköterskor som oftast också är patientens kontaktperson under hela behandlingsperioden.

Specialistsjuksköterskans uppgifter

Inom psykiatrisk vård innebär omvårdnad att insatser ska leda till att stärka personens känsla av att ha kontroll över sitt liv, hantera känslor av meningslöshet, utveckla strategier att hantera sin sjukdom och formulera rimliga livsmål. Specialistsjuksköterskans uppgift är att identifiera, stödja och förstärka de resurser till hälsa som finns hos en sjuk person. Sjuksköterskan ansvarar för att arbeta hälsofrämjande utifrån ett personcentrerat förhållningssätt (Psykiatrisk Riksförening, 2014). Personcentrerad vård kan sammanfattas som en vård som ser hela människan och prioriterar andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). När vården är

personcentrerad kan den förväntas leda till ökat välbefinnande och tillfredsställelse för patienten. Resultaten för vården ska vara mätbara och kan innebära till exempel att patienten känner sig nöjd och involverad (McCormack & McCance, 2006).

TEORETISK REFERENSRAM

Livskvalitet

Livskvalitet är en individs syn på sitt liv utifrån kulturen och de värderingar individen har och lever efter och i förhållande till individens mål, förväntningar och normer. Livskvalitet styr och påverkar individens fysiska och psykiska hälsa, sociala umgänge, självständighet, personliga värderingar och dess relation till miljön. I begreppet livskvalitet ingår andra viktiga områden som till exempel sexliv, boende, sysselsättning, ekonomi och fritidsaktiviteter. Detta innebär att livskvalitet handlar framför allt om hur individen uppfattar sin livssituation (WHOQOL Group, 1995). Næss, Mastekaasa, Moum och Sörensen (2001) menar att livskvalitet är den subjektiva upplevelsen och bedömningen av den egna livssituationen. Positiva känslor är glädje, engagemang och kärlek. Positiva upplevelser är tillfredsställelse med sitt liv, självrespekt, upplevelse av mening med tillvaron. Negativa känslor kan var nedstämdhet, ångest, ensamhet och negativa upplevelser kan vara missnöje med sitt liv, skamkänsla och upplevelse av outnyttjade resurser.

En person kan värdera sin livskvalitet olika under olika perioder i livet. Hur man värderar sin livskvalitet beror både på tidigare erfarenheter som möjliga framtida förutsättningar för en förbättrad eller försämrade livskvalitet. När en persons livskvalitet är hög betyder det att livet är bra för just den personen. Människan strävar efter att främja sin egen livskvalitet och många strävar även att förbättra andras livskvalitet. Livskvalitet finns som ett mätbart begrepp inom omvårdnads- och medicinsk forskning (Brülde, 2003).

TIDIGARE FORSKNING

Det finns inga studier som jämför beroendepatienters upplevelse av livskvalitet under läkemedelsbehandling med centralstimulantia eller opioider. Det finns däremot studier som undersökt livskvalitet mer generellt hos psykiatripatienter och beroendepatienter. I en kanadensisk studie fick patienterna fylla i självskattningsformulär om livskvalitet före, under och efter 6 månader efter insatt behandling. Generellt visade drogberoendegruppen en signifikant förbättring av livskvaliteten och minskad droganvändning men gruppen med alkoholberoende visade mycket högre resultat på livskvalitet jämfört med drogmissbrukarna. De som hade kokain som huvuddrog minskade inte lika mycket på sin droganvändning under behandlingen som övriga grupper gjorde (Hambley, Arboutr & Sivagnanasundaram, 2010).

Fram till 90-talet fanns få studier om livskvalitet hos beroendepatienter jämfört med antalet studier om livskvalitet för andra kroniska sjukdomar (Sanders, Egger, Donovan, Tallon & Frankel, 1998). En tidig studie som gjordes inom beroendeforskning om livskvalitet visade att

livskvalitet bland heroinberoende individer som nyligen startat läkemedelsbehandling var signifikant sämre än hos populationen i helhet (Ryan & White, 1996). Enligt Ponizovsky och Grinshpoon (2007) innebär buprenorfin- och metadonbehandling förbättrad livskvalitet vid studiens mättillfällen, fyra och åtta månader in i behandling. De Maeyer et al. (2010) hittade i sin studie om livskvalitet bland opiatberoende individer under metadonbehandling fem olika teman som var av vikt för hög livskvalitet. Dessa var sociala relationer, psykiskt välmående, sysselsättning, att vara oberoende och att ha ett meningsfullt liv. I studien framkom att patienter i behandling värdesatte läkemedelsbehandling då behandlingen hjälpte patienterna att uppnå livsmål, att fungera normalt. Deltagarna i studien beskrev även stigmatisering, diskriminering och beroende av läkemedlet som negativa konsekvenser på livskvaliteten. I en annan studie visade det sig att patienter med alkoholberoende generellt uppfattade sin livskvalitet som högre än patienter med drogberoende (Manning et al, 2011).

Bland patienter som hade en diagnostiserad ADHD och samsjuklighet utan beroende visade en studie att majoriteten hade svårare depressiva symtom, trötthet och lägre livskvalitet jämfört med kontrollgruppen utan ADHD-diagnos (Chao et al, 2008). Irwin (1981) påpekade att livskvaliteten är väldigt låg inom just området fysisk hälsa när personer i drogmissbruk söker sjukvårdens hjälp. I en svensk randomiserad, dubbelblind studie på personer med ADHD och tidigare drogmissbruk som är intagna på fängelse var det inom livskvalitetsdomänerna inlärning och målbildning som förändrades mest i positiv inriktning efter insättning av centralstimulantia (Ginsberg, Hirvikoski, Grann & Lindefors, 2012).

I en metaanalys av Pérez de los Cobos, Sinö, Perez & Trujols (2014) undersöktes vilka negativa respektive positiva effekter som fanns med farmakologisk behandling hos vuxna med ADHD och missbruk/beroende. Resultatet visade att användningen av atomoxetin eller metylfenidat tillsammans med psykologisk intervention verkar lovande, trots varierande resultat och kortsiktig effekt på vuxna ADHD-patienter med tidigare missbruk/beroende utan andra psykiatriska diagnoser. Effekten av läkemedlen var mycket liten eller saknas helt för patienter med pågående missbruk. Faktorer som spelade roll för val av behandling var vilken klinisk specialisering läkaren hade, tillgängligheten av läkemedel och vilken inställningen till farmakologisk behandling patienter och sjukvårdspersonal hade. Sammanfattningsvis rekommenderas att kliniska beslut ska vara individanpassade och baserade på noggranna analyser om för- respektive nackdelar med läkemedelsbehandling för ADHD hos vuxna med missbruk/beroende.

PROBLEMFÖRMULERING

Inom Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset erbjuds bland annat läkemedelsbehandling för patienter med substansbrukssyndrom och i de flesta fall psykiatrisk samsjuklighet. Det ingår i specialistsjuksköterskans uppgift att tillsammans med patienten

arbeta för bättre hälsa och välbefinnande. Upplevelsen av hög livskvalitet kan bidra till patientens förbättrade hälsa. I dagsläget används inte frågeformulär för att mäta patientens upplevelse av livskvalitet. Om det fanns möjligheter att identifiera livsområden som sjuksköterskan och patienten skulle kunna arbeta med att förbättra skulle det kunna bidra till en ökad livskvalitet och därmed en förbättrad hälsa för patienten.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka drogfria beroendepatienters uppfattning om livskvalitet under läkemedelsbehandling. I studien undersöktes även om det fanns skillnader respektive likheter mellan patienter som får opioider med dem som får centralstimulerande läkemedel.

METOD

Studien är en pilotstudie. För att besvara frågeställningarna användes kvantitativ analys. Metoden bedömdes passande för studiens syfte att med beskrivande statistisk analys kunna jämföra de två grupperna (Billhult & Gunnarsson, 2012).

URVAL

Deltagarna i studien rekryterades inom öppenvården, Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. På Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg behandlas drygt 350 patienter med metadon eller buprenorfin. Det finns inga exakta siffror på hur många som behandlas med centralstimulantia, en uppskattning efter rundringning på de olika mottagningarna är att det rör sig om drygt 300 patienter. Inklusionskriterier var patienter över 18 år under läkemedelsbehandling med buprenorfin/metadon eller centralstimulantia inskrivna på öppenvårdsmottagning inom Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Deltagarna har beroende- och/eller ADHD-diagnos.

DELTAGARE

I studien medverkade 44 deltagare som också delades in i två undergrupper beroende på vilket läkemedel de behandlades med (tabell 1). Könsfördelningen i denna studie motsvarade könsfördelningen av befolkningen med substanssyndrom i Sverige (CAN, 2003). Samtliga patienter har någon form av substansberoendediagnos enligt DSM. Gruppen som får centralstimulantia har ADHD-diagnos.

Tabell 1. Undersökningsgrupp.

	Hela gruppen	Centralstimulantia	Opioider
Antal i studien	44	24	20
Medelålder	37,5	39	37
Medianålder	37	34,5	39,5
Läkemedel ≤ 1 år	12	12	0
Läkemedel > 1 år	32	12	20
Män	34	19	15
Kvinnor	10	5	5

DATAINSAMLING

Beroendeklinikens mottagningar finns spridda geografiskt. Vårdenhetscheferna tillfrågades i oktober 2014 om de kunde välja ut mottagningar som kunde medverka i studien. Resultatet blev att Beroendemottagning Kviberg, Beroendemottagning Centrum, Samverkanteamet Brofästet, Regional behandlingsenhet, Substitutionsmottagningen Östra och Substitutionsmottagningen Centrum ville delta. Genom vårdenhetscheferna och/eller sektionsledarna på respektive mottagning togs kontakt med några ordinarie behandlare som är antingen sjuksköterskor, kuratorer eller psykologer. Studieförfattarna presenterade sig därefter och tillfrågade behandlarna i november 2014 om de kunde hjälpa till med studien. Information gavs muntligt och skriftligt till respektive mottagning under en behandlingskonferens, där behandlarna fick möjlighet att ställa frågor kring studiens syfte, opioidgruppens behandlare fick information via mejl. Behandlarna tillfrågade därefter patienter som uppfyllde inklusionskriterierna om de önskade medverka och de fick ett häfte med forskningspersoninformation, formulär med fyra frågor kring demografisk data, frågeformuläret MANSA och ett försättsblad (bilaga III, IV och V). Denna urvalsprocedur utgick från ett bekvämlighetsurval som också säkerställde att deltagarna var opåverkade av substanser vid besvarandet av frågeformulären eftersom de samtidigt också drogtestades. Under december 2014 och januari 2015 pågick datainsamlingen. I slutet av januari hämtades eller skickades frågeformulären till författarna. Formulären var anonyma, ingen av svarsdeltagarna hade någon av studieförfattarna som kontaktperson/behandlare.

MÄTINSTRUMENT

Formuläret Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA, bilaga V) utvecklades som en modifierad version av Lancashire Quality of Life Profile (LQLP). MANSA innehåller 16 frågor för att mäta upplevd livskvalitet i ett helhetsperspektiv. Frågorna täcker in olika livsdomäner som arbete, ekonomi, socialt nätverk, fritidsaktiviteter, boende, personlig säkerhet, familjeförhållanden, sexliv samt fysisk och psykisk hälsa. Svardsdeltagaren får skatta mellan 1-7 i en tillfredsställelseskala på 12 frågor där 1 betyder ”kunde inte vara värre” och 7 ”kunde inte vara bättre” och svara ja/nej på resterande fyra frågor som handlar om de anklagats för något brott, utsatts för fysiskt våld, om de har en nära vän och om de träffat den vännen

senaste veckan. Instrumentet utprovades på psykiatriska slutenvårdspatienter i slutet av 90-talet och är lämpligt att användas i både tvärsnittsstudier som longitudinella studier (Björkman & Svensson, 2005). MANSA har god validitet och reliabilitet och passar för personer med psykisk ohälsa och beroende. Formuläret tar förhållandevis kort tid att svara på och innehåller en fråga om sexualitet som saknas i många skattningsskalor (Björkman & Svensson, 2005; Orley, Saxelna & Herrmann, 1998; Priebe, Huxely, Knight & Evans, 1999a). Ett medelvärde över 4,75 på varje fråga som skattas mellan 1 och 7 innebär god livskvalitet (Priebe et al, 1999b).

DATAANALYS

Data sammanställdes med nominalskala och analyserades med hjälp av beskrivande statistisk analys för att söka samband och skillnader (Billhult & Gunnarsson, 2012). Statistiska analyser gjordes i IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 21. För att beskriva undersökningsgruppen användes deskriptiv analys, för att undersöka skillnader mellan grupperna användes Students´ T-test.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Sjuksköterskornas internationella etikkod (ICN) samlar världens sjuksköterskor och vägleder till ett gemensamt förhållningssätt oberoende av nationella lagar. Koden har fyra områden; sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövningen, sjuksköterskan och professionen samt sjuksköterskan och medarbetaren. Det finns också beskrivet fyra olika rättigheter för dem som deltar i forskning; rätten att inte bli skadad, rätten till full information, rätten till konfidentialitet och självbestämmande (ICN, 2012). Enligt Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460) ska forskningen granskas av etikprövningsnämnden. I lagen framgår att det inte gäller forskning som utförs inom ramen av högskoleutbildning.

Risk/Nytta

Svarsdeltagarna i studien tillhör en sårbar, marginaliserad grupp med tidigare missbruk och en hög grad av samsjuklighet. Etiska överväganden har gjorts och eventuella risker ansågs inte vara något hinder i genomförandet av studien. Eventuella risker som i förväg identifierades var att frågeformuläret kunde väcka obehag för den svarande. Författarna har inte fått någon information om att svarsdeltagarna upplevt obehag. I enlighet med ICN har denna studie inte avsett att utsätta svarsdeltagarna för någon skada eller obehag. Kontaktpersoner eller behandlare är informerade att kontakta ansvariga för studien om detta sker. Svarsdeltagarna i studien hade möjlighet att fråga behandlare vid frågor om formuläret som uppstod. Studiens frågeställningar är relativt utforskade och bör kunna bidra med användbar kunskap. Förhoppning är att studien ska komma till nytta för den aktuella patientgruppen om sjuksköterskan kan arbeta mer aktivt med patientens livskvalitet.

Information

Deltagarna har fått skriftlig information om syftet till studien. Informationen var anpassad till patientgruppen och det framgick att det var frivilligt att delta och att det gick att avsluta deltagandet utan någon förklaring.

Samtycke

Samtyckesformulär utformades enligt etikprövningsnämndens föreskrifter (Etikprövningsnämnden, 2014) och tilldelades deltagarna innan eller i samband med utdelning av frågeformulär.

Konfidentialitet

Inga personuppgifter såsom namn eller födelsedatum samlades in. Resultatet presenterades så att inte identiteten på svarsdeltagarna kunde röjas.

RESULTAT

LIVSKVALITET OCH ENSKILDA LIVSOMRÅDEN

Första frågan i MANSA lyder: Hur tillfredsställd är du i dag med ditt liv som helhet? Medelvärdet på svaren blev 4,20. Deltagarna skattade enskilda livsområden förhållandevis olika. Lägst tillfredsställelsepoäng fick ekonomi och socialt nätverk. Samtliga värden förutom personlig säkerhet ligger under normvärdet. Tabell 2 innehåller medelvärden för samtliga livsområden.

Tabell 2. Medelvärden för olika livsområden (n=44).

Livsområden	Medelvärde*
Livet som helhet	4,20
Ekonomi	2,64
Socialt nätverk	3,36
Fritidsaktiviteter	3,64
Boende	4,27
Personlig säkerhet	5,09
Sexliv	3,57
Familjerelation	4,68
Fysisk hälsa	4,25
Psykisk hälsa	4,00

*Över 4,75 betecknar god livskvalitet (Priebe 1999b).

Vänner, brott och våld

MANSA innehåller fyra frågor som går att svara ja eller nej på. Av de 44 deltagarna hade 77 % svarat att de har en nära vän, 61 % har träffat en vän senaste veckan, 32 % har anklagats för brott och 34 % har varit utsatt för fysiskt våld senaste året.

SKILLNADER MELLAN DE OLIKA LÄKEMEDELSGRUPPERNA

Enligt det sammanlagda resultatet av formulärets 12 skattningsfrågor var medelvärdet för dem som behandlas med centralstimulantia något lägre än för dem som behandlas med opioider. Vid jämförelsen om hur tillfredsställda deltagarna är med livet som helhet visade ingen större skillnad mellan de olika läkemedelsgrupperna. I gruppen som behandlas med centralstimulantia skattade samtliga livsområden lägre än normvärdet förutom i livsområdet personlig säkerhet. Lägst medelpoäng får livsområden som ekonomi, sexliv och fritidsaktiviteter. De som behandlas med opioider skattade samtliga livsområden lägre än normvärdet förutom i livsområdet personlig säkerhet. Lägst medelpoäng får livsområden som ekonomi, livet som helhet och fritidsaktiviteter. Båda grupperna skattar allra lägst på livsområdet ekonomi och högst på personlig säkerhet. Tabell 3 redogör för resultaten för de båda grupperna.

Tabell 3. Livsområden MANSA - Patienter som behandlas med centralstimulantia jämfört med opioider.

Livsområden	Centralstimlantia	Opioider	P	KI 95 %
	Medelvärde	Medelvärde		
Livet som helhet	3,96	3,50	0,228	-1.436 – 0.353
Ekonomi	2,63	2,65	0,958	-0.987 – 0.937
Socialt nätverk	4,21	4,00	0,716	-0.938 – 1.355
Fritidsaktiviteter	3,38	3,95	0,208	-1.482 – 0.332
Boende	3,92	4,70	0,158	-1.983 – 0.333
Personlig säkerhet	5,08	5,10	0,973	-0.995 – 0.961
Sexliv	3,04	4,20	0,028	-2.183 – 0.134
Familjeförhållanden	4,33	5,10	0,206	-1.714 – 0.380
Fysisk hälsa	3,88	4,15	0,106	-1.630 – 0.163
Psykisk hälsa	3,92	4,65	0,580	-1.269 – 0.719

Sexliv

Det uppmättes en signifikant skillnad i ett oberoende T-test inom livsområdet *sexliv* ($p=0,028$) där gruppen som behandlas med centralstimulantia skattar betydligt lägre än gruppen som behandlas med opioider.

Vänner, brott och våld

På de fyra frågor i MANSA som kan besvaras ja eller nej visade det sig att nästan hälften av dem som får centralstimulantia har blivit utsatt för fysiskt våld det senaste året, jämfört med endast en av fem i opioidgruppen. Däremot hade fler i opioidgruppen anklagats för brott det senaste året, enligt tabell 4.

Tabell 4. Andel som svarade "Ja" på fyra specifika frågor

Svarat "Ja" på frågor i MANSA	Centralstimulantia n=24	Opioider n=20
Har en nära vän	18	16
Träffat en vän senaste veckan	15	12
Anklagats för brott senaste året	6	8
Utsatts för fysiskt våld senaste året	11	4

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Syftet med pilotstudien var att undersöka drogfria beroendepatienters uppfattning om deras livskvalitet under läkemedelsbehandling och om det fanns skillnader mellan patienter som får centralstimulantia med dem som får opioider. Genom studiens metodval lyckades författarna nå många personer på förhållandevis kort tid. Metoden valdes också för att få svar på patienternas gemensamma uppfattningar och för att kunna jämföra två grupper med varandra. Studiens explorativa karaktär, urvalsmetod och begränsade undersökningsgrupp medför att resultaten inte kan generaliseras. En svaghet med den valda metoden kan vara att deltagaren kan feltolka eller ha svårighet att förstå frågorna i en självskattningstest (Ejlertsson, 2005).

Vi hade under studien svårigheter att hitta relevant forskning kring livskvalitet och substansbrukssyndrom. Det saknades helt studier som jämförde patienter som behandlades med centralstimulantia och opioider i de databaser vi använde oss av.

Bakgrundsdata som efterfrågades om patienterna var; ålder, kön, läkemedel och tid i läkemedelsbehandling (bilaga IV). Frågorna ställdes för att se eventuella skillnader mellan de olika grupperna. Under analysen av resultatet delades "tid i behandling" in i två undergrupper, patienter som deltagit ett år eller mindre och patienter som deltagit mer än ett år. Gränsvärdet sattes efter resultat från tidigare studier som visade att livskvalitet ökar det första året i läkemedelsbehandling (Hambley et al., 2010; Ponizovsky & Grinshpoon, 2007). Betydligt färre kvinnor deltog i förhållande till män, men könsfördelningen avspeglade ändå hur det ser ut i samhället där tre fjärdedelar av de tunga narkotikamissbrukarna är män och en fjärdedel kvinnor (CAN, 2002).

Enligt en SBU-rapport (2012) existerar 1275 olika formulär som mäter livskvalitet i världen. Några formulär är specialdesignade för att undersöka livskvaliteten hos personer drabbade av till exempel psykisk ohälsa eller svåra somatiska sjukdomar. Instrumentet vi använt oss av har hög validitet och reliabilitet (Björkman & Svensson, 2005; Orley et al., 1998; Priebe et al., 1999a). MANSA har relativt få frågor vilket vi anser är passande för målgruppen som kan ha bristande tålamod och koncentrationssvårigheter. Enligt Denscombe (2000) avgör forskaren frågeformulärets storlek utifrån målgruppen. Perspektivet har konsekvenser för datainsamlingen där svåra begrepp som livskvalitet har blivit kvantifierade i mätbara variabler. Det finns inga lika skalsteg utan endast en gradering i svaren. MANSA svaren anges på en 7-gradig ordinalskala utan någon säkerhet för att avståndet mellan de olika skalstegen är lika stora vilket begränsar möjligheterna till statistiska bearbetningar (Rosengren, 1971). MANSA innehåller en frågedel med personliga detaljer som får varieras eller uteslutas. Personliga frågor kan vara om hur bostaden ser ut, inkomst, utbildning, detaljer om arbetsförhållanden. Vi valde att inte ta med den delen eftersom det inte ingick i studiens syfte att jämföra dessa variabler.

Frågorna för övrigt i MANSA-formuläret kändes anpassade till målgruppen och eftersom samtliga deltagare svarat på samtliga frågor så kan det vara ett tecken på att frågorna kändes lätta att besvara och/eller relevanta. Enligt Christensen (2004) kan det i självskattningstester finnas en risk för att personer svarar enligt social önskvärdhet vilket kan påverka resultatet och studiens validitet.

Livskvalitet är ett begrepp som innefattar individuella värderingar och det är svårt att göra dem mätbara. Att mäta så olika saker som fysiska symtom, emotionella tillstånd, sociala- och yrkesmässiga funktioner i en enda kategori kan vara problematiskt. Hur man värderar sin livskvalitet beror både på tidigare erfarenheter som möjliga framtida förutsättningar för en förbättrad eller försämrade livskvalitet (Brülde, 2003).

Om en ny studie skulle göras baserad på liknande frågeställningar som denna skulle WHO's livskvalitetsformulär (WHOQOL) kunna användas. Frågorna är likartade och det finns noggranna instruktioner kring hur resultaten ska analyseras. Den svenska versionen av detta formulär finns men WHO godkänner sällan att formuläret används till studentuppsatser.

RESULTATDISKUSSION

Vår förförståelse genom flera års arbete med denna patientgrupp är att en stor del endast önskar ett vanligt liv. Det faktum att patienten är i läkemedelsbehandling borde kanske innebära en förbättring av framtida förutsättningar. När deltagarna skattade livet som helhet blev medelvärdet (4,20) under gränsvärdet för god livskvalitet. Värdet är förväntat eftersom substansberoende oftast i kombination med samsjuklighet är stigmatiserande för individen och innebär marginalisering från samhälle, inte sällan saknar dessa personer både utbildning, arbete och inkomster (Alborn, 2012).

Livsområdet *personlig säkerhet* (m=5,09) skattades över gränsvärdet för god livskvalitet (4,75). En missbrukande persons subkultur innehåller gemensamma föreställningar, värderingar, kunskaper och normer som överförs från individ till individ och fungerar som ett rättsnöje för medlemmarna. Subkulturen ger anvisningar för vad som är moral och omoral, för hur status ska bedömas och för hur myndigheter ska hanteras (Svensson, 2007). Inte sällan bildas grupper där kriminalitet blir det sammanlänkade kittet och tryggheten i gruppen ökar. Centralt för denna process är att de succesivt, genom interaktion med andra droganvändare, lär sig viktiga normer och regler samt att man förvärvar olika kunskaper, både tekniska och praktiska men också mer känslomässigt förankrade eller förkroppsligade kunskaper (Lalander, 2012).

Vår uppfattning är att våra patienter har upplevt mycket våld och ingår ofta i kriminella kretsar där gruppen skyddar varandra, detta kan eventuellt ge dem upplevelsen av hög personlig trygghet.

Familjerelationer (m=4,68), *boende* (m=4,27) och *fysisk hälsa* (m=4,25) skattades nära gränsvärde för god livskvalitet. Att vissa områden skattas över och nära gränsvärde för god livskvalitet kan betyda ökad livskvalitet i behandling vilket Hambley et al. (2010) och Ponizovsky och Grinshpoon (2007) visar i sin forskning. Sannolikt innebär också drogfrihet en direkt ökning av livskvalitet inom dessa livsområden.

Lägst tillfredsställelsepoäng i MANSAs fick *ekonomi* (m=2.64). Enligt LAROs årsrapport 2013 fick nästan hälften av de registrerade försörjningsstöd och ytterligare en femtedel levde på sjukersättning eller pension (Davstad, Grönblad & Stein, 2014) vilket kan vara en förklaring till den låga skattningen. Vår erfarenhet är att den ekonomiska situationen är likartad i de olika läkemedelsgrupperna och att en majoritet av våra patienter saknar arbete, utbildning och har försörjningsstöd från socialtjänsten.

Det sociala nätverket var ett annat livsområde som skattades lågt i studien (m = 3.36). Sociala nätverk förändras successivt över tid, och uppbyggnad av ett sådant kräver ett komplext samspel mellan faktorer i själva nätverket. Här samverkar också ekonomin med möjligheterna att bygga nya nätverk, vilket ofta innebär för patienter som är drogfria. De kontakter som fanns och vårdades tidigare är oftast kontakter som är relaterade på ett eller annat sätt till missbruket. Meningsfulla och stödjande relationer till andra människor är centrala delar i uppbyggnaden av ett drogfritt liv. Avsaknad av bostad, arbete och familj försvårar ytterligare möjligheten till att utveckla ett nätverk. När någon slutar att missbruka finns det oftast inte många att vända sig till. Ensamhet och låg funktionsnivå är starkt försvärande faktorer vid början av en drogfrihet. En annan komplikation är att betydelsefulla närstående själva använder droger och blir då en länk till och stärker banden till drogvärlden. En förutsättning för att drogfriheten ska fungera är att personen upplever att en alternativ tillvaro är möjlig. Det är väsentligt att kunna erbjuda dessa personer ett känslomässigt och praktiskt stöd både när det gäller vardagliga bekymmer och mer kritiska situationer och omfattande livsproblem (Skårner, 2012).

Resultatet visade att 6 av 24 (25%) i centralstimulantigruppen hade anklagats för något brott senaste året. I opioidgruppen hade 8 av 20 (40%) anklagats för brott. Signifikantest mellan grupperna är inte gjord. En individ med narkotikamissbruk behöver finansiera sitt missbruk vilket oftast leder till kriminalitet. Steget in i kriminalitet är olika stort för olika personer. Vanligt är att personen redan har sysslat med kriminalitet innan missbruket, antingen levtt av kriminalitet eller haft kriminalitet som en bisyssla. Andra börjar med kriminalitet för att bekosta missbruket (Svensson, 2005). En studie av Vormaa, Sokero, Turtiainen, Hughes och Savolainen (2013) visar att patienters kriminella handlingar automatiskt minskar i läkemedelsbehandling för opioidmissbruk. Störst minskning gällde narkotikabrott och egendomsbrott. Studien visar att det inte är någon skillnad före och under läkemedelsbehandling gällande antal våldsbrott och drograttfylla. Vi menar att patienterna

behöver omfattande insatser eftersom patientens kriminella livsstil kan vara ett hinder mot en lyckad behandling.

Pilotstudien visade att 11 av 24 (46%) personer i gruppen som får centralstimulantia har blivit utsatta för fysiskt våld det senaste året. Det är en förhållandevis hög andel jämfört med opiatgruppen (4 av 20, 20%). För att få läkemedelsbehandling med centralstimulantia ska patienten ha en ADHD-diagnos. ADHD-symtom kan vara impulsivitet, bristande tålmod, motorisk oro, humörsvängningar, uppmärksamhetssvårigheter, stresskänslighet med mera. I en studie där man undersökte våld- och sexualbrottslingar i Västsvenska fängelser visade det sig att 63 procent bedömdes uppfylla kriterierna för ADHD som barn och 43 procent som vuxna (Billstedt & Hofvander, 2009). Under läkemedelsbehandling ska ADHD-symtom dämpas, men kanske inte tillräckligt. Det kan också vara möjligt att patienten har felaktig dos, sidomissbrukar eller att dessa personers livsstil innefattar fysiskt våld och att det inte går att göra livsstilsförändringar kortsiktigt.

Inom livsområdet ”sexliv” skattade gruppen med centralstimulantia signifikant lägre än gruppen med opioidbehandling. Innebörden i ordet ”sexliv” som används i MANSA-formuläret kan ha helt olika innebörd för olika individer. I en kunskapssammanfattning från Statens folkhälsoinstitut (2012) visade det sig att 50 procent av befolkningen är tillfreds med sitt sexliv. Majoriteten av både kvinnor och män anser att sexualiteten är en viktig del i deras liv. Det finns ett samband mellan tillfredsställande sexuella relationer och tillfredsställande livskvalitet, vilket också är nära sammankopplat med psykosocialt och fysiskt välbefinnande.

Grover, Mattoo, Pendharkar & Kandapan (2014) skriver i sin studie att bruk av opioider påverkar könshormoner som styr sexualiteten. Heroinberoende patienter och patienter i läkemedelsbehandling med opioider visade högre grad av sexuella biverkningar så som impotens, tidig utlösning, oförmåga att nå orgasm och nedsatt sexlust än normalpopulationen.

De patienter med ADHD och substansbruksyndrom har enligt vår erfarenhet ofta amfetamin som huvuddrog. Amfetamin har ofta i populärkultur beskrivits som en drog med stark koppling till sexuella aktiviteter. I en studie (Skärner & Svensson, 2013) baserad på intervjuer med drogfria personer med missbruket bakom sig framkom att amfetamin används för att maximera den sexuella upplevelsen och förmågan genom till exempel extremt utdragna samlag och en pornografiskt inspirerad sexuell aktivitet. Jakten på nya kickar blir ett invariant beteende där gränsöverskridande blir till vana och rutin. En långtgående konsekvens är att detta kan leda till ett sexuellt ointresse och för männens del potensproblem då jakten på nya upplevelser inte kan uppfyllas, en slags desensibilisering. Många av de sexuella problem som kommer fram under amfetaminmissbruket kvarstår när personerna blir drogfria.

Få sjuksköterskor är bekväma med att prata om sexualitet med sina patienter (Price, 2010). Vård- och omsorgspersonal bör utbildas och tränas i att beakta sexualiteten hos patienter

oavsett ålder, funktionsnedsättning och sexuell läggning (Statens folkhälsoinstitut, 2012). Vår erfarenhet som sjuksköterskor är att sexliv är ett område som sällan diskuteras med patienten.

KONKLUSION

I studien framgår att deltagarna i studien upplevde att de inte hade någon god livskvalitet när det fick skatta själva hur tillfredsställda de var med *livet som helhet*. Inte heller skattades andra livsområden högt förutom *personlig säkerhet*. *Sexliv* skattades signifikant lägre av dem som fick läkemedelsbehandling med centralstimulantia jämfört med dem som fick opioider.

Som sjuksköterskor i beroendevården har vi en förförståelse för att våra patienter har en dålig fysisk och psykisk hälsa, dålig ekonomi, svagt socialt nätverk med mera. Behandlingsinsatserna är flera, där läkemedelsbehandling är en viktig komponent. Det finns ett flertal positiva effekter med läkemedelsbehandling som till exempel symtomreduktion, minskat bruk av narkotiska preparat och inte minst den kontrollfunktion sjukvården får och möjligheten att upptäcka negativa förändringar i tid. Patienterna skattar trots detta i stort sett samtliga livsområden lågt i studien och därför är det viktigt att våga ställa frågor om sexliv och försöka att arbeta med de livsområden som kan förbättras. Det går att mäta livskvalitet och det är också intressant att se en eventuell förändring över tid. Vår förhoppning är att sjukvården också börjat mäta livskvalitet hos substansberoende patienter och det skulle det vara intressant att följa patienternas livskvalitet över tid i läkemedelsbehandling.

ARBETSFÖRDELNING MELLAN FÖRFATTARNA

Arbetet har fördelats jämt mellan studieförfattarna. Arbetet har vuxit fram genom intensiva interaktiva diskussioner.

REFERENSER

- Agerberg, M. (2004). *Kidnappad hjärna, en bok om missbruk och beroende*. Lund: Studentlitteratur.
- Alborn, S-E. (2012). Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet. I Fahlke, C. (red.). *Missbrukspsykologi* (s. 263-264). Malmö: Liber AB.
- Beroendekliniken. (2010). *Välkommen till substitutionsverksamheten i Göteborg*. Hämtad 2015-01-08, från <http://www.sahlgrenska.se/upload/SU/Område%202/valkommen-substitutionsverksamheten.pdf>
- Beroendekliniken. (2012). *Riktlinjer, neuropsykiatrisk utredning och behandling av samtidigt beroendetillstånd*. Ann-Gerd Melin. Göteborg.
- Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I Henricson, M. (red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (s. 115-126). Lund: Studentlitteratur.
- Billstedt, E. & Hofvander, B. (2009). *Tidigt debuterande beteendestörning: förekomst och betydelse bland vålds- och sexualbrottsdömda*. Kriminalvården. Projekt nr 2009:115.
- Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.
- Björkman, T & Svensson, B. (2005). "Quality of Life in People with Severe mental Illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life". In *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 4.
- CAN. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2002). *Narkotikamissbruk och marginalisering*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- CAN. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2003). *Drogutvecklingen i Sverige*. Rapport nr 71. Stockholm: Edita Ljunglöfs.
- Chau, C-Y., Gau, S., Mao, W-C., Shyu, J-F., Chen, Y-C., & Yeh, C-B. (2008). Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 62, 421-426.
- Christensen, L. B. (2004). *Experimental methodology*. Boston: Pearson Allyn & Bacon.
- Davstad, I., Grönblad, L., & Stein, K. (2014). *LAROs Årsrapport 2013. Behandlingsuppföljning vid opiatberoende*. Hämtad 2015-02-13, från http://www.registercentrum.se/sites/default/files/dokument/laros_arsrapport_2013.pdf
- De Maeyer, J., Vanderplassen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21 (2010) 364-380.

- Denscombe, M. (2000) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Etikprövningsnämnden. (2014). *Etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2015-01-07, från <http://www.epn.se/sv/start/startside/>
- Faraone, S. V., Sergeant, J. & Gillberg, C., Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.
- Franck, J., & Nylander, I. (2011). *Beroendemedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., Grann, M., & Lindefors, N. (2012). Long-term functional outcome in adult prison inmates with ADHD receiving OROS-methylphenidate. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 262:705-724.
- Grover, S., Mattoo, S-K., Pendharkar, S., & Kandapan, V. (2014). Sexual dysfunction in patients with alcohol and opioid dependence. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 36, 355-365.
- Hambley, J., Arbour, S., & Sivagnanasundaram, L. (2010). Comparing outcomes for alcohol and drug abuse clients: A 6-month follow-up of clients who completes a residential treatment programme. *Journal of Substance Use*, 15(3);184-200.
- Hansen, S. (2000). *Från neuron till neuros: En introduktion till modern biologisk psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Heilig, M. (2011). *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- ICN. (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses International Council of Nurses*. Hämtad 2014-12-15, från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf
- Irwin, P. H. (1981). Quality of life assessment and drug abuse treatment program evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 4. 123-130.
- Johnson, B. (2005). *Metadon på liv och död*. Lund: Studentlitteratur.
- Johnson, B. (2009). ”Två risker med läkemedelassisterad behandling – läckage och förgiftningsdödsfall”. I Johnsson Eva, Laanemets Leili och Svensson Kerstin (red): *Narkotikamissbruk, debatt, behandling och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.
- Kakko, J. (2011). *Heroinberoende*. Liber: Stockholm.
- Lalander, P. (2012). Det sociala och förkroppsligade missbruket. I Fahlke, C. (red.) *Handbok i missbrukpsykologi – teori och tillämpning*. Malmö: Liber AB.

Landheim, S. (2007). *Psykiske lidelsere hos pasienter I rusesektorern: Förekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket. En tvernsnittsstudie og en prospektiv studie i to fylker*. Doktorsavhandling, Medicinska fakulteten, Oslo.

Läkemedelsverket. (2009). *Läkemedelsbehandling av ADHD – Information från Läkemedelsverket*. 1:2009.

Läkemedelsverket. (2013). *Uppföljning av ADHD läkemedel*. Hämtad 2014-12-19, från http://www.lakemedelsverket.se/upload/nyheter/2014/Arsrapport_2013_uppfoljning_ADHD.pdf 140605

Manning, V., Gomez, B., Guo, S., Deng Low, Y., Kee Koh, P., & Eng Wong, K. (2011). An exploration of quality in life and predictors in patients with addictive disorders: gambling, alcohol and drugs. *Int J Ment Health Addiction*. 2012(10), 551-562.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 472-479.

Naess, S., Mastekaasa, A., Moum, T., & Sörensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvaere*. (Nova-rapport nr. 3). Oslo: Nova

Orley, J., Saxelna, S., & Herrmann, H. (1998). Quality of life and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 172, 291-293.

Pérez de los Cobos, J., Sinõl, N., Perez, V., & Trujols, J. (2014). Pharmacological and clinical dilemmas of prescribing in co-morbid adult attention-deficit/hyperreactivity disorder and addiction. *British journal of clinical pharmacology*, 77 (2), 337-356.

Ponizovsky, A. M., & Grinshpoon, A. (2007). Quality of life among heroin users on buprenorphine versus methadone maintenance. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(5), 631-642.

Price, B. (2010). Sexuality: raising the issue with patients. *Cancer Nursing Practice*, 9(5), 29-36.

Priebe, S., Huxely, P., Knight, S., & Evans, S. (1999a). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1), 7-12.

Priebe, S., Huxely, P., Knight, S., & Evans, S. (1999b). The Manchester short assessment of quality of life (MANSA). In Priebe, S., Oliver, J. & Kaiser, W. *Quality of Life and Mental Health Care*. Wrightson Biomedical Publ. Petersfield.

Punzi, E. (2014). *“Too much is never enough” Psychological studies of substance misuse and other excessive behaviors* (Doktorsavhandling, Göteborg, Psykologiska institutionen) Göteborg: Acta

Punzi, E. (2012). Beteendeproblem och substansmissbruk. I Fahlke, C. (red.). *Missbrukspsykologi* (s. 114-124). Malmö: Liber AB.

Psykiatrisk Riksförening. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Stockholm: Psykiatriskt Riksförening. Hämtad: 2015-03-26, från:
<http://psykriks.se/wpcontent/uploads/2012/07/Kompetensbeskrivning-psykiatri.pdf>

Rosengren, K-E. (1971). *Sociologisk metodik*. Stockholm: Norstedt & Söner.

Ryan, C. F., & White, J. M. (1996). Health status at entry to methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire. *Addiction*, 91(1), 39-45.

Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D., & Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomised controlled trials: Bibliographic study. *British Medical Journal*, 317 (7167), 1191-1194.

SBU. (2012). *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. Hämtad 2014-12-03, från
http://www.sbu.se/upload/VoP/svensk/VoP_1_201.pdf.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Skärner, A. (2012). Missbruk och beroende ur ett relations- och nätverksperspektiv. I Fahlke, C. (red.). *Missbrukspsykologi* (s. 188-197). Malmö: Liber AB.

Skärner Svensson 2013

Socialstyrelsen. (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Artikelnr: 2007-102-1.

Socialstyrelsen. (2009). SOSFS 2009:27. *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. Hämtad 2014-10-19, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-27>

Socialstyrelsen. (2014). *Läkemedelsbehandling vid ADHD. Aspekter av behandling och regionala skillnader*. Hämtad 2015-01-19, från
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-16>

Statens folkhälsoinstitut. (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Hämtad 2015-03-10, från
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12779/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Svensk sjuksköterskeförening om personcentrerad vård*. Hämtad 2015-01-13, från <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/SSF-om/Personcentrerad-varld/>

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

Svensson, B. (2007). *Pundare, jonkare och andra: med narkotikan som följeslagare*. Stockholm: Carlsson bokförlag.

Söderpalm, B. (2012). Neuropsykiatri med tonvikt på ADHD. I Fahlke, C. (red.). *Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning* (s 289 – 303). Malmö: Liber.

Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S., Hughes, L A., & Savolainen J. (2013). Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: Evidence from a community study. *Addictive Behaviors*, 38. 2313-2316.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and Medicin*, 41, 1403-1409.

BILAGOR

Bilaga I.

Missbruk/beroendekriterier enligt DSM-5 och ICD-10

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5:e upplagan; American Psychiatric Association)

Missbruks- och beroendediagnoser samlas under begreppet substansbruksyndrom (eng. Substance use disorder). För diagnos krävs att minst två kriterier är uppfyllda. Svårighetsgraden anges som "mild" om 2–3 kriterier är uppfyllda, som "måttlig" om 4–5 kriterier är uppfyllda, och som "svår" om fler än 5 kriterier är uppfyllda.

Kriterier

- Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
- Upplevelse av begär/sug efter drogen.
- Abstinensbesvär när bruket upphör.
- Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
- Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
- Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
- Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
- Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.
- Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.
- Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
- Fortsatt användning trots återkommande problem.

ICD-10

För beroende enligt ICD-10 gäller att tre av sex kriterier ska vara uppfyllda:

- Stark längtan efter drogen.
- Svårighet att kontrollera intaget.
- Fortsatt användning trots skadliga effekter.
- Prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser.
- Ökad tolerans.
- Fysiska abstinenssymtom

Bilaga II.

Läkemedel för behandling av ADHD.

	Substans	Produkt	Godkännande	Indikation
Centralstimulantia				
Snabbverkande	metylfenidat	Ritalin (tabl)	2005	6 -17 år
		Medikinet (tabl)	2006	6 -17 år
	dexamfetamin	Metamina	licens	6 -17 år
		Attentin	2014	6 -17 år
	amfetamin	Amfetamin	licens	6 -17 år
	amf. + dexamf.	Adderall	licens	6 -17 år
Medellångverkande	metylfenidat	Ritalin (kaps)	2005	6 -17 år
			2014	vuxna
		Medikinet (kaps)	2006	6 -17 år
			2013	vuxna
		Equasym Depot	2007	6 -17 år
	amf. + dexamf.	Adderall XR	licens	6 -17 år
Långverkande	metylfenidat	Concerta	2002	6 -17 år
			2011	vuxna
		Methylphenidate Sandoz	2013	6 -17 år
			2014	vuxna
		lisdexamfetamin	Elvanse	2013
				Vuxna
Icke centralstimulerande				
	atomoxetin	Strattera	2006	6 -17 år
			2013	vuxna

Källa: Läkemedelsverket (2014)

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

Personer med beroende och psykiatrisk diagnos kan få erbjudande om läkemedelsbehandling i beroendesjukvården. En grupp är de med opiatberoende som får läkemedelsbehandling med buprenorfin eller metadon. En annan grupp är personer med ADHD-diagnos som får läkemedelsbehandling med centralstimulerande läkemedel. Vi är två sjuksköterskor som skriver en magisteruppsats och vill med denna studie se hur ni upplever att er livskvalitet ser ut under medicineringen.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka livskvaliteten hos er som får läkemedelsbehandling på Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset och även undersöka likheter och skillnader mellan grupper som får likartad behandling.

Förfrågan om deltagande

Studien kommer att genomföras på er som behandlas med metadon, buprenorfin eller centralstimulerande läkemedel som metylfenidat (Concerta®, Ritalin®, Medikinet®) och lisdexamfetamin dimesylat (Elvanse®). Du tillfrågas att delta eftersom du behandlas med något av dessa läkemedel.

Hur går studien till?

Du svarar på två stycken screeningformulär som tar ca 10-15 minuter att besvara.

Finns det några risker med att delta?

En möjlig risk är att du får svara på frågor som du kan tycka är känsliga. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du ha svarat när studien är klar.

Finns det några fördelar med att delta?

Det finns inga personliga fördelar för dig att delta. I förlängningen kan studiens resultat förbättra vården för dig och andra i samma situation.

Hantering av data och sekretess

De insamlade materialet kommer inte att visas för obehöriga. Din medverkan i studien har ingen koppling till din behandling och kommer inte påverka din medicinering. När studien är klar våren 2015 förstörs materialet.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du vill ta del av studiens resultat kontakta ansvariga för studien.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta. Du kan när avbryta din medverkan utan att förklara varför.

Ansvariga för studien

Marie von Garaguly, sjuksköterska Brofästet. marie.von_garaguly@vgregion.se

Jessica Lindgren, sjuksköterska Substitutionsmot. jessica.lindgren@vgregion.se

Bilaga IV.

Demografisk data

DEMOGRAFISK DATA

Ålder: _____

Kön: _____

Hur lång tid har du haft denna läkemedelsbehandling? _____ år/mån
(sammanlagd tid under detta tillfälle)

Aktuellt läkemedel _____

Manchester Livskvalitetsskala (MANSA)

Alla frågor skall ställas varje gång formuläret används.

- 1 Hur tillfredsställd är du i dag med ditt liv som helhet?*
- 2 Hur tillfredsställd är du med ditt arbete (eller skyddade arbete, arbetsträning/utbildning som din huvudsakliga sysselsättning)?*
eller om du är arbetslös eller pensionerad
Hur tillfredsställd är du med att vara arbetslös/pensionerad
- 3 Hur tillfredsställd är du med din ekonomiska situation?*
- 4 Har du någon som du skulle vilja kalla "en nära vän"? 1=JA, 2=NEJ
- 5 Har du träffat någon vän den senaste veckan? (besökt en vän, fått besök av en vän, eller träffat en vän utanför ditt hem eller arbete
1=JA 2=NEJ
- 6 Hur tillfredsställd är du med antalet och kvaliteten på dina vänner?*
- 7 Hur tillfredsställd är du med dina fritidsaktiviteter?*
- 8 Hur tillfredsställd är du med ditt boende?*
- 9 Har du under det senaste året anklagats för något brott? 1=JA, 2=NEJ
- 10 Har du under det senaste året varit utsatt för fysiskt våld? 1=JA, 2=NEJ
- 11 Hur tillfredsställd är du med din personliga säkerhet?*
- 12 Hur tillfredsställd är du med de människor du bor med?*
- eller om du bor ensam*
Hur tillfredsställd är du med att bo ensam?*
- 13 Hur tillfredsställd är du med ditt sexliv?*
- 14 Hur tillfredsställd är du med din relation till din familj?*
- 15 Hur tillfredsställd är du med din fysiska hälsa?*
- 16 Hur tillfredsställd är du med din psykiska hälsa?*

*Tillfredsställelseskala

1	2	3	4	5	6	7
<i>Kunde inte vara värre</i>	<i>Missnöjd</i>	<i>För det mesta missnöjd</i>	<i>Både och</i>	<i>För det mesta nöjd</i>	<i>Nöjd</i>	<i>Kunde inte vara bättre</i>