



CESAR – CENTRUM FÖR SOCIALT ARBETE

SOCIONOMPROGRAMMET

KANDIDATUPPSATS, 15HP

VÅRTERMINEN 2019

# **”Det är good enough”**

en kvalitativ studie om uppfattningar hos  
personal inom tvångsvården, avseende  
läkemedelsassisterad behandling av  
opiatmissbruk i tvångsvård för missbrukare, ur  
ett etiskt perspektiv.

Jennie Holm Skans & Therése Liljegren

Handledare: Madeleine Sultán Sjöqvist

2019-05-26

## Tack

Vi vill framföra ett varmt tack till alla ni som stöttat oss i arbetet med denna uppsats. Ett stort tack till institutionschefen som gav sitt bifall till att intervjua personal anställda på institutionen. Ett stort tack till er som tog er tid att bli intervjuade av oss, utan er hade denna uppsats inte varit möjlig att skriva. Vi vill även tacka vår handledare Madeleine Sultán Sjöqvist för tips, råd och peppning längs vägen.

Slutligen vill vi rikta ett varmt tack till er som stöttat oss i vardagen under den tid vi har arbetat med uppsatsen. Till mormor och morfar som ställt upp med barnvaktning. Till våra barn som hejat på oss under arbetet. Till Anders, som skött markservicen med beröm godkänt och bidragit med uppmuntran.

## Abstract

Within the group opioid users, mortality rates are high. Many within this group are cared for in one of Sweden's LVM-homes. Opioid dependence is often treated by using opioid maintenance therapy, in Sweden often referred to as LARO. Within LVM, LARO has been active for a little over two years and is available in three LVM-homes. This specific topic has never been researched, however a research project is currently active in one of these three LVM-homes. The aim of this study is to point out an ethical conflict in the use of LARO within compulsory care and how the employees relate to this conflict. It also aims to close a knowledge gap. We connect the results to the theories we have chosen to better interpret the results. We use theories on ethics, such as obligation ethics and utilitarianism. As these are not sufficient to interpret our results we also use labelling theory and stigma. We have carried out qualitative interviews to answer our questions. We interpret the results of these by coding transcriptions and present the results thematically. The results of the analysis, and interpretation with the help of previous research and theory, brings out different aspects. The employees emphasize the advantages they can see with LARO, such as its life saving probabilities and improvement in quality of life. They also highlight what impact the health cares role has on clients and employees and request a more distinct regulatory system surrounding LARO. They also talk about the importance of working with the social complex of problems, LARO is merely a medicine. Furthermore, the interviewed employees speak very sparsely about their ethical position on this treatment. Our results point out the importance of further research on the subject, and a discussion about the absence of ethical discourse within the professional society.

**Keywords:** Ethics, LARO, LVM.

## Sammanfattning

Inom gruppen opiatmissbrukare är dödligheten hög och många av dessa vårdas med stöd av LVM på något av landets LVM-hem. Opiatmissbruk behandlas ofta med substitutionsbehandling. Denna behandlingsform kallas ofta LARO, Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatmissbruk. LARO inom ramen för LVM har funnits tillgängligt i lite drygt två år och finns nu på sammanlagt tre LVM-hem. Detta specifika ämne har tidigare inte forskats på, dock pågår för närvarande ett forskningsprojekt på ett av dessa LVM-hem. Denna studies syfte är att visa på en inbyggd etisk konflikt i användandet av LARO inom tvångsvård och hur personal förhåller sig till denna konflikt. Den ämnar även fylla en kunskapslucka. Vi kopplar resultatet till de teorier som vi valt att använda oss av för att bättre tolka resultatet. Vi väljer att använda oss av etiska teorier, såsom pliktetik och nyttoetik. Då dessa inte bedöms vara tillräckliga för att tolka vårt resultat använder vi oss även av stämplingsteori och stigma. Vi genomför kvalitativa intervjuer för att besvara våra frågeställningar. Vi tolkar resultatet genom kodning av transkriberingar och presenterar resultatet av detta tematiskt. Resultatet av analysen och tolkning med hjälp av tidigare forskning samt teori lyfter fram olika aspekter. Dels lyfter personalen fram de fördelar som de kan se med LARO i form av dess livräddande egenskaper och förbättrad livskvalitet. De lyfter även fram hur sjukvårdens roll påverkar såväl klienter som personal och efterfrågar tydligare ramar för hanteringen av LARO. De talar även om vikten av att arbeta med den sociala problematiken, LARO är endast en medicin. Vidare talar de vi har intervjuat ytterst sparsamt om deras etiska ställningstaganden kring denna behandling. Vårt resultat påtalar vikten av ytterligare forskning i ämnet, samt en diskussion om bristen på etisk diskurs inom yrkeskåren.

**Nyckelord:** Etik, LARO, LVM

Antal ord: 19 228

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUND .....	1
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	3
1.3 DISPOSITION.....	3
<b>2. TIDIGARE FORSKNING .....</b>	<b>4</b>
2.1 SÖKPROCESS .....	4
2.2 MISSBRUK OCH BEROENDE.....	5
2.3 SUBSTITUTIONSBEHANDLING .....	7
2.4 TVÅNGSVÅRD.....	9
2.5 ETIK .....	11
2.6 SAMMANFATTNING AV TIDIGARE FORSKNING .....	13
<b>3. TEORI.....</b>	<b>14</b>
3.1 PLIKTETIK .....	15
3.2 NYTTOETIK .....	16
3.3 STÄMPLINGSTEORIN.....	17
3.4 STIGMA .....	17
<b>4. METOD OCH MATERIAL.....</b>	<b>18</b>
4.1 FORSKNINGSANSATS .....	18
4.2 MATERIAL.....	19
4.3 ANALYSMETOD .....	20
4.4 VALIDITET OCH RELIABILITET .....	21
4.5 ETISKA ÖVERVÅGANDEN.....	22
<b>5. RESULTAT OCH ANALYS.....</b>	<b>23</b>
5.1 LIVSKVALITET OCH VÄRDIGHET .....	23
5.2 LIVRÄDDANDE .....	27
5.3 MISSBRUKARBETEENDE .....	28
5.4 SJUKVÅRDENS ROLL.....	31
5.5 PERSONALENS FÖRHÅLLNINGSSÅTT .....	34
<b>6. DISKUSSION .....</b>	<b>36</b>
6.1 SUMMERING .....	36
6.2 STUDIEN I LJUSET AV TIDIGARE FORSKNING .....	37
6.3 TEORIDISKUSSION .....	38
6.4 METODDISKUSSION .....	39
6.5 IMPLIKATIONER FÖR SOCIALT ARBETE SOM FORSKNING OCH PRAKTIK.....	40
<b>7. REFERENS- OCH LITTERATURLISTA.....</b>	<b>41</b>
<b>BILAGA 1 – FÖRFRÅGAN .....</b>	<b>45</b>
<b>BILAGA 2 - INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>46</b>
<b>BILAGA 3 - SAMTYCKESBLANKETT .....</b>	<b>47</b>
<b>BILAGA 4 – RUTIN FÖR LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING VID OPIODBEROENDE ...</b>	<b>48</b>

# I. INLEDNING

“Narkotikadödligheten i Sverige nästan värst i hela EU”. Så lyder rubriken till ett reportage som SVT publicerar den 6 juni 2017 (Bergstedt, 2017). I Sverige är all hantering av narkotika kriminaliserad. Det finns en social lagstiftning som uttrycker att alla människor ska behandlas lika och att insatser ska riktas särskilt till vissa utsatta grupper - däribland missbrukare. Det finns till och med en lagstiftning som ska förhindra att människor dör på grund av sitt missbruk; Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, (SFS 1988:870). Vårdtiden kan vara i maximalt sex månader. När en person vårdas med LVM gäller total drogfrihet. Lagen stiftades för drygt trettio år sedan. Trots detta avlider alldeles för många av narkotikarelaterade orsaker. 2017 avled 959 personer av narkotikarelaterad dödlighet (Folkhälsomyndigheten, 2019). Det finns en uppåtgående trend i antalet narkotikarelaterade dödsfall i Sverige. Statistik från 2015 visar att av de dödsfall som registrerats som narkotikarelaterade finns opioider med i bilden i majoriteten av dem (EMCDDA, 2017).

## I.1 Bakgrund

När en person döms till vård enligt LVM hamnar denne på någon av de institutioner som bedriver LVM-vård i Sverige. Dessa drivs av Statens institutionsstyrelse och benämns vanligen LVM-hem (Statens institutionsstyrelse, 2019). Många av de som vårdas enligt denna lag har ett missbruk där någon form opioider<sup>1</sup> ingår. Traditionellt är den mest förekommande substansen inom denna grupp Heroin, men missbruk av andra preparat blir mer och mer vanligt förekommande. Medicinsk behandling av opioidmissbruk sker med hjälp av något som kallas substitutionsbehandling. Som namnet antyder byter man helt enkelt ut drogen mot ett substitut då man bedömer att personens beroende är så starkt att denne aldrig kommer att helt och håller kommer att kunna avhålla sig. Det finns olika preparat; Subutex och Suboxone (buprenorfin) och Metadon. Behandlingen kallas även LARO, Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende. I denna uppsats kommer vi att använda uttrycket LARO. Rehabiliteringen ska endast assisteras av läkemedel. Tyngdpunkten ska alltså ligga på andra insatser, oftast någon form av behandling med hjälp av evidensbaserade metoder såsom KBT eller liknande. LVM-hemmen bedriver inte behandling. De erbjuder behandlingsinslag, men dessa är frivilliga och det finns inget krav på deltagande. Behandlingshem (HVB) ställer högre krav på klienterna. De förväntas delta i den behandling som bedrivs. Vid inaktivitet kan annars utskrivning från behandlingshemmet bli aktuellt. Inom LVM kan man motivera och uppmuntra, men inte ställa krav på deltagande. Tvånget finns redan i form av själva vistelsen på institutionen.

LVM-tiden ska vara helt drogfri. Därför låter det som en paradox att klienter under vårdtiden skulle kunna få LARO. Detta kan ligga till grund för en etisk konflikt hos personalen som är verksam på de

---

<sup>1</sup> Opioider är ett samlingsnamn för en grupp substanser med morfinliknande egenskaper. Sedan 2017 är opioider den rekommenderade benämningen och ska ersätta benämningen opiater som är ett snävare begrepp. I denna uppsats används båda begreppen, med samma innebörd.

LVM-hem där LARO-behandling finns. Å ena sidan kan behandlingen ses som livsnödvändig för en del klienter. Å andra sidan kan den ses som en förlängning av missbruket i och med tillförseln av narkotikaklassade preparat. Beroende på personalens personliga tolkningar av vad drogfrihet innebär kan införandet av LARO inom LVM bli ett svårhanterat etiskt dilemma.

2011 genomförde Gerhard Larsson den så kallade missbruksutredningen (SOU 2011:35). Denna granskade landets missbruksvård och kom fram till flera slutsatser. En av dessa var att substitutionsbehandling räddar liv och att den därför borde kunna erbjudas alla som uppfyller kraven för att få tillgång till det, oavsett vilken vårdform de vårdas i. Inom tvångsvård medicineras inte klienten med narkotikaklassade preparat på grund av att vårdtiden anses alltför kort ur ett livsloppsperspektiv. För att medicineras med LARO krävs en omfattande vårdplan för att ge individen kontinuitet i behandlingen (HSLF-FS 2016:1).

För drygt två år sedan uppdaterade Socialstyrelsen sina riktlinjer. Detta möjliggjorde LARO-behandling inom tvångsvård (HSLF-FS 2016:1). Som pilotprojekt utvaldes två institutioner att testa detta. Dessa utökades sedan till tre. Projektet har nu pågått i lite mer än två år. Det har ännu inte utvärderats. I skrivande stund pågår ett forskningsprojekt på en av dessa institutioner. I dagsläget vet alltså ingen hur effektiv denna behandling är inom tvångsvårdens ramar. Inte heller vet vi hur den påverkar förhållandena för samtliga klienter som vårdas på dessa LVM-hem, eller för personalen som arbetar på dem. Avsaknaden av forskning inom detta område innebär att det finns en stor kunskapslucka. Denna innefattar såväl studier av effektiviteten som den etiska konflikten som uppstår inom yrkeskåren.

En av författarna till denna uppsats arbetar på ett av LVM-hemmen som erbjuder LARO-behandling. Författaren arbetar dock inte med LARO-frågor inom ramen för tvångsvård och har därför inte full insyn i denna del av verksamheten. Detta ger förförståelse, men har även väckt många funderingar kring olika aspekter av denna vård. Effektivitet är en. Det är i dagsläget inte fastställt hur effektiv denna form av behandling, inom ramen för LVM, är. Personalen, som arbetar nära klienterna, bygger upp en god relation till dem och lär känna dem väl. De kan följa hur deras livssituation utvecklas och har sannolikt en god uppfattning om LAROs påverkan för de klienter som får den. Samtidigt ser de hur behandlingen påverkar de klienter som inte har tillgång till den.

Ytterligare en fundering som väcks är kring de etiska aspekterna. Klienter som får "lagligt knark" sitter inlåsta tillsammans med andra som inte har tillgång till det. Detta sätter press på de som har det att dela med sig, samtidigt som det skapar sug hos de som inte har det. Att tvingas att leva, under en period, tillsammans med människor som du inte har valt att leva med är i sig svårt att hantera. Att då även tvingas leva under olika villkor, inlåst, gör det ännu svårare.

LVM ska erbjuda drogfrihet men tillhandahåller droger, även om de är lagliga. De vårdas av personal som motiverar till drogfrihet, men behöver förhålla sig till att vissa får droger utskrivet av läkare. Att

arbeta med tvångsvård är i sig etiskt svårt att förhålla sig till. Att gå från total drogfrihet till assisterat bruk är ytterligare en svår etisk fråga att förhålla sig till.

## 1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att visa på en inbyggd etisk konflikt i användandet av LARO inom tvångsvård och hur personal förhåller sig till denna konflikt. Frågeställningarna är:

- Hur upplever personalen att LARO påverkar klienternas livssituation under vårdtiden?
- Hur förhåller sig personalen till att vissa klienter får, och att andra inte får, LARO på ett LVM-hem?
- Hur resonerar personalen kring sina etiska ställningstaganden gällande användandet av LARO inom LVM?

## 1.3 Disposition

Uppsatsen är disponerad på följande sätt: I det första och inledande kapitlet, som finns här ovan, presenteras bakgrunden till uppsatsen där vi förklarar begreppen LARO och LVM. Vi formulerar också det som vi anser vara ett problem idag, nämligen att tillhandahålla LARO till vissa klienter inom LVM. Bakgrunden mynnar ut i uppsatsens syfte och frågeställningar.

I nästkommande kapitel presenteras tidigare forskning. Detta görs genom att vi redovisar vår sökprocess. Vidare tematiserar vi den tidigare forskning som vi anser vara relevant för vår studie, på ett sätt som vi ser kan hjälpa oss att svara på frågeställningarna utifrån de teoretiska perspektiv vi har i studien. Den forskning vi presenterar är inte tydligt kopplad till våra frågeställningar och vi ser att det finns en kunskapslucka inom det vi vill studera. Vi menar ändå att den tidigare forskning vi presenterar har relevans för vår studie då den angränsar till ämnet. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

I kapitel tre presenterar vi de teorier som vi väljer att utgå ifrån för att kunna utreda det problem som vi formulerar i studien. Genom att vi studerar det etiska kring LARO inom LVM, så väljer vi två etiska teorier, pliktetik och nyttoetik. Vi väljer också att använda oss av stämplingsteori och stigma, då vi ser att etiska teorier inte är tillräckliga för att besvara frågeställningarna.

I kapitel fyra redogör vi för hur vi går tillväga för att samla ihop material till vår studie, samt för hur vi gör analysen. Kapitlet innefattar presentationen av vår forskningsansats och att vi använder oss av kvalitativa intervjuer som metod. Kapitlet fortsätter med en redogörelse för genomförandet av studien, hur analysen har gått till samt att vi presenterar våra överväganden inom metod och etik.

I kapitel fem redovisar vi vad vi kommer fram till i form av resultat och analys av studien. Presentationen av resultatet sker i form av olika teman som vi har kunnat utläsa. Vi grupperar och



redovisar utdrag från intervjuerna under de teman som vi har. Koppling till den tidigare forskningen och teori som vi har som grund och utgångspunkt i studien görs också här.

I sjätte och sista kapitlet summerar vi resultatet utifrån våra frågeställningar. Vidare för vi en diskussion mellan resultatet och tidigare forskning. Vi för också en diskussion om metoden och hur den förhåller sig till resultaten. En diskussion förs även mellan resultatet och de teorier vi har som utgångspunkt i studien. Vi avslutar med en diskussion om vilka slutsatser vi drar av vår studie i förhållande till forskning inom socialt arbete samt till det sociala arbetet som praktik.

## **2. TIDIGARE FORSKNING**

Under denna rubrik presenterar vi vår sökprocess. Vidare gör vi en tematisering över forskningsläget utifrån vårt syfte med studien. Avsnittet avslutas med en sammanfattning och diskussion kring hur vi ser på forskningsläget.

### **2.1 Sökprocess**

Då LARO-behandling godkändes i tvångsvården så sent som 2016 finns inte mycket forskning att tillgå just kring LARO i tvångsvården. Vid sökning i de databaser som vi använder oss av i den här uppsatsen får vi inga träffar då vi använder sökorden "LARO" och "LVM" i kombination. Detta bedömer vi vara en kunskapslucka. Eftersom vår utgångspunkt i denna uppsats är att visa på en inbyggd etisk konflikt i användandet av LARO inom tvångsvård och hur personal förhåller sig till denna konflikt, har vi sökt artiklar som vi bedömer angränsar till det vi vill påvisa.

Vi börjar med att undersöka hur regelverket ser ut kring LARO-behandling inom tvångsvården. Det får vi fram genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (HSLF-FS 2016:1). Den missbruksutredning som genomförs år 2011 ligger till grund för de ändringar som nu möjliggör LARO inom LVM. De nya föreskrifterna börjar gälla 15 februari 2016 och Statens institutionsstyrelse går ut med direktiv kring hanteringen av LARO i samband med detta med sin "Rutin vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende" (se bilaga 4). På grund av att de nya föreskrifterna börjat gälla relativt nyligen, är det mesta av den tidigare forskning vi finner utförd innan de nya föreskrifterna börjar gälla. Detta är något vi tar i beaktande då vi tolkar tidigare forskning.

Som nämns ovan, i bakgrunden, pågår just nu ett forskningsprojekt på en av de två institutioner som ingick i pilotprojektet av LARO i tvångsvård. Eftersom vi inte finner någon relevant forskning som anknyter direkt till vårt syfte har vi breddat vår sökning och söker forskning kring missbruk och beroende, substitutionsbehandling samt tvångsvård separat från varandra. Då vi vill visa på en inbyggd etisk konflikt i användandet av LARO inom tvångsvård och hur personal förhåller sig till denna konflikt, söker vi även tidigare forskning om etik inom beroendevården.

Våra sökord, på svenska, har varit: *substitutionsbehandling, tvångsvård, etik, opiatmissbruk, dödlighet*. De engelska sökorden har varit: *opioid maintenance therapy, compulsory care, mortality, opioid dependence, ethics*.

De databaser vi har använt oss av är DiVA portal, Uppsala Universitets biblioteksdatabas och Google Scholar.

## 2.2 Missbruk och beroende

Under detta tema presenterar vi tre artiklar rörande missbruk och beroende. Författarna till två av artiklarna resonerar kring olika förklaringsmodeller gällande orsaken till att vissa individer utvecklar ett missbruk. En av artiklarna, *Drug addiction: An affective-cognitive disorder in need of a cure* (Fattore & Diana, 2016), diskuterar olika fysiologiska förändringar i hjärnan som bakgrund till utvecklandet av ett beroende. En annan förklaringsmodell handlar om psykologiska funktioner i form av positiv och negativ förstärkning som orsak. Om detta handlar artikeln *The development and maintenance of drug addiction* (Wise & Koob, 2014). Slutligen har vi läst en artikel skriven av en författare som kartlägger de existentiella aspekterna av att leva med ett beroende, *Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges* (Wiklund, 2008).

Forskare har länge försökt hitta orsaken till att vissa människor utvecklar ett beroende och vissa inte gör det. Beroende på vilket perspektiv man har, finns det olika förklaringsmodeller för detta och i denna uppsats har vi valt att använda oss av två olika.

Trots medicinska behandlingar och psykosocialt stöd för att förhindra eller minska drogintag tycks det, hos vissa individer, finnas kvar över tid. Fattore & Diana (2016) hävdar i inledningen till sin artikel att drogberoende är en form av tvångsmässig beteendestörning. Kliniska och sociala observationer har strålat samman och mynnat ut i en hypotes som säger att beroende beror på den patologiska nedbrytningen i neurala processer, som styr affektiva och kognitiva funktioner. Denna påverkan, skriver författarna, skapar ett tillstånd hos individen som lägger grunden till förutsättningarna för utvecklingen av ett beroende (Fattore & Diana, 2016).

En annan orsak, som kan ligga bakom utvecklandet av ett beroende är påverkan av positiv respektive negativ förstärkning. Wise & Koob (2014) försöker se närmare på vad som är de definierande inslagen i att utveckla ett beroende, ur ett psykologiskt perspektiv. Författarna utgår från att se på två former av förstärkning som ofta anses ligga bakom utvecklandet av beroende, positiv och negativ. Positiv förstärkning handlar om lustfylld eufori, även kallat rus, och har koppling till hjärnans belöningssystem. Negativ förstärkning är subjektivt kopplad till att lindra smärta, såväl fysisk som mental. Båda dessa är vanliga då tidigare forskning talar om orsaker till beroende. Författarna håller med om att positiv förstärkning bidrar till utvecklandet av vanor och i ett senare skede kan leda till utvecklandet av ett beroende av narkotika. Författarna kommer även fram till att negativ förstärkning

blir aktuellt då fysiologiska reaktioner börjar inträffa. Dessa tillkommer då den positiva förstärkningen börjar avta, när toleransen för drogen ökar (Wise & Koob, 2014).

Enligt det fysiologiska synsättet leder den kognitiva och affektiva påverkan på hjärnan till beteendestörningar hos dessa individer. De kognitiva funktionerna är de som hanterar vårt tänkande, uppmärksamhet, minnet, språket och vår förmåga att fatta beslut (Fattore & Diana, 2016). Förstärkningsmekanismerna som i ett första skede leder till en känsla av upprymdhet och lycka kan även dessa, i viss mån, uppfattas som en form av beteendeförändring. Då upplevelsen av vällust infinner sig bygger individen upp ett beroende av såväl känslan som av drogen som ligger till grund för vällusten (Wise & Koob, 2014). Detta, i sin tur, leder ofta till negativ förstärkning i form av minimering av lidande och känslor av olust. Då drogen är det som kan lindra dessa känslor kan även detta, enligt vår tolkning, påverka beteendet. Sökandet efter droger kan således leda till förändringar i vårt sätt att tänka och att fatta beslut.

Detta skapar en ny sorts beteende hos individen, vilket i sin tur kan leda till negativ förstärkning i form av minimering av lidande och känslor av olust. Eftersom drogen är det som kan lindra dessa känslor kan även detta, enligt vår tolkning, påverka beteendet. Detta då sökandet efter droger kan leda till förändringar i vårt sätt att tänka och att fatta beslut, en kognitiv påverkan.

Den fysiologiska förklaringsmodellen tar upp ångestsymtom som en vanlig affektiv påverkan av beroende som uppvisas hos flertalet individer med ett långvarigt beroende av narkotika (Fattore & Diana, 2016). Ångestsymtom dämpas vanligen med hjälp av narkotiska preparat inom vården. Då detta är en form av negativ förstärkning, som behöver lindring, är det i huvudsak droger som kan ge individen den lindring som den söker för att åter få positiv förstärkning i form av vällust (Wise & Koob, 2014).

Enligt den forskning som presenteras ovan finns således ingen enhetlig orsak till vilka faktorer som avgör huruvida utvecklandet av ett beroende sker eller inte. Inte heller finns det några definitiva förklaringsmodeller som reder ut av vilka orsaker vissa människor har lättare att utveckla beroende än andra. Det som dock framkommer tydligt, oavsett förklaringsmodell, är att ett liv med beroende är något som har stor inverkan på dessa individers livsföring.

Wiklund (2008) skriver om existentiella aspekter av att leva med beroende. Författaren kartlägger individers, som levt med ett långvarigt missbruk, erfarenheter i syfte att få en djupare förståelse på den inverkan som missbruket har på deras sätt att leva. Beroende beskrivs vanligen som relaterat till traumatiska upplevelser, förlust av kontroll, skam och skuld, låg självkänsla, men även till spiritualitet. Detta orsakar stort lidande och drogerna fungerar som en form av lindring för att klara av att hantera det lidande som drogerna orsakar. Författaren beskriver det som en ond cirkel, där drogerna är orsaken till problemet, men även lösningen på det. På samma sätt kan kopplingar dras

till de funktioner som positiv och negativ förstärkning har, där drogerna till en början endast skapar välmående, men så småningom blir ett måste för att döva det försämrade mående som de för med sig (Wise & Koob, 2014). Även det som Fattore & Diana (2016) skriver om hur drogernas inverkan på hjärnan leder till en försämrad affektiv status, med ångestproblematik som följd, vilket även det behöver lindras med tillförsel av droger.

På ett existentiellt plan kan erfarenheterna av att leva med ett beroende förstås som ett strävande att möta och lösa utmaningar kopplade till spiritualitet orsakad av en persons lidande. Paradoxalt kan det även kopplas till hans eller hennes ansträngningar att minska lidandet genom användandet av droger. Dessa utmaningar presenteras, av författaren, som teman fokuserade på den konflikt som är aktuell: mening – meningslöshet, tillhörighet – ensamhet, liv – död, frihet – anpassning, ansvar – skuld, kontroll – kaos. De slutsatser författaren drar är att livet som beroende ter sig vara som att ständigt kämpa med existentiella utmaningar. Även den paradox som individer med beroende befinner sig i – drogernas orsak till problemen och dess tillfälliga lindring av desamma – är något som författaren ser som signifikant avseende de existentiella levnadsförhållandena för denna grupp (Wiklund, 2008).

### 2.3 Substitutionsbehandling

Under detta tema presenterar vi fem artiklar rörande substitutionsbehandling (LARO). Fyra av artiklarna behandlar ämnet dödlighet inom gruppen opiatmissbrukare, med eller utan tillgång till LARO-preparat. En av artiklarna *Mortality among opiate users: opioid maintenance therapy, age and causes of death*. (Clausen et al, 2003) handlar om dödligheten inom gruppen och innefattar både de som har och de som inte har LARO. Författarna till artikeln *Mortality related to methadone maintenance treatment in Stockholm, Sweden, during 2006–2013* redogör för dödligheten för opiatmissbrukare som ingår i ett LARO-program (Ledberg, 2016). Artikeln *Methadone-Related Overdose Deaths in a Liberal Opioid Maintenance Treatment Programme* handlar om dödligheten bland deltagarna i ett öppet LARO-program (Andersen et.al, 2016). Sordo et.al (2017) studerar riskfaktorer avseende tidpunkt i behandlingen i artikeln *Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies*.

I den femte och sista artikeln som presenteras under detta tema, *Illicit use of methadone and buprenorphine among adolescents and young adults in Sweden*, undersöker författarna hur användningen av illegalt införskaffade LARO-preparat ser ut bland ungdomar och unga vuxna (Johnson & Richert, 2013).

Flera av författarna till de artiklar som vi väljer att använda i denna uppsats kommer fram till att de mest kritiska perioderna under en LARO-behandling är i samband med insättning av läkemedlet samt vid avslutande av behandling. Clausen et.al (2003) har, i sin undersökning av narkotikarelaterade dödsfall, kommit fram till att hos de avlidna som ingick i ett LARO-program var den vanligaste

dödsorsaken överdoser. Författarna skriver även att de högsta dödstalen går att finna precis före insättning av LARO och strax efter avslutad behandling. Sordo et.al (2017) har även de kommit fram till att de mest kritiska perioderna avseende dödlighet är i början och slutet av en LARO-behandling. Författarna skriver även att resultatet av deras studie klart indikerar att LARO-behandling markant minskar risken för all narkotikarelaterad dödlighet, inklusive sådana orsakade av överdoser. Även Clausen et.al (2003) skriver i sin artikel att dödsfallen under tiden individerna får tillgång till behandling med LARO är minskad. Författarna trycker på att det är av stor vikt att ha kvar patienterna i behandling under lång tid. De påtalar även vikten av att låta de som av någon anledning fått avsluta behandlingen få återvända till programmet snarast möjligt. Det är även viktigt att ytterligare forska på effektiviteten hos dessa preparat för att kunna avgöra hur signifikant LARO är för att minska dödligheten inom gruppen opiatmissbrukare (Sordo et.al, 2017).

Sett över tid så har dödligheten hos de som behandlas med LARO minskat under de senaste åren (Ledberg, 2016). Detta kan enligt författaren bero på flera saker. En orsak kan vara att fler får möjlighet att behandlas med LARO-preparat som följd av lättade restriktioner kring förskrivningen. Samtidigt finns det aspekter med den allt friare förskrivningen som lyfts upp som problem. Andersen et.al (2016) skriver att dödligheten inom gruppen opiatmissbrukare som får LARO förskrivet har ökat i takt med att förskrivningen har ökat. De preparat som används inom LARO-behandling räddar förvisso liv, men de kan även missbrukas. Läckaget från programmen är stort och missbruket av dem är frekvent.

Olika program har olika stränga regler för hanteringen av denna medicinering. Den verksamhet som undersöks av författarna är ett öppet program. Författarna resonerar kring den stora risk som finns förknippad med denna typ av öppen behandling i form av illegal användning av preparaten på grund av läckaget (Andersen et.al, 2016). Läckaget från LARO-programmen behandlas även av Johnson & Richert (2013). De hävdar dock i sin artikel att läckaget inte är så stort som tidigare antagits. Att spridningen till framförallt ungdomar och unga vuxna skulle vara stor och riskabel tillbakavisar de i sin artikel. Författarna skriver att bruk av LARO-preparat inom denna grupp är ovanligt och att det är betydligt mer vanligt med bruk av dessa preparat inom grupper av tyngre missbrukare, som tidigare främst använt sig av Heroin och liknande preparat. De påtalar vikten av att lägga resurser på att minska spridningen av LARO-preparat till grupper med ett mer avancerat missbruk och istället inrikta insatserna avseende yngre individer till preventiva sådana, med fokus på att stävja missbruket av mindre kontrollerade mediciner, såsom bensodiazepiner och smärtstillande preparat. Författarna påtalar dock att den största risken för dödsfall när det kommer till unga och LARO-preparat är då denna grupp testar preparaten för första gången. Preparaten är utvecklade för att dämpa sug efter opioider hos dem som har ett långvarigt bruk av dessa. Frekvent eller långvarigt bruk leder till en ökad tolerans. Unga som inte har byggt upp denna tolerans löper större risk att överdosera preparaten och avlida till följd av det (Johnson & Richert, 2013).

Det är dock inte endast den eventuella spridningen som är riskabel med alltför oreglerad förskrivning. Sidomissbruk är mycket vanligt. I 98,4 procent av de dödsfall där man konstaterat att LARO-preparat finns i kroppen hos den avlidne fanns spår av fler preparat än de som används i LARO-behandling. Vid jämförelse mellan de öppnare formerna av behandling och de slutna finner författarna att dödstalen är betydligt lägre inom de mer kontrollerade formerna av behandling. Författarna lägger vikt vid att tillgång, kontroll och kvalitet är de viktigaste hörnstenarna i en framgångsrik LARO-behandling. Om detta inte finns, eller fungerar, är riskerna mycket stora att dödligheten hos opiatmissbrukare inte minskar, utan ökar till följd av bruk av LARO-preparat (Andersen et.al, 2016). Vid en jämförelse av dödligheten inom gruppen som får LARO-behandling för tjugo år sedan och i nutid är dock dödligheten lägre nu, oavsett sidomissbruk och läckage. Konsekvent har även dödligheten ökat i samband med inskrivning och utskrivning i programmen, för tjugo år sedan och idag. Den mer liberala förskrivningen som finns idag är positiv och kommer sannolikt att fortsätta minska dödligheten för opiatmissbrukare över tid (Ledberg, 2016).

## 2.4 Tvångsvård

Under detta tema presenterar vi tre artiklar rörande tvångsvård. Författarna till artiklarna diskuterar olika aspekter av tvångsvård utifrån lite olika perspektiv. En av artiklarna, *Vem tvångsvårdas? Utmärkande drag för tvångsvårdade respektive frivilligt vårdade personer med alkohol- och narkotikaproblem* (Storbjörk, 2010), handlar om vilka individer det är som oftast blir aktuella för tvångsvård. Artikeln *Mortality among a national population sentenced to compulsory care for substance use disorders in Sweden: Descriptive study* (Hall et.al, 2015) handlar om dödlighet inom gruppen som har vårdats med hjälp av tvångsvård i jämförelse med missbrukare som har vårdats på frivillig väg. Författaren till artikeln "*man får inte suppa ihjäl sig enligt svensk lagstiftning*" (Palm, 2009) skriver om effekterna av tvångsvård.

Samtliga tre artiklar är skrivna i Sverige. Orsaken till att vi väljer att använda oss av dessa artiklar i denna uppsats är att vård enligt LVM, tvångsvård, inte används i många andra länder. Av den orsaken är det svårt att hitta forskning gjord utanför Sverige.

Storbjörk (2010) skriver att användningen av LVM är en känslig fråga på många sätt. Dels så innebär tvånget i sig en inskränkning i den enskildes integritet dels är det en fråga om huruvida samhället ska ha mandat att låsa in människor, inte för att de gjort något brottsligt, utan för att de inte vet sitt eget bästa. Av denna anledning är det viktigt att se på tvångsvårdens olika funktioner samt vilka det är som blir föremål för denna typ av vård. Statistik från Statens institutionsstyrelse, som är huvudman för landets LVM-hem, visar att de som tvångsvårdas oftare än de som vårdas frivilligt är yngre, fler har ett injektionsmissbruk och fler är opiatanvändare. En större andel av gruppen som vårdats med LVM jämfört med de som vårdas frivilligt har även låg utbildning, är bostadslösa, har inte förvärvsarbete och försörjer sig oftare med hjälp av socialbidrag (Storbjörk, 2010).

De som blir aktuella för vård med stöd av LVM har inte frivilligt bett om denna vård. Storbjörk (2010) diskuterar i sin studie vilka individer det är som vanligen vårdas med stöd av LVM. Palm (2009) skriver i sin studie om uppfattningarna om denna vård hos de som bedömer om en individ har behov av den, socialsekreterarna som arbetar på Socialtjänsten.

Det är Socialtjänsten som ytterst har ansvar för medborgarna i frågor rörande sociala omständigheter (Socialtjänstlagen 2001:453 2 kap 1§). Studien undersöker effekterna av vårdkedjeprojektet, ett samarbete mellan Statens institutionsstyrelse och ett antal utvalda kommuner och stadsdelsförvaltningar. Projektet hade som syfte att stärka samarbetet mellan dessa genom att följa upp gemensamt överenskomna insatser gällande bland annat eftervård för personer som vårdats med stöd av LVM.

Ett tema som lyfts fram i studien är hur tvångsvården används. Det framkom att tvångsvården i första hand används såsom lagen förskriver, i syfte att motivera till fortsatt frivillig vård. Samtidigt berättade socialsekreterare om situationer där man använt sig av LVM snarare för att ha klienten under uppsikt och att målsättningen då främst handlade om att kunna uppnå drogfri tid. Något som tydligt framkom i studien var socialsekreterarnas önskan om att klienten lär sig att ta eget ansvar. I resultatet framkom dock en paradox där kravet om ansvarstagande ställs mot tvångsvården i sig, som tar ifrån klienten möjligheten att styra sitt eget liv. Sammantaget tyder författarens analys på att det finns en motvilja mot tvångsvård hos socialsekreterarna (Palm, 2009).

LVM syftar i första hand till att rädda liv. Storbjörk (2010) resonerar kring den inskränkning vårdformen har för individen, Samtidigt är det en nödvändig insats för vissa individer, som inte på annat sätt har förmåga att klara av att hålla sig drogfria och löper risk att avlida av sitt missbruk. Den motvilja mot vårdformen som Palm (2009) påvisar i sin studie tyder, enligt vår tolkning, på att lagen trots allt inte används mer än i yttersta nödfall, då inga fler alternativ finns att tillgå. Även om lagen, som nämns ovan, syftar till att rädda liv, är dödstaten inom gruppen missbrukare som tidigare vårdats med stöd av LVM höga.

Höga dödstal inom gruppen missbrukare som tidigare har vårdats med LVM talar för att vården kanske inte är så effektiv som den skulle kunna vara. Statistik från Statens institutionsstyrelse, som är huvudman för LVM-vården, i en jämförelse med data från dödsregistret avseende den allmänna befolkningen, visar att dödligheten inom gruppen som vårdats med stöd av LVM var åtta gånger högre än den för den allmänna befolkningen. En fjärdedel av de individer som vårdats enligt LVM under perioden 2001 - 2009 var avlidna vid utgången av 2011. Siffrorna i sig är inte förvånande, då dödligheten inom gruppen missbrukare är hög. I en jämförelse med andra avlidna, som även de har ett missbruk, är skillnaderna inte lika stora, men fortfarande anmärkningsvärt höga för de som vårdats enligt LVM.

Författarna drar slutsatsen att, trots de höga dödstalen, är inte tvångsvård i sig dåligt. Vikten av tidiga insatser för att komma tillrätta med missbruksproblematiken påtalas, men även att tvångsvårdens utformning bör granskas och utvecklas (Hall et.al, 2015). Att det är viktigt att använda sig av förebyggande insatser, i syfte att undvika tvångsvård, kan även anas i den studie som Palm (2009) gjort. Den motvilja till LVM som finns hos socialsekreterarna försöker författaren förklara med hjälp av den utilitaristiska principen. Denna kan exempelvis förklara varför man hellre satsar pengar på de som har större sannolikhet att åstadkomma en förändring än de som inte uppvisar någon motivation till förändring. Det är dock oftast de sistnämnda, de som saknar motivation, som slutligen hamnar på LVM (Palm, 2009).

## 2.5 Etik

Under detta tema presenterar vi tre artiklar kopplat till ämnet etik. Författarna till artiklarna diskuterar olika aspekter av missbruksvård utifrån lite olika perspektiv. Artikeln *“Sprutbyte - visst bara de slutar med droger” Svenska myndigheters och politikernas hantering av rena sprutor till narkomaner* (Tryggvesson, 2012) handlar om hur debatten ser ut kring sprututbyte från olika synvinklar, däribland en narkotikapolitisk sådan. Palm (2003) skriver i sin artikel *“Moraliskt, medicinskt och socialt problem. Syn på alkohol- och drogproblem bland personal inom Stockholms läns beroendevård”* om personal inom beroendevårdens syn på ansvar. Artikeln *“Tvånget i tvångsvården”* handlar om hur socialsekreterare och individer som vårdats inom tvångsvård ser på tvånget (Johansson & Svensson, 2006).

Då vi inte finner tidigare forskning om just etik i samband med LARO på LVM tittar vi på andra artiklar som vi kan relatera till uppsatsens syfte. Vi anser att de är relevanta inom temat etik eftersom de behandlar svårigheter inom behandling för missbruk, och synen på missbruk har betydelse för hur vård och behandling kan utföras.

En artikel som publicerades i tidskriften Nordisk alkohol och narkotikatidskrift behandlar just synen på missbruk. Artikeln presenterar en enkätstudie om hur personalen ser på problem med alkohol och droger. Studiens huvudsakliga syfte är att se hur personalen ser på ansvaret för problemen. Studien bestod av enkäter som personal inom beroendevården i Stockholms län besvarade (Palm, 2003).

Beroende på vilken syn som finns för problemet missbruk angrips problemet på olika sätt. Att missbrukare får hjälp av vården att byta sprutor för att förhindra smitta har varit omdiskuterat under åren. Tryggvesson (2012) redovisar i sin artikel hur hanteringen har sett ut från 1988 till 2011.

Författaren inleder artikeln med att berätta att det i Sverige är begränsat med tillgången på rena sprutor. Dock har WHO, World health organization, haft rekommendationen om rena sprutor till narkomaner sedan 1986. Motståndet mot sprututbyte har varit starkt i Sverige ända sedan starten. Den påföljande debatten kring sprututbyte har framförallt handlat om två saker. Det ena var ett



perspektiv för folkhälsa och det andra var ett perspektiv som var narkotikapolitiskt. Debatten bestod av att det å ena sidan skulle ge missbrukarna ett skydd mot smitta genom att få rena sprutor och att det å andra sidan skulle leda till ett ökat missbruk och därmed påverka behandlingen för missbruket. Författaren menar att en möjlig förändring går att ana i sista utredningen. Han uppger att det i narkotikapolitiken syns en tendens till ett värnande om hälsan hos missbrukaren och att drogfrihet inte villkoras (Tryggvesson, 2012).

Det går att ana två perspektiv på missbruk i Tryggvessons (2012) artikel, där det ena är där det villkoras att missbrukaren ska bli drogfri innan vård. Detta kan kopplas ihop med ett synsätt på missbruk som är moraliskt. Det andra perspektivet som går att se är ett medicinskt perspektiv. Att missbrukaren får hjälp med sprutbyte innebär att missbruket upprätthålls, men att smitta inte sprids mellan missbrukare. Författaren antyder att en syn att krav på drogfrihet är för stort att ställa, då missbrukarna inte kan klara det på egen hand. Dessa två perspektiv tar även upp i Palms (2003) artikel. Den studie som presenteras i artikeln delar in synsätten bland personal till om personalen har ett moraliskt eller medicinskt synsätt. Studien tar även upp ett tredje synsätt, vilket är ett socialt. Synsättet på problemet har betydelse för hur problemet behandlas och för hur bedömningen görs i utvärdering av behandlingen. Synsättet har även betydelse i förhållande till relationen mellan klienten och den som är behandlare. Personalens attityder inför problemet har även betydelse för hur behandlingen utförs.

Resultaten i studien visar på att personalens syn är samstämmig och att det finns tecken på alla tre synsätten. Det fanns en moraliserande syn då personalen såg att ansvaret för att problemet har uppkommit och framförallt lösningen till problemet ligger på individen själv. Det fanns också en social syn då majoriteten i personalen ansåg att alkohol- och drogproblem är ett socialt problem. Dock var synen att alkohol- och drogproblem är medicinska det som fick mest stöd enligt personalen i studien. De ansåg att problemen som uppkommer när människor tappat sin kontroll över beteendet är av medicinsk orsak och är en sjukdom. Att det är motsägelsefullt över orsaken till alkohol- och drogproblem är ingenting som är någon nyhet i forskningen menar författaren till artikeln (Palm, 2003).

Det sista alternativet, när inga andra behandlingar fungerar för missbrukaren, är att med tvång vårda missbrukaren. Även detta kan kopplas till vilken syn det finns på missbruk. Att insatsen kallas tvångsvård innebär att det finns ett medicinskt synsätt på missbruk. En artikel som publicerats i tidskriften Sociologisk Forskning bygger på två studier som gjorts och som tar upp frågan om tvånget i tvångsvården. Studierna har gjorts med semistrukturerade intervjuer med tretton socialsekreterare och med tio personer som varit omhändertagna inom tvångsvård. Syftet med artikeln är att se hur tvång skapas och hur tvånget upprätthålls för missbrukare och därigenom få en förståelse för tvång. Författarna till artikeln ställer frågor som vad tvång innebär, hur tvånget praktiskt ser ut när det utövas. Författarna ställer frågan om repression och kränkning som tvång kan innebära mot omsorg

och räddning som även det kan finnas under tvångsåtgärder. I artikeln framkommer att missbrukaren objektifieras till en början inom tvånget, för att sedan återgå till subjekt när den frivilliga vården har motiverats att tagits emot (Johansson & Svensson, 2006).

## 2.6 Sammanfattning av tidigare forskning

Det vi ämnar undersöka i denna uppsats anser vi fylla en kunskapslucka, inom området missbruk, eftersom det inte forskats på tidigare. LARO inom tvångsvård är ett projekt som hittills pågått i cirka två år och en studie av det pågår för tillfället. Att LARO är en effektiv behandlingsmetod stärker den tidigare forskning av LARO som vi redogör för under detta avsnitt. Däremot finns det inga belägg för hur effektiv behandlingen är inom ramen för LVM. På samma sätt finner vi inte någon forskning som diskuterar de eventuella etiska dilemman som personal inom LVM ställs inför i samband med införandet av denna behandlingsform. Detta, anser vi, skapar en stor kunskapslucka och indikerar att ytterligare forskning inom området är nödvändig.

Inom forskningen kring missbruk och beroende ser vi olika förklaringsmodeller till varför man, enligt författarna, utvecklar ett beroende. Oavsett förklaringsmodell har man kunnat finna att ett liv med beroende har en stor påverkan på individernas livssituation. Denna del av forskningen anser vi vara relevant för denna uppsats eftersom den visar på att missbruk och beroende inte enbart handlar om att tillföra kroppen olika substanser. Missbruk och beroende handlar om betydligt fler faktorer än så, således vill vi även förhålla oss till dessa då vi tolkar vårt resultat. Vi ämnar visa på en etisk konflikt hos personalen som arbetar inom LVM där LARO är tillgängligt som behandlingsmetod. Av den orsaken anser vi att den forskning vi presenterar är relevant för vår uppsats. Det är av vikt för oss att se till alla omständigheter hos klienterna som personalen måste förhålla sig till, inte enbart de rent medicinska.

Vi finner en hel del forskning kring hur LARO fungerar i övrigt, främst rörande hur dödligheten ser ut inom denna grupp. Forskningsresultaten är något spretiga och i vissa fall motsäger de varandra helt och hållet. Samtidigt vill vi behålla transparensen i denna uppsats och redogör därför för de olika resultaten och slutsatserna som respektive författare har dragit. Vi anser att den forskning vi väljer att ta med om substitutionsbehandling är relevant för denna uppsats då effektiviteten hos LARO uppges ligga till grund för införandet av behandlingsformen inom LVM.

Vi tar även med tidigare forskning kring tvångsvård för att resonera kring hur denna vårdform kan påverka individerna som vårdas med den. Tvångsvård är i sig etiskt svårt att förhålla sig till och vårdformen skiljer sig mycket från andra typer av frivilliga sådana.

LARO-behandling sker vanligen inom frivillig vård. Då tvångsvården på många punkter skiljer sig från denna är det av vikt att ta hänsyn till de speciella omständigheter under vilka klienterna som vårdas enligt LVM befinner sig i. Vi anser att den forskning som vi väljer att ta med är relevant för

denna uppsats då den bidrar med ett perspektiv avseende tvångsvård som är nödvändigt att förhålla sig till i tolkningen av vårt resultat.

Slutligen söker vi efter forskning avseende etik inom missbruksvården. Vår uppsats syftar till att visa på en etisk konflikt hos personalen som arbetar inom LVM där LARO finns som behandlingsform. Därför är det viktigt att förhålla sig till vad tidigare forskning har kommit fram till gällande detta ämne. Då det specifika ämnet, LARO inom LVM, tidigare inte har forskats på har vi inte kunnat finna någon tidigare forskning om detta. Vi har därför valt att ta med den forskning som vi anser ligga närmast vårt ämne. Vi anser att den forskning som vi valt att ta med i denna uppsats kring etik är relevant då den diskuterar ämnet utifrån omständigheter som angränsar till vårt ämne.

### 3. TEORI

För att kunna utreda den etiska konflikt som finns med användandet av LARO i tvångsvård väljer vi att utgå ifrån etiska perspektiv som vi anser är lämpliga. Vårt syfte är även att visa på hur personal förhåller sig till denna etiska konflikt och vi väljer att relatera våra resultat till *pliktetik* och *nyttotetik*. Dessa två perspektiv är relevanta i förhållande till vår studie då de har olika utgångspunkter, där ena har som grund att handla utifrån plikt och den andra att handla efter vad som blir konsekvensen efter handlingen. Dessa skillnader framkommer av personalens beskrivningar i de intervjuer som vi gjort där personalen å ena sidan beskriver att de endast gör sin plikt och å andra sidan resonerar om vad som gör bäst nytta för missbrukaren. Detta motiverar vårt val av pliktetik och nyttotetik som teoretiska perspektiv i studien.

Problem som handlar om vad som är rätt och fel, eller vad som är gott och ont, är vad som definieras som etiska problem. Dessa kännetecknas av att vi inte vet vad som är en uppenbar lösning på problemet. Skillnaden mellan vad som är etiska utmaningar och vad som är moraliska utmaningar är värt att lyfta fram eftersom vi ofta talar om etik och moral tillsammans. Etik handlar om att veta vad som är rätt att göra, medan moral handlar om hur vi praktiskt gör. Vi kan således veta vad som är rätt att göra, men ändå välja att inte göra det. Orsaken till handlingarna handlar om vår moral.

Etiska teorier skiljer sig från varandra eftersom de har olika utgångspunkter. Några av teorierna har sina principer i själva handlingarna medan andra utgår ifrån praktiken (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 169–170). Det är en sådan skillnad som är tydlig mellan pliktetiken och nyttotetiken. Det vill säga att, i pliktetiken finns en regel om den motiverande handlingen, och i nyttotetiken ligger motivationen i vad som kommer ut som konsekvens av handlingen (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 210).

Vi ser att etiska perspektiv inte är tillräckliga att besvara våra frågeställningar. Personalens beskrivningar om hur de upplever att klienternas livssituation påverkas av LARO under vårdtiden anser vi vara mer komplexa för att utredas av endast de etiska teorier vi valt. Det framkommer

reflektioner från personalen om vad som anses vara avvikande beteende eller vad som anses vara ett icke -avvikande beteende. Det framkommer även resonemang om kategoriseringen missbrukare. Därför har vi valt att komplettera de etiska perspektiven med Howard. S. Beckers stämplingsteori. Slutligen har vi också valt att ta med Goffmans teori om stigma. Vi har valt dessa två då vi menar att de är relevanta i tolkningen av vårt resultat eftersom avvikande beteende ställs mot icke -avvikande beteende samt att olika grupper av människor kategoriseras.

### 3.1 Pliktetik

Ett pliktetiskt perspektiv har våra plikter i fokus, och innebär inte att handlingar utförs utifrån subjektiva uppfattningar om vad som ett gott liv består av. En handling som någon gör på grund av att den måste kallas för att agera utifrån plikt. En plikt har ofta tre särdrag. Det första särdraget är att plikten är absolut, den gäller alltså hela tiden och den är oberoende av tid och rum. Kravet på plikten kan inte vara möjligt att bortse ifrån. Ett annat särdrag som plikten har är att den kan betecknas som en norm eller en regel. Som exempel är de mänskliga rättigheterna och de tio budorden regler som är pliktetiska. Det sista särdraget som plikten har är att plikten ska vara en hjälp för oss för att kunna ta ställning till att göra rätt. Att göra det rätta gör att det goda följer efter det. Vi behöver inte fundera på om det är det bästa att göra, att vi gör vår plikt är det etiskt korrekta (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 174).

En som har haft stor betydelse för pliktetiken är den tyske filosofen Immanuel Kant. För att kunna komma fram till vad som är det rätta att göra menar Kant att två krav ska beaktas. Det ena kravet är att vi måste ta reda på vilken regel det finns för det vi ska göra, alltså handlingen. Vi kan inte endast se till den enskilda situationen utan vi måste hitta den övergripande regeln för hur handlingen ska göras. Det andra kravet Kant ställer är att regeln för handlingen ska kunna vara universell, alltså att den ska kunna vara användbar i alla situationer som är likställda med den vi är i just då. Den handling som göras ska kunna vara tillämpbar i alla situationer som är liknande, vilket främjar ett likvärdigt sätt att behandla människor på (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 175 - 176).

Att ha ett pliktetiskt förhållningssätt som personal på ett LVM-hem, innebär att det finns lagar och rutiner som de ska följa inom det arbete som de utför. Att bryta mot de lagar och rutiner som finns innebär således att personalen även bryter mot pliktetiken. Det skulle göra att rutinen inte skulle vara universell, vilket ett av pliktetikens särdrag är. Pliktetiken hjälper till att minimera bedömningar som personal behöver göra själva och som kan vara subjektiva. För att så ska ske är det viktigt att de rutiner och normer som ska följas är sådana som kan accepteras att handla efter och att de är rättmätiga. Dock kan olika plikter krocka med varandra, vilket anses vara det problematiska inom pliktetiken (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 188).

## 3.2 Nyttoetik

Vad som kännetecknar nyttoetik är att det är nyttan av vad som kommer utav våra handlingar som ska bedömas när vi ska välja hur vi ska handla. I nyttoetiken är det inte allmänna principer som är bestämda på förhand som i pliktetiken, utan det är följderna av handlingen som har betydelse. Och det är följderna av handlingen i just den speciella situationen, de behöver inte vara allmängiltiga som i pliktetiken. Principerna om vad det är som görs är alltså inte det som har betydelse i nyttoetiken, utan det är vilken nytta de kan göra (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 205–206).

Att finna lust och att komma bort ifrån lidande är vad Jeremy Bentham menar att människor strävar efter. Bentham var den förste teoretiker som utgick ifrån den utilitaristiska principen. Genom att utföra handlingar som är goda medför det även att människor upplever mer lust. Den utilitaristiska principen benämns även som principen att-göra-gott. Trots att grunden i nyttoetiken är fokus på lustmaximering, så innebär den inte att en människa bara utgår ifrån sin egen lust och vad som blir mest lustfyllt för den. Nyttoetiken avser att hänsyn ska tas till alla människor som är inblandade och det ska bli lustfyllt för så många som möjligt. Detta kan då innebära att det som en individ gör kanske inte är till mest gagn för den själv. Det kan således bli så att handlingen gör nytta för flest människor (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 206–208).

En som menar att begreppet “lust” är alltför begränsat att använda som ett kriterium för att se till en handlings mål är John Stuart Mill. Han anser istället att begreppet “lycka” ska användas. Mill räknas också han, liksom Bentham, som en fader till utilitarismen. Han menar att glädje och lycka, som är mental, är mer värdefull än glädje och lycka som är fysisk. Glädje är också frånvaro av smärta, alltså frånvaro av lidande (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 207–214). Målet inom detta etiska perspektiv är således, enligt vår tolkning, att maximera lycka och minimera lidande.

Livskvalitet kan även bindas samman med nyttoetiken. Att se till hur handlingar som vi gör är främjande för livskvalitet och för välfärden i allmän bemärkelse är även det ett sätt att se till nyttoetik. Därmed behöver inte handlingens konsekvens vara för lust eller lycka (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 215).

Inom sjukvård- och socialpolitik har nyttoetiken en betydelse, den kan hjälpa till att kunna prioritera resurserna som finns och var de då gör mest nytta. Det kan bli orättvist, men nyttoetiken ser inte till rättvisa eller grundläggande rättigheter, utan den ser till vad som gör mest nytta. Överviktsprincipen, som finns inom utilitarismen, innebär att den största möjliga nytta för alla parter som är inblandade ska tas i beaktande. Med den principen begränsas den själviska strävan efter lyckan. Inom missbruksvården kan ett sådant perspektiv tas, och missbrukarens lycka bedöms mot den lidande som kan komma. Som exempel på lidande kan vara belastning för samhället i form av kriminella handlingar eller belastning för anhöriga (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 207–210).

### 3.3 Stämplingsteorin

Stämplingsperspektiv utgår ifrån att handlingar som anses som avvikande inte är det i sig själva. Handlingarna definieras som avvikande genom att de formuleras som så av exempelvis kriminalvårdsanstalter, polis och domstolar. Inom stämplingsteorin är det interaktionsprocesserna mellan icke-avvikare och avvikare som skapar det avvikande beteendet. För att förstå arten av avvikandet, måste anledningen till att vissa människor stämplas som avvikare undersökas. Stämplingen av en människa är alltså hur andra människor uppfattar en individ, men det är inte bara det, det är även hur individen identifierar sig själv (Giddens & Sutton, 2016, s 608 - 609).

Howard Becker utvecklade stämplingsteorin. Becker menar att sociala grupper skapar regler för hur en del handlingar definieras som riktiga och hur andra handlingar definieras som felaktiga. Det finns ofta en samstämmighet om vilka regler som finns att förhålla sig till i de flesta samhällen. Det görs för att inte ses som att vara avvikande. Samhällen i modern tid är dock mer komplicerade i sina system och det saknas ofta en samstämmighet om vilka regler som finns och hur reglerna ska följas i olika situationer (Becker 2006, s 27).

Orsakerna till en persons avvikande beror på att sociala grupper skapar regler och när en människa bryter mot dessa regler utgör det avvikelser. Det går därmed inte alltid att hitta orsakerna till avvikandet i människors sociala situation eller i andra faktorer av social karaktär (Becker, 2006, s 22).

Nästa fas i stämplingsprocessen sker efter att en person väl har blivit stämplad som avvikare. I den delen av processen uppmärksammar personen sig sig som avvikare. Vanligtvis bryter personen det beteendet som anses som avvikande, men det händer också att personen fortsätter med det avvikande beteendet. När personen erkänner och accepterar sig själv som avvikare påverkar detta personens självbild och identitet. Själva identiteten som avvikare internaliseras i individens personlighet (Becker, 2006, s 42–44).

Missbruk ses som ett socialt avvikande beteende. När personal som arbetar på LVM-hem beskriver klienten anser vi att det är intressant att utgå ifrån ett perspektiv som ser på hur det avvikande beteendet definieras. Därför väljer vi att utgå ifrån stämplingsperspektivet när personalen beskriver vad de anser vara det avvikande beteendet då de berättar om hur de upplever att LARO påverkar klientens livssituation under vårdtiden.

### 3.4 Stigma

När vi människor möter en annan individ sker en kategorisering genom att vi endast ser individen. Vi fastställer individens sociala status utifrån det första intrycket. Om individen skiljer sig ifrån de andra människorna i placeras denne individ som att den är utanför. Att bli stämplad som någon annorlunda än gruppen i övrigt innebär ett stigma för individen (Goffman, 2008, s 12).

Stigma kan sorteras in i tre olika grupper. Dessa grupper är kroppsliga missbildningar, personliga karaktären samt det tribala stigmat. Stigman av kroppsliga missbildningar avser handikapp som är fysiska medan tribala stigman är stigman som etnicitet och religion (Goffman, 2008, s 12 - 14).

Det är stigmat som omfattar den personliga karaktären som innefattar stigman som alkoholism och drogmissbruk och således har betydelse i denna uppsats. Hur personalen beskriver att de upplever att LARO påverkar klienternas livssituation under LVM-vården medför också att de kategoriserar klienterna. Genom att utgå ifrån ett stigmaperspektiv kan vi tolka personalens upplevelser om hur klienternas livssituation påverkas, utifrån hur de beskriver klienterna i förhållande till andra, och således personalens uppfattningar om vad klientens utanförskap kan ha för betydelse.

## **4. METOD OCH MATERIAL**

I det här avsnittet kommer vi presentera hur studien har genomförts och hur materialet har samlats in och analyserats. Vi börjar med att motivera valet av metod i inledningen. Vidare presenterar vi vår forskningsansats. Under de rubriker som följer presenterar vi hur genomförandet av studien har gjorts, den analysmetod vi har använt och hur vi ser på studiens giltighet och trovärdighet. Avslutningsvis i denna del presenterar vi vilka etiska överväganden som vi har gjort under denna studie.

Den metod vi valt att använda för vår studie är kvalitativa intervjuer. Kvalitativ studie är att föredra då forskaren vill göra ett försök att förstå hur individer resonerar eller reagerar kring fenomen. Kvalitativa studier är också att föredra då forskaren vill hitta mönster eller skillnader (Trost, 2010, s 32). Eftersom vi avser att undersöka uppfattningar menar vi att kvalitativ metod är den mest lämpliga metoden. Vi använde oss av kvalitativa intervjuer som datainsamlingsmetod. Anledningen till det var att vi ville komma åt individernas uppfattningar utifrån de erfarenheter de själva besitter. För att förstå vilka erfarenheter en individ har och för att undersöka vad en individ tänker är intervjuer att föredra då intervjuer, bland annat, syftar till just detta (Trost, 2010, s 43–44).

### **4.1 Forskningsansats**

För att analysera materialet vi får av intervjuerna måste vi tolka det informanterna har sagt. Den svårighet det innebär att tolka och förstå vad andra är medvetna om är något som den hermeneutiska kunskapsprocessen tar i beaktande (Sohlberg & Sohlberg, 2016 s 81). Eftersom vi försöker förstå personalens tankar genom kartläggning använder vi hermeneutik som ansats. Hermeneutiken söker mer förståelse av till exempel texter eller vilka avsikter människor har, och söker därmed inte i lika hög grad en förklaring av något fenomen (Sohlberg & Sohlberg, 2016, s 106). Att skilja mellan perspektiv som är deduktivt och som är induktivt är betydelsefullt inom hermeneutiken. Deduktivt perspektiv innebär att det redan innan tolkningen finns ett sätt som är rätt eller rimligt att förhålla sig

på eller en metod som möjliggör tolkningen. Induktivt perspektiv innebär att utifrån materialet som finns kommer tolkningen efterhand (Sohlberg & Sohlberg 2016, s 266). Vi har i vår studie ett induktivt perspektiv då vi dragit slutsatser efter tolkningen och inte haft en metod eller ett sätt att förhålla oss till innan tolkningen.

## 4.2 Material

För att kunna svara på våra frågeställningar väljer vi att intervjua sex stycken yrkesverksamma som kommer i kontakt med missbrukare i sitt arbete. Vi gör intervjuer med personal på LVM-institution. Personalen vi intervjuar har i sitt arbete kontakt med klienter som ingår i LARO-behandling och även klienter som inte ingår i LARO-behandling. Personalen som arbetar med klienterna på LVM har mycket god insyn då de är de personer som har mest kontakt med klienterna i deras vardag under vårdtiden. Det är personalen på LVM som ska vara de som arbetar för att erbjuda en drogfri miljö samtidigt som de ska handha LARO för de klienter som får det av sjukvården.

Vi började med att vi skickade ut förfrågan om att delta i studie till de tillänkta informanterna samt till berörda chefer (Bilaga 1). I förfrågan informerades de berörda om vad syftet är med studien och att de tillfrågas om att delta som informant i en intervju. Vi informerade även om att deltagandet är frivilligt, kan avbrytas när som helst samt att intervjuerna kommer att presenteras på ett sätt så att det inte går att härleda direkt till vem som har intervjuats.

Vi gjorde en intervjuguide som vi har som grundstruktur i intervjuerna (Bilaga 2). Denna har utformats utefter syftet med studien och frågeställningarna med frågor som ger informanterna möjlighet att berätta istället för att endast få ja- eller nej-frågor. Vi har valt att göra tematiskt öppna intervjuer. De intervjuerna skapar bättre möjlighet till att tillfällena med informanterna har en mer öppenhet (Aspers, 2011, s 139). Frågorna är sådana där informanten blir ombedd att berätta vad de anser om LARO inom LVM, och vad de anser om alternativ till LARO. Vi har haft intervjuguiden för att hålla oss till en strukturerad intervju, dock har vi låtit samtalen flyta och intervjuernas riktning och frågornas ordning har styrts av informantens svar. Vi har således inte standardiserat intervjuerna till hög grad. Möjligheterna till variation av intervjuerna anses vara stora, eftersom en standardisering av låg grad används (Trost, 2010, s 39–40).

Efter intervjuerna lämnades en samtyckesblankett från oss vilken informanterna fick skriva under (Bilaga 3). Det försäkrar att informanterna förstår syftet med studien och vad deras medverkan innebär. De försäkrar även att de självständigt kan bestämma över sitt deltagande och att de när som helst kan avbryta sin medverkan. Slutligen ger de sitt samtycke till att vi, som studenter och författare till denna uppsats, är de enda som får använda materialet och att materialet endast är till för denna uppsats.



### 4.3 Analysmetod

Vi analyserar våra intervjuer tematiskt utifrån sex steg enligt Braun & Clarks modell för tematisk analys. Vi anser att den lämpar sig väl till vår studie då den har en tydlig struktur för analysen och att det framträder teman.

Första steget innebär att vi transkriberar och läser vår empiri för att vi ska bli väl bekanta med den. Nästa steg innebär att vi skapar koder som visar på centrala meningar i vad informanterna sagt. Tredje steget innebär att vi grupperar koderna och kopplar dessa grupper till teman. Fjärde steget innebär att vi kontrollerar de koder och teman som vi funnit för att se om de behövde ändras. Femte steget innebär att vi skapar en tematisk struktur och definierar de teman vi skapat. Sjätte och sista steget innebär att vi analytiskt presenterar det vi funnit (Braun & Clark, 2008, s 87).

Utifrån att vi läst och gjort oss väl bekanta med materialet, identifierade vi nyckelord och skapade koder som vi anser ha betydelse i förhållande till syftet och frågeställningarna. Vi identifierade ord som *liv, ansvar, etik, smussla, värdig, död*. Detta är första och andra steget i den tematiska analysen.

Efter att vi identifierat koder, grupperade vi dessa till teman som vi kan koppla till frågeställningarna och syftet i denna studie. De teman vi fann är *livskvalitet och värdighet, livräddande, missbrukararbeteende, sjukvårdens roll* samt *personalens förhållningssätt*. Vi anser att genom att analysera och sortera in resultatet i dessa teman kan våra frågeställningar besvaras utifrån de teoretiska perspektiv vi har. De etiska perspektiv vi har i studien är pliktetik och nyttoetik, dessa två perspektiv framträder i flera teman. Det framkommer även resonemang i intervjuerna om stämpling och stigma som vi anser ha betydelse för att se till personalens uppfattningar om de etiska ställningstagandena de har. Synen på vem en missbrukare är och hur han fungerar, upplever vi, påverkar hur personalen förhåller sig etiskt till våra frågor. Dessa är det tredje och fjärde steget i den tematiska analysen.

I resultatdelen i denna uppsats presenterar vi de resultat som vi har funnit utifrån den tematiska struktur som vi skapat, detta gör vi också genom koppling till de teoretiska perspektiv vi har i studien samt genom koppling till tidigare forskning.

Eftersom vi vill visa på en etisk konflikt i användandet av LARO i tvångsvård och personalens uppfattningar om den, har vi främst analyserat resultat i förhållande till det. Det kan således finnas bortfall i materialet, som vi väljer att analysera och ta med i resultatet. Exempel på bortfall som vi inte tar med är hur effektiviteten för LARO i sig ser ut på missbruk, då det endast är personalens uppfattningar om LARO inom tvångsvård vi vill åt. Vi har heller inte tagit i beaktande vilken yrkesroll personalen har, utan bara att de har kontakt med klienterna i sitt arbete. Anledningen till detta är att vi inte vill göra en jämförelse mellan åsikter inom olika yrkeskategorier, utan vi vill presentera de samlade uppfattningar som finns bland personal.

#### 4.4 Validitet och reliabilitet

I studier brukar forskaren sträva efter att ha en hög validitet och reliabilitet för att den ska visa på en giltighet och en tillförlitlighet. Begreppen validitet och reliabilitet hör mest hemma vid kvantitativa metoder. Med validitet menas att verktyget som används för att mäta något verkligen mäter det som är avsett att mäta. Validiteten ska visa en giltighet. I kvalitativa intervjuer vill forskaren oftast komma åt vad informanten menar eller informantens uppfattningar om något. Då är det viktigt att frågan är sådan så att den ger svar på det forskaren vill veta (Trost, 2010, s 131–132). Det är först i den senare delen i forskningsprocessen som validiteten märks i kvalitativa metoder. Efter att forskaren har formulerat sin fråga väljs vilken metod som ska användas för att bäst besvara den. Svaret om metoden och den insamlade data kan forskaren svaret på forskningsfrågan visar på hur giltig studien är och därmed nivån på validiteten (Ruth, 1991, s 286).

Med reliabilitet menas att det som mäts ska ge samma resultat vid en mätning vid en annan tidpunkt, att resultatet visar på en tillförlitlighet. Med det menas också att situationen ska vara standardiserad. I kvalitativa studier förutsätts däremot standardiseringen vara av en låg grad. Det som ses som inflytelser av slumpen, som i kvantitativa studier försöker undvikas, är vad som blir värdefullt i kvalitativa studier (Trost, 2010, s 131–132). Instrumentet som används för att mäta insamlingen av data, är forskaren själv. Frågan om hur tillförlitlig studien är beroende av hur forskaren uppfattar det den vill studera. En central fråga avseende reliabilitet är att forskaren ser gränsen för vad som är forskarens egen upplevelse och vad som är den studerade individens upplevelse (Ruth, 1991 s 284).

Även om begreppen validitet och reliabilitet mest hör till kvantitativa studier så bör kvalitativa studier ändå vara giltiga och tillförlitliga. Vi har i vår studie gjort kvalitativa intervjuer. Vid sådana intervjuer finns en strävan att ta reda på vad informanten menar, eller har för uppfattning om någonting. Det måste också finnas en reflektion utifrån etiska synvinklar (Trost, 2010, s 132–133).

I denna studie är syftet att visa på en etisk konflikt om användandet av LARO inom tvångsvård och hur personal ser på detta. Att göra intervjuer anser vi vara rätt metod för att komma åt personalens uppfattningar. Vi ställer öppna frågor som ger informanten möjlighet att själv berätta om sina upplevelser. När vi sedan analyserar intervjuerna gör vi det utifrån de teoretiska perspektiv vi valt. Den metod vi har menar vi gör vår studie giltig då den gör att vi kan få svar på de frågeställningar vi har.

Vi menar även att studien är tillförlitlig och därmed har god reliabilitet då den presenterar personalens uppfattningar. Vi har inte för avsikt i studien att visa på ett resultat som ska gälla över tid, det är uppfattningar vi vill åt och uppfattningar kan ändras över tid. Vi är medvetna om att vikten av att se till gränsen för vad som är vår upplevelse och vad som är personalens upplevelse. Vi försöker att undvika att tolka intervjuerna, utan genom att vi kodar och tematiserar utifrån informanternas ord, samt redovisar detta har vi en god tillförlitlighet. Under nästa rubrik redovisar vi vilka etiska

överväganden vi gör. Ett är att vi tänker på vem av oss som utför intervjuerna, denna etiska reflektion anser vi också öka tillförlitligheten på studien.

De begränsningar vi kan se att vi har haft i den metod vi valt att använda i denna uppsats är bland annat insamlingsmetoden. En del människor kan känna sig hämmade när de blir inspelade, vilket kan påverka vad de väljer att svara på frågorna. Ytterligare en begränsning kan vara att en av författarna är anställd på samma LVM-hem som våra informanter. De är medvetna om att deras kollega kommer att vara med i analysen av deras intervjuer och eventuellt har detta påverkat vilka svar de har gett på frågorna.

## 4.5 Etiska överväganden

I vårt arbete med intervjuerna har vi utgått ifrån fyra huvudkrav för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning som återfinns i publikationen *Forskningsetiska principer* (Vetenskapsrådet, 2002). Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet.

Informationskravet innebär att de som berörs av insamlingen av data till undersökningen ska informeras om villkoren som gäller för dem och vilken del de har i undersökningen. Informanterna ska även informeras om att det är frivilligt att delta och att de kan avbryta deltagandet när som helst (Vetenskapsrådet, 2002). Detta krav uppfylldes då vi, innan intervjuerna skedde, skickade ut skriftlig information om detta samt vårt syfte med uppsatsen, till informanterna och berörda chefer.

Samtyckeskravet innebär att informanten ska ge sitt samtycke till forskaren. Informanten ska, utan att det innebär några negativa konsekvenser för denne själv, kunna avbryta sin medverkan (Vetenskapsrådet, 2002). Detta uppfylldes genom att informanterna fick skriva under en samtyckesblankett om att de fått information om deras deltagande och vet vad som gäller utifrån informationskravet.

Konfidentialitetskravet innebär att uppgifter som handlar om informanterna handhas med största möjliga konfidentialitet och förvaras så att obehöriga inte har möjlighet att ta del av uppgifterna (Vetenskapsrådet, 2002). Detta krav uppfylldes då vi utförde intervjuerna med flygplansläge på mobiltelefonen vi spelade in samtalen på. Vi förde sedan över inspelningen på en USB-sticka som förvaras i låst skåp hemma hos en av författarna till denna uppsats. I transkriberingen av materialet har vi utelämnat namn på informanterna och namnet på institutionen där informanterna arbetar då det skulle kunna leda till igenkänning av deras identiteter. Dock kan inte sekretess garanteras då LARO-behandling inom LVM-vård inte bedrivs på alla LVM-institutioner som finns i Sverige och institutionen kan således kännas igen. På samma sätt kan institutionen kännas igen genom att ta reda på var ena författaren i detta uppsatsarbete arbetar. Vi menar dock att risken är liten att informanternas identiteter känns igen, då vi inte tar med något om informantens personliga

egenskaper eller deras arbetsuppgifter eller tjänst i uppsatsen, utan endast citat som handlar om klienter och LARO-behandling.

Nyttjandekravet innebär att de uppgifter som har samlats in om enskilda individer endast ska användas i forskningens ändamål (Vetenskapsrådet, 2002). Detta krav uppfylls då materialet vi samlat in endast kommer användas för vår uppsats. Informanterna blev även informerade om detta.

Ett annat etiskt övervägande vi var tvungna att ta hänsyn till var att en av oss uppsatsförfattare har sitt arbete på en av de institutioner där vi genomför våra kvalitativa intervjuer. Detta skulle kunna medföra en påverkan på samtalet i intervjuerna samt att materialet kan påverkas i tolkningen. Därför har den uppsatsförfattaren inte genomfört intervjuerna som gjorts på institutionen. Dessa har istället genomförts av uppsatsförfattaren som inte har en yrkesmässig koppling till den. Vi har även informerat informanterna innan intervjuerna om att en kollega till dem kommer att ta del av informationen de delger. För att minimera risken att uppsatsförfattaren tolkar intervjuerna annorlunda har vi anonymiserat informanterna i analysmaterialet. Informanterna har även informerats om detta innan intervjuerna av anledningen att också minska risken till att de påverkas i sina berättelser.

## 5. RESULTAT OCH ANALYS

I det här avsnittet kommer vi presentera de resultat vi har funnit i vår studie och hur vi har funnit dem. För att förklara våra resultat kommer vi visa och använda citat som vi har från intervjuerna. Det resultat som vi kommit fram till efter bearbetningen av våra intervjuer har vi sedan analyserat i förhållande till tidigare forskning och teori.

### 5.1 Livskvalitet och värdighet

Det första temat vi identifierar är *livskvalitet och värdighet*. Flera av informanterna talar om missbrukarens livskvalitet och hur denne kan gynnas av att ha en LARO-behandling. En informant svarar på en fråga om vad den anser vara syftet med LARO-behandling:

*..jag vet inte om det finns en möjlighet för dem att de blir helt drogfria, utan de kanske kan leva ett bra liv med att ha substitutionsbehandling. Och då är det good enough på nåt sätt (Intervju 3).*

Tidigare forskning tar upp spirituella aspekter på hur det är att leva ett liv med missbruk av narkotika eller alkohol. Författaren beskriver beroende som relaterat till traumatiska upplevelser, förlust av kontroll, skam och skuld samt låg självkänsla. Att leva under de förutsättningarna orsakar stort lidande och drogerna fungerar ofta som en sorts lindring för att klara av att hantera det lidande som

desamma orsakar. Kort sagt konstaterar författaren att drogerna förvisso är orsaken till den problematik som uppstått för individer med beroende, men att de också är lösningen på problemet (Wiklund, 2008).

På samma sätt talar de personer som vi har intervjuat om hur nedbrytande det är att leva i missbruk. Det innefattar ett ständigt sökande efter droger, ett liv där man inte alltid vet om man kommer att vakna upp nästa dag och där man lever i en sorts utanförskap. Att då ha tillgång till den lindring som drogerna ger, men på ett lagligt och accepterat sätt, kan öka livskvaliteten för dessa individer. Även om preparaten inte tar bort de känslomässiga delarna av vad ett liv med missbruk har orsakat så skänker de den lindring som kanske behövs för att kunna ta tag även i de delarna.

Vi har även tittat på tidigare forskning som behandlar vilka det är som vårdas med LVM. Författaren skriver i sin artikel att det är högre sannolikhet för yngre opiatanvändare att vårdas med stöd av LVM än för andra grupper av missbrukare. Författaren pekar även på att missbruket inte endast består av ett substansmissbruk, utan att det finns fler orsaker till att en person hamnar i ett så gravt missbruk att LVM blir aktuellt. Vissa av dessa faktorer är, enligt författaren, låg utbildningsgrad, bostadslöshet, arbetslös samt att många försörjer sig med hjälp av socialbidrag. Då studien genomfördes, före införandet av LARO inom LVM, kunde en minskning av antalet inskrivna opiatmissbrukare märkas. Författaren förklarar att en trolig orsak till detta kan ha varit att behandling med LARO började öka i tillgänglighet. Författaren resonerar slutligen kring för- och nackdelar med tvångsvård. Å ena sidan sker en stor inskränkning i individens frihet. Å andra sidan är de ramar som denna vård kan ge, nödvändiga för att kunna uppnå förändring för en del (Storbjörk, 2010).

Våra informanter resonerar även de kring hur många faktorer påverkar en individs livssituation, utöver själva preparaten som de missbrukar. Social utsatthet, uttryckt av våra informanter som sociala faktorer, påverkar klienternas liv i mycket stor utsträckning. Att de får tillgång till olika behandlingsinslag som kan hjälpa dem på vägen kan betyda mycket, om de väljer att ta emot den hjälpen.

Samtliga våra informanter talar om vikten av att arbeta med den problematik som inte enbart rör själva substansmissbruket, i synnerhet då det kommer till de klienter som ingår i LARO. Samtidigt kan det vara svårt att motivera klienterna till att delta i någonting som de inte måste göra. Å ena sidan har de redan ett tvång på sig i form av själva tvångsvården, med de restriktioner som det innebär. Å andra sidan kommer de så småningom ut och ska klara att hantera sig själva och sin medicinering utan dessa ramar. Om man då inte arbetat med de sociala faktorerna, bedömer våra informanter detta som mycket svårt och osäkert.

De klienter som vårdas med stöd av LVM är de individer vars missbruk är allra mest destruktivt. LARO-behandling ges till de individer som bedöms inte klara av att hålla sig drogfria utan det.

Sammantaget gör vi författare antagandet att de klienter som får LARO inom LVM är de som haft allra störst konsekvenser av sitt missbruk och är i behov av något som kan hjälpa dem att få till ett någorlunda värdigt liv.

En informant är inne på samma linje. När det i intervjun pratas om vilka fördelar med LARO-behandling som går att se svarar informanten:

*De kanske kan få en dräglig tillvaro och eventuellt kanske jobb då, när de kommer ut. Då är det jättebra, då har det träffat rätt (Intervju 6).*

Tidigare forskning tar även upp effekterna som positiv och negativ förstärkning har vid utvecklandet av ett beroende. Där positiv förstärkning ökar vällusten och ger ett rus, är den negativa förstärkningen kopplad till lindring av smärta, såväl mental som fysisk. Författarna resonerar kring att den positiva förstärkningen kan vara det som leder till skapandet av ett beroende genom att det skapar eufori och ett lustfyllt rus. Bibehållandet av beroende sker mer genom negativ förstärkning då det lindrar det obehag som preparatet i sig skapat samt lindrar mentalt och kroppsligt lidande (Fattore & Diana, 2016).

Våra informanter beskriver jakten på droger och de påfrestningar som detta medför som något som skapar dåligt psykiskt mående hos klienterna. Att ständigt känna behov av att få tag i något som lindrar leder till ett liv fyllt av stress och, ofta, på fel sida av lagen. Att då få tillgång till den lindring som drogen kan ge, på laglig väg, genom att medicineras med LARO kan vara lösningen på det problemet.

Ett annat citat vi kopplar till temat *livskvalitet och värdighet* är när informanten får frågan om vad den anser om att klienterna får narkotikaklassade läkemedel på LVM-institutionen som ska vara drogfri. Det framkommer att informanten inte ser LARO-behandling som droger utan som en medicinering som är bra för att klienten ska ha ett bättre liv utan att jaga droger:

*Jag ser inte dem som att de är drogpåverkade så, utan jag ser att det är medicin för dem för att få dem att funka på ett sätt så att de inte springer och håller på och jagar konstiga kemikalier som de stoppar i sig (Intervju 1).*

Samtidigt talar samma person motsägelsefullt om att det ändå är droger och om informanten verkligen tror på en drogfrihet för klienterna:

*Det är det här med.. ja.. Det är ju fortfarande lagligt knark, det är fortfarande en substans som du får i kroppen. Jag vet inte. Min tro ibland att de kan vara helt utan den varierar verkligen alltså. Och det är olika från olika klienter (Intervju 1).*

Kopplat till teori kan vi se att det går att titta på temat om *livskvalitet och värdighet* utifrån Goffmans teori om stigma. Detta genom hur personalen ser på användandet av LARO, om det är en medicinering eller om klienten får lagliga droger utskrivna. En informant säger att denna inte ser LARO som en form av droger utan som en del av en medicinering för klienten. Vi menar att det kan göras en tolkning av detta som att det är mer accepterat i samhället med medicinering än droger vilket gör att medicinering är mer inkluderande och användandet av droger blir mer exkluderande. Däremot ser vi inte att stigmatiseringen är borta ändå, detta då LARO medicin endast ges till de klienter som har ett så kraftigt opiatmissbruk så att det är nödvändigt. Därmed måste en klient stämpas som missbrukare för att få LARO och stämplingen innebär ett stigma för individen (Goffman, 2008, s 12–14).

Nedanstående citat anser vi också visar på att livskvaliteten är betydelsefull som resultat av LARO-behandling och inte bara drogfrihet i sig. Denna informant talar om hur LARO-behandling för med sig mer än bara medicinska substanser och att klienten är i ett sammanhang i och med LARO-behandling.

*Att de kan gå någonstans varje dag, hämta sin medicin, lämna urinprover och det är nån som har koll på dem så de inte bara kastas ut i samhället, så är det ingen som har koll på dem. Då är det nån iallafall mottagning som har koll på dem (Intervju 1).*

Flera av våra informanter talar i sina intervjuer om fördelen med att ha insättning av LARO inom ramen för LVM på grund av de restriktioner som följer med detta. På den institution som våra informanter är yrkesverksamma är avdelningarna låsta och det finns ständigt någon på plats som har en övervakande funktion. I jämförelse, uppger ett par av våra informanter, är det betydligt mer riskabelt med insättning av preparaten på en mottagning där individen eventuellt har ett helt eget boende. Den enda kontrollfunktion som då finns tillgänglig är de dagliga, men korta, besök på mottagningen som individerna måste göra för att få tillgång till sin LARO.

Detta finner vi stöd i genom den forskning vi tittat på gällande ett öppet LARO-program i Danmark. Författarna har kommit fram till att dödligheten inom den grupp som har tillgång till LARO, sedan förskrivningen blivit alltmer liberal, har ökat. Deltagarna i det öppna programmet har ytterst få restriktioner kring sin LARO och den vidare försäljningen av preparaten är, enligt studien, hög. Det senare har visat sig genom undersökningar av individer som avlidit till följd av narkotikabruk och haft icke-förskrivna preparat i kroppen vid dödstillfället. Författarna lägger stor vikt vid att tillgång, kontroll och kvalitet är de viktigaste beståndsdelarna i en fungerande LARO-verksamhet (Andersen et.al, 2016).

## 5.2 Livräddande

Det andra temat vi har identifierat är *livräddande*. Det var också något som flertalet av informanterna talade om, att klienterna riskerade att dö utan LARO-behandling. I samtal om andra alternativ till behandling istället för LARO-behandling svarar en informant:

*Så ibland tänker jag, varför ska vi hålla på att riskera deras liv hela tiden? För ska vi tro att han klarar sig utan medicinering? (Intervju 1).*

Vi gör en koppling till nyttoetik i temat *livräddande* eftersom vi menar att vi ser uppfattningar hos personalen att de som får LARO får det för att nyttan av att använda LARO mediciner väger upp mot att det är narkotikaklassade preparat som klienterna får. Det är inte handlingen i sig, det vill säga att ge klienten droger, som är det etiskt korrekta. Utan det är följden av handlingen, alltså vilken nytta som följer av att ge klienten droger (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 205–206). Nyttan i det här fallet är att rädda liv. Utan de utskrivna narkotikaklassade preparaten skulle klienten dö.

Som en av orsakerna till att behandling med hjälp av LARO numera är betydligt mer utbrett än tidigare uppger man, i tidigare forskning, de livräddande aspekterna. Dödligheten inom gruppen opioidmissbrukare är mycket hög, framförallt i Sverige, vilket har lett till att regelverket luckrats upp och det är nu möjligt för fler att få tillgång till behandlingen. I den tidigare forskning vi har tittat på i denna uppsats tas detta upp. En författare påtalar i sin undersökning att dödligheten generellt har ökat inom gruppen opiatmissbrukare under de senaste 20 åren (Ledberg, 2016). Även den missbruksutredning som gjordes 2011 påtalar detta (SOU 2001:35). Den har däremot inte ökat inom den grupp individer som får tillgång till behandling med hjälp av LARO. Författaren rekommenderar snabbare förskrivning av preparaten och kortare tid utan, för de som bedöms vara i behov av behandlingen (Ledberg, 2016).

Även Sordo och dennes kollegor påtalar att risken för narkotikarelaterad dödlighet inom gruppen opiatmissbrukare minskar markant genom insättning av LARO-preparat. Den mest riskabla tiden avseende dödlighet är, enligt författarna, precis vid insättandet av preparatet och vid avslutande av behandling (Sordo et.al, 2017).

En informant berättar om sin erfarenhet inom LVM och klienternas behov av LARO.

*Jag vet att många är i behov av LARO, de klarar sig inte på annat sätt (Intervju 5).*

Ett annat citat vi valt visar också på att LARO-behandling innebär ett livräddande är följande, från en informant när frågan om vad det bästa med LARO-behandling kommer:

*Och jag menar tittar man på statistiken kring det och såhär så tycker jag ju att man kan se att det finns en effekt av det. Eh, så då får jag väl någonstans tro på att det räddar liv (Intervju 2).*



En annan artikel vi har tittat på i tidigare forskning tar upp tvånget i tvångsvården. Författarna ställer räddning och omsorg, som tanken med en tvångsåtgärd kan vara, mot den kränkning som att bli utsatt för tvång kan innebära. Artikelns syfte är att se hur tvånget skapas och upprätthålls för missbrukare. (Johansson & Svensson, 2006). Om tvånget innebär att ett liv räddas, är det lättare att motivera det. På samma sätt kan man se informanternas motivering till LARO som en livräddande behandling.

Flera av de personer vi intervjuat i denna studie tar upp de livräddande aspekterna som en av orsakerna till att man anser att LARO är ett effektivt sätt att behandla personer med opiatmissbruk. Även om det finns nackdelar med behandlingen så överväger fördelarna, i detta fall att individerna håller sig vid liv. Samtidigt får vi, i intervjuerna, indikationer på att förskrivningen i vissa fall är alltför generös. Dessa informanter förklarar att de anser att många yngre individer som får LARO kanske egentligen inte är i behov av det, utan skulle kunna klara sig med behandlingsformer som inte innefattar någon form av medicinsk behandling. De påtalar även, i viss mån, att förskrivningen i vissa fall sker på alldeles för lösa grunder.

Vidare uppger en av våra informanter att mer utredning krävs före insättning av preparaten för att försäkra sig om att det verkligen finns ett behov av ett läkemedel som är så potent och riskfyllt att använda. Således kan vi delvis se en koppling till tidigare forskning i analysen av vårt insamlade material. Men vi kan även se att personalen, till viss del, har en uppfattning som motsäger det som tidigare forskning kommit fram till.

### 5.3 Missbrukarbeteende

Det tredje temat vi identifierar är *missbrukarbeteende*. Flera av våra informanter talar om hur missbruket är starkt ihopkopplat med ett beteende och om hur djupt rotade vissa beteenden är hos missbrukaren samt hur svårt det är att ändra dessa. De poängterar vikten av att få hjälp med flera delar för att kunna ändra sitt beteende och inte bara LARO-behandling.

*Behandlingen ska gå hand i hand, att få LARO-behandling innebär ju inte att du slutar med ditt missbruksbeteende utan du kanske liksom använder din lagliga medicin till att fortsätta ha missbruksbeteendet. Eh och det är väl det jag tycker att man behöver jobba med (Intervju 2).*

Den tidigare forskning som vi tidigare redogjort för avseende missbruk och beroende tar, bland annat, upp faktorer som påverkar utvecklandet av ett beroende som inte enbart är kopplade till de substanser som man tillför kroppen. Beroende är, enligt tidigare forskning, bestående av flera olika beståndsdelar. Delar av dessa handlar om den sociala situationen för den beroende individen, där drogerna beskrivs som såväl orsaken till och lindringen av problemen som beroendet medför (Wiklund, 2008).

Även vinster och förluster, positiv och negativ förstärkning till följd av missbruket tas upp som förklaring till utvecklandet av ett beroende. Den positiva förstärkningen består, till största delen, av de effekter en individ får från hjärnans belöningssystem. Negativ förstärkning är mer kopplad till att lindra smärta, både fysisk och mental (Koob & Wise, 2014).

Rent fysiska förändringar i hjärnan leder även de till utvecklandet av ett beroende. Förändringarna beskrivs leda till utvecklandet av en tvångsmässig beteendestörning som tycks finnas kvar över tid, trots medicinska och psykosociala behandlingar (Fattore & Diana, 2016).

De personer vi har intervjuat talar om att missbruk, eller beroende, inte endast består av att man missbrukar en drog, eller något annat preparat. De talar om något som de kallar för "missbruksbeteende" och förklarar att detta är det som uppstår till följd av missbruket eller beroendet. Detta beteende kan ligga som orsak till att man "smusslar" med mediciner, fortsätter att "sidomissbruka", manipulerar fram en högre dos än man egentligen har behov av och så vidare. I ljuset av tidigare forskning kan man se att det som personalen, vi har intervjuat, kallar för missbruksbeteende kan ses som de följder, och i viss mån de orsakerna till, utvecklandet av ett beroende kan ha.

När vi applicerar stämplingsteorin ser vi att vi kan se tecken på en stämplingsprocess i temat *missbrukarbeteende*. Informanterna talar om ett beteende som hör ihop med att vara missbrukare och att det inte är själva intaget av substansen som är det som gör en individ till missbrukare. Beteenden och handlingar som informanterna talar om är att klienterna smusslar med medicinerna. I intervjuerna ser vi också att informanterna ser till vikten av att förändra mer saker i en klients liv och inte bara själva bruket av substansen. De talar om sociala faktorer och att försöka se till att klienterna inte träffar andra klienter för att på så sätt fortsätta med sitt missbrukarbeteende. Vi ser det som att en identitet kan befästas genom att missbrukaren känner en samhörighet med andra missbrukare och att i den sociala gemenskapen så bryter missbrukaren inte mot några normer som avvikande. Identiteten som avvikare har då internaliserats i missbrukarens personlighet (Becker, 2006, s 42–44).

En informant tar även upp hur det kan vara problematiskt med hanteringen kring medicineringen och det faktum att klienterna ska gå till en mottagning för att hämta sin medicin, och därmed träffa andra missbrukare. Detta kan göra att det är svårt att bryta sitt beteende som missbrukare.

*Och det här är också en annan sak med mediciner, med LARO, att jag tycker inte det är alltid bra att de går till mottagningar och hämtar mediciner. För då träffar de på andra människor som har samma och liknande missbruk så kan de deala fram och tillbaka. Jag tycker de ska hålla sig på sina ställen. I en lägenhet, i familjehem eller vart det kan vara nånstans. Så de får medicinen där på plats. Så de inte behöver träffa andra folk som har samma sak (Intervju 1).*

Tidigare forskning tar även upp dödligheten inom den grupp som har tillgång till behandling med LARO. Man har i studier kunnat se att individer, som inte deltar i ett LARO-program på något sätt

får tillgång till de preparat som används i behandlingen (Andersen et.al, 2016). Detta, antyder våra informanter, sker genom att individer som har det förskrivet säljer delar av sin dos vidare till andra. I samtliga av våra genomförda intervjuer framkommer att personalen uppfattar att det "smusslas" en hel del med dessa preparat. Detta ses som ett stort problem både på den institution där vi genomfört denna studie och enligt delar av den tidigare forskning som vi redogjort för under rubriken "forskningsöversikt".

*Det sämsta med LARO är att vi sprider, att LARO sprider sig till andra klienter som inte ska ha LARO. Och vi tillgodoser dem med att tjäna både pengar och ge klienter smak på LARO som kanske inte har testat LARO innan. Det är det absolut sämsta. (Intervju 6).*

Ytterligare forskning som vi har tittat på tar upp den, påstådda, problematiken kring att unga missbrukare ofta får tillgång till icke-förskrivna LARO-preparat och att dessa fungerar som en inkörsport till tyngre droger. Författarna hävdar att så inte är fallet då deras undersökning visar att olaglig användning av LARO-preparat, i Sverige, är ovanlig bland yngre. De kommer i sin studie fram till att bland droganvändare i allmänhet är det få som har testat dessa substanser och de finner inga indikationer på att de skulle fungera som en inkörsport till andra droger. De påtalar att andra preparat, som även de är förskrivna medicinska preparat, exempelvis bensodiazepiner och Tramadol, är betydligt vanligare bland yngre (Johnson & Richert, 2013).

Våra informanter talar om spridningen av preparaten och beskriver den som utbredd. En av informanterna tar upp spridningen till specifikt missbrukare som inte tidigare har testat LARO-preparat och resonerar kring hur de anländer till institutionen med en typ av missbruk och lämnar den med ett annat. Således motsäger en del av våra informanter, till viss del denna studie. Johnson & Richert (2013) undersöker i sin studie främst yngre missbrukare. Klienterna som placeras på det LVM-hem där vi genomfört våra intervjuer är från 18 år och uppåt. De flesta har ett blandmissbruk och har testat på det allra mesta inom droger. Vi författare gör därför antagandet att de klienter som inte tidigare testat preparaten företrädesvis är yngre.

Samma grundläggande tanke kan anas då vi ställer frågor om hur det fungerar med att hantera LARO på institution. Samtliga av våra informanter uppehåller sig även mycket vid temat missbruksbeteende när det kommer till "smussel" med mediciner. De berättar att en av de stora utmaningarna med att administrera LARO på ett LVM-hem är just förekomsten av försäljning till andra klienter, som inte har LARO.

*Att det smusslas. Eh att andra klienter som inte har det ofta blir väldigt drogsugna. Dels med vetskap om att det finns på institutionen de kan ja, på aktiviteter och sånt där kan de träffa på klienterna som har den här behandlingen. På institution finns det en stor risk för spridning av preparaten vilken gör att det är svårt att garantera en helt hundra procentigt drogfri miljö (Intervju 4).*

En informant berättar även att smusslandet med mediciner inte alltid sker på initiativ av den som har det förskrivet. Det förekommer att det sätts press, eller rentav hotas, för att de personer som har LARO ska dela med sig till andra.

*Och de kan ju pressa varandra också, det kan ju bli utpressningssituationer, det kan bli... (Intervju 2).*

Flera av våra informanter berättar om svårigheterna med att bedöma om klienterna delar med sig av sin medicin frivilligt eller om de pressats till att göra det. Även om en institution är en mycket skyddad och övervakad miljö kan personalen inte finnas med överallt. Detta skapar problem då det blir näst intill omöjligt att avgöra om egentligen rör sig om smussel och någon form av restriktioner kan ske, eller om det snarare handlar om en hotfull situation där klientens enda utväg är att dela med sig.

## 5.4 Sjukvårdens roll

Det fjärde temat vi identifierar är uppfattningar om *sjukvårdens roll* när det gäller LARO-behandling. Den ojämlika behandlingen är något som flertalet av informanterna nämner. Dels nämner flera av informanterna att det ser olika ut från landsting till landsting gällande riktlinjerna för att få LARO under tiden man vårdas på LVM-hem. Där vissa landsting är väldigt positivt inställda till den miljö som en institution kan erbjuda under den tid klienten ställs in på medicinen, har andra beslutat sig för att aldrig bevilja en sådan behandling, oavsett klientens eventuella behov. En av informanterna förklarar att i en specifik stad i Sverige medicinerar man överhuvudtaget inte på distans.

*Ibland får man höra skräckhistorier, hur lång kötid de har och så är det olika i olika delar i Sverige. I Göteborg har de att man får inte medicineras på distans. Så bor de nån annanstans, på ett boende, får de inte förskrivet från Göteborg, då får de söka någon annanstans (Intervju 1).*

I andra delar av landet ser det annorlunda ut då man lagt upp detta system annorlunda. I en del landsting förekommer även långa köer, vilket gör att människor fått vänta i mellan sex och åtta månader på att få starta processen för att komma in i LARO-programmet. Samtidigt finns det i vissa landsting privata kliniker som erbjuder LARO-behandling.

*I Stockholm finns det ju många olika mottagningar och privata mottagningar som man kan söka sig till. För det är ju fria vårdvalet, man får söka vart man vill. Nej så det ser verkligen olika ut (Intervju 1).*

När vi tittar på temat *sjukvårdens roll* kopplar vi även där informanternas uppfattningar till nyttoetik. Informanterna påtalar många gånger under intervjuerna den ojämlika behandling som klienterna får. Riktlinjerna för att få en LARO-behandling skiljer sig markant åt beroende på i vilken del av Sverige en klient söker. Vi gör analysen att på grund av hur sjukvården är organiserad i Sverige så gör de inte

likadant i de olika regionerna. Ibland görs även olika bedömningar av mottagningarna, beroende på vilka resurser de har. Hur prioriteringen sedan sker utgår från ett nyttoetiskt förhållningssätt, där de ser till var resurserna gör mest nytta och gynnar flest människor (Henriksen & Vetlesen, 2017, s 210).

Flera av informanterna poängterar vikten av att denna behandlingsform bör hanteras och bedömas efter samma kriterier oavsett från vilket del av landet man kommer. Generella regler som omöjliggör behandling på distans exempelvis, eller en vägran att tillåta privata vårdgivare försvårar för klienterna. Bedömningen i dessa fall upplevs av ett par av våra informanter som generell och inte individuellt behovsprövad.

*Jag tycker bara, beroende på vart man kommer ifrån i landet kan det vara olika svårt att söka och så ska det inte vara. Det ska vara verkligen för alla, vill du söka så ska det va ungefär nåt liknande sätt. Och det ska inte vara pengar som styr och ställer hur behovet, alltså hur klientens behov ser ut (Intervju 1).*

Tidigare forskning, som ser närmare på dödligheten hos opiatmissbrukare kopplat till ålder, resonerar kring hur effektivt LARO är för att minska dödligheten inom denna grupp. Författarna konstaterar att den största risken för dödsfall är vid insättningen av preparaten och vid avslutandet av behandlingen. Med andra ord löper de som har tillgång till LARO störst risk att avlida precis då de börjar medicinera samt när de avslutar sin behandling. Dödsfall under perioden med LARO var däremot minskad. Författarna påtalar att det är av stor vikt att de individer som är i behov av det får tillgång till preparaten snabbt. Det påtalar även att det är viktigt att individerna får tillgång till behandlingen över tid samt att det är viktigt att låta de som, av någon anledning, har fått avsluta behandlingen, får börja med den igen (Clausen et.al, 2003).

Våra informanter talar om den ojämna tillgängligheten i Sverige då det gäller möjligheten att få LARO. Där vissa kommuner är mycket generösa med förskrivningen rent generellt är andra mycket restriktiva. Det finns även skillnader då det kommer till riktlinjerna gällande specifikt inställning på LARO på LVM. Vissa kommuner tillåter det inte alls, medan andra har en mycket positiv inställning till det. Vidare trycker personalen på vikten av att det finns en plan framåt som sträcker sig över tid. Detta för att klienterna inte ska hamna i ett glapp mellan olika vårdformer och riskera att, periodvis, stå utan tillgång till preparaten. Här kommer sjukvårdens roll in, som är de som står för förskrivningen av preparaten. Våra informanter påtalar att det är mottagningarna som står för förskrivningen av preparaten och det är även de som ställer upp kriterierna för att komma med i programmet och på vilka premisser man kan bli utesluten ur programmet.

En informant berättar om svårigheter med att LARO-mottagningen inte har samma syn på klienten och missbruket som personalen på LVM-institutionen. Att klienten kan vara kvar i LARO-behandling trots att personalen på LVM-institutionen inte anser detsamma kan vara problematiskt. Med detta har vi gjort tolkningen att sjukvårdens attityder skiljer sig från personalens på LVM-institutionen.

*Ehh, jag tycker att i vissa fall är läkarna som ordinerar läkemedlet alldeles för, vad ska man säga, toleranta. Vi rapporterar ju in smussel, vi rapporterar in misstanke om att de säljer sina mediciner, vi rapporterar om de inte tar dem som de ska. Vi rapporterar mycket. Och det finns nån form av sån här grundstruktur i LARO-behandlingen att det liksom ska funka, man ska inte vara våldsam, hotfull kring sin medicinering, men jag tycker att det överlag att det har blivit mer tolerant och ehm, jag tycker de tar lite för lätt på när vi rapporterar såna här konstigheter, att nu har den här klienten sparat sin medicinering, vi har hittat den i snusdosan exempelvis och vad han ska göra med den det vet vi inte men, det här är vad vi har hittat iallafall. Och det är ofta så här att nej men vi gör ingenting liksom. Vi gör inga åtgärder utan han fortsätter som vanligt. Ehm, så det kan vara lite frustrerande ibland (Intervju 2).*

Vi har sett på tidigare forskning som behandlar dödligheten generellt för klienter som har vårdats med LVM vid något tillfälle. Författaren kommer fram till att dödligheten för gruppen individer som har vårdats med LVM har en åtta gånger högre dödlighet jämfört med den allmänna befolkningen. Även i jämförelse med gruppen missbrukare (som inte tvångsvårdats) är dödligheten högre för de som har haft minst ett vårdtillfälle med LVM. Författaren påtalar vikten av tidiga insatser samt att tvångsvårdens utformning bör granskas och utvecklas (Hall et.al, 2015).

Denna forskning kan vi härröra till det våra informanter tar upp då det kommer till alltför lite kontroll av LARO-klienterna, att det ställs för låga krav på dem. Det "smussel" som beskrivs i våra intervjuer leder till spridning av preparaten till andra som inte har dem förskrivna. Ett par av våra informanter påtalar även vikten av att de i personalen som har medicinskt ansvar för denna behandling på institutionen har tillräcklig kunskap inom LARO. De utvecklar resonemanget med att förklara att man helt enkelt bara följer en läkares direktiv och på så vis undkommer en del ansvar när det kommer till frågor om hanteringen av LARO-preparaten. Eftersom läkarna i detta fall inte träffar klienterna personligen är det viktigt att de som är ansvariga på plats har tillräckliga kvalifikationer för att stötta läkaren i att göra bedömningar på distans.

De klienter som vårdas med stöd av LVM sitter inlåsta tillsammans med andra och med LAROs inträde har tillgången till narkotikaklassade preparat inom själva institutionen ökat. Då tidigare forskning visar att dödligheten för denna grupp är mycket hög, även i jämförelse med gruppen missbrukare utanför LVM, är det av stor vikt att stävja bruket under vårdtiden. Våra informanter uttrycker en önskan om större restriktioner och mer kontroll från de mottagningar som faktiskt står för förskrivningen av preparaten. I ljuset av de förhöjda dödstalen inom gruppen som vårdats med LVM kan ett samband mellan det fortsatta bruket och därmed den uteblivna drogfriheten anas.

I frågan om att få narkotikaklassade läkemedel utskrivna på ett LVM-hem, som ska vara en drogfri miljö, gör vi en liknelse till att få rena sprutor för sitt missbruk. Tidigare forskning har tagit upp hur myndigheters och politikernas förhållningssätt har sett ut under en tidsperiod från 1986 och 25 år framåt (Tryggvesson, 2012). Författaren såg en skiljelinje mellan två olika sidor att se på sprutbyte. Den ena

var att ha ett perspektiv för missbrukarens hälsa och minska risken för smitta, och den andra var i enlighet med narkotikapolitiken ha ett perspektiv om drogfrihet och att inte riskera gynna missbruket. Dessa synsätt kopplar också vi till vad våra informanter har sagt om hur LARO-behandling ska ses inom LVM-hemmen. Informanterna talar om att LARO-medicinerna är just mediciner och inte droger, de ser dem som ett sätt för missbrukarna att överleva och att det inte går att ställa krav på missbrukarna att vara helt utan dessa substanser.

## 5.5 Personalens förhållningssätt

Det femte och sista temat vi identifierar är *personalens förhållningssätt*. Vi uppmärksammar tankar om varför informanterna arbetar på det sätt de gör och hur de själva skulle vilja kunna påverka, eller ändra på riktlinjer. När en informant får frågan om den ser några problem med att inte alla som har opiatmissbruk på LVM-institutionen får tillgång till LARO.

*Det är ju ett problem. Men på nåt sätt måste jag i mitt jobb skydda mig lite från den tanken för det är inte jag som bestämmer. Utan det är LARO-mottagningen och det är läkare som gör bedömningarna (Intervju 3).*

Tidigare forskning som vi redogör för i denna uppsats talar om hur personalens etiska förhållningssätt kan se olika ut. De personer som vi intervjuat inför denna uppsats talar om hur den största delen av ansvaret för LARO inte ligger på dem. De förklarar att det är mottagningarna som bestämmer, att det, på ledningsnivå, har beslutats att behandlingen ska finnas tillgänglig på institutionen samt att de, i viss mån helt enkelt får finna i sig att de egentligen inte kan påverka så mycket. Den tidigare forskningen tar upp att det råder samstämmighet i personalens inställning till att det finns olika faktorer som påverkar en persons missbruk och dennes inställning och motivation till tillfrisknande. Dels är, enligt den tidigare forskningen, personalen ofta benägen att lägga mycket av ansvaret för missbrukarens situation på individen själv. De är dock ense om att sociala faktorer är en av de stora orsakerna till att en person hamnar i missbruk. Samtidigt kan en moraliserande ton anas (Palm, 2003).

På samma sätt talar de vi har intervjuat om att missbruket är mycket mer än ett substansberonde. De sociala faktorerna spelar en stor roll och det måste således ingå i behandlingen att arbeta med de delarna. Vi har även, i en del av intervjuerna, kunnat ana en något moraliserande ton, men då främst avseende hur behandlingen sköts på institutionen. Genom att resonera kring att missbrukarna måste vara motiverade till förändring och ta ansvar för sin behandling, kan det resoneras kring huruvida detta är ett sätt att lägga ansvaret på den beroende individen själv snarare än de yrkesverksamma som arbetar för att hjälpa denne.

En informant svarar på om den hör diskussioner om LARO-behandling ska förekomma överhuvudtaget på LVM-institutionen. Informanten känner inte till om det finns uppfattningar bland

personalen om att det ska tas bort, snarare att de önskar att de tänker på hur de kan effektivisera arbetet med hanteringen.

*..utan jag hör mer att vi behöver säkerställa att det inte kommer ut till andra och det är väl det stora jobbet vi har gjort nu utifrån att vi har gjort en specifik LARO-avdelning. Vi har mycket tänk kring att så här, jamen vi kan köra gemensamma aktiviteter mellan avdelningarna som inte har de här klienterna med LARO, men LARO-klienterna, när de är ute och går en promenad så är inga andra ute och det minimerar risken att det överförs någonting mellan dem. Så att vi har ju hela tiden ett tänk och en dialog, hur ska vi minimera den risken liksom. Så det är snarare de diskussionerna jag hör än att så här, vi borde inte ha det överhuvudtaget (Intervju 2).*

Vi kan i detta tema göra en koppling till pliktetik. Det gör vi genom att se hur informanterna talar om varför de arbetar på det sättet de gör och om de vill kunna göra någon påverkan på något sätt. En informant säger så att de följer riktlinjer och att det är någon annan som har utformat dem. Vi har sett något olika förhållningssätt att tänka kring riktlinjerna som finns på LVM-institutionen. Alla uttrycker att de följer riktlinjerna och de flesta ser inte något etiskt problem i hur de är utformade. I det andra citatet vi har med under temat *personalens förhållningssätt* uttrycks dock en annorlunda praktisk hantering och planering för att kunna fullfölja riktlinjerna och därmed göra det enklare för sig att fullfölja sin plikt.

Endast en av informanterna uttrycker kritik mot riktlinjerna utifrån ett etiskt förhållningssätt och hur dessa riktlinjer drabbar klienterna negativt. Det syns i det tredje citatet under samma tema. Informanten använder till och med begreppet *etiskt korrekt*. Vi tolkar det som att informanten utför sina arbetsuppgifter på grund av ett pliktetiskt förhållningssätt, men att informanten upplever ett etiskt dilemma och ändå inte känner att den gör det som är etiskt rätt.

*...det är inte etiskt korrekt för klienterna uttrycker ju själva att dels tycker "jag synd om någon", eller dels "säljer jag" eller dels "blir jag hotad så blir jag av med min medicinering" och det är det som är problemet. De blir ju rätt desperata, de är ju här på tvång. Det är inte etiskt korrekt att ha det som vi har det i dagsläget (Intervju 5).*

Tidigare forskning, som har tittat på tvångsvården och hur denna fungerar, resonerar kring hur tvångsvården används och vad som eventuellt kan vara dess för- och nackdelar. Författaren skriver, i sin studie, att den i första hand används såsom lagen förskriver, det vill säga för att motivera till fortsatt frivillig vård. I studien ingår intervjuer med flera socialsekreterare. En uppfattning som delas av flera är den att LVM, som lagstiftning, i första hand används i syfte att ha klienterna under uppsikt under en period. Detta innebär då att även om man har dem där man vill ha dem, så kommer man inte åt dem behandlingsvägen. Författaren skriver att socialsekreterarna, som är de som placerar på LVM, också uppger att de som de oftast placerar på LVM är de individer som har allra lägst motivation till att förändra sitt missbruksbeteende (Palm, 2009).



En informant berör ämnet motivation med följande citat:

*Så jag ser det som, den ultimata är ju den som är väldigt motiverad till att göra en förändring i sitt liv och förstår att substitutionsbehandlingen är bara ett piller och en medicin, det stora jobbet måste man ändå göra själv och ta till sig en behandling samtidigt (Intervju 5).*

Vi ser brist på motivation som en faktor för att bli utsatt för tvång och aktuell för LVM, och motivationen hänger även ihop med behandlingen med LARO. Våra informanter har i de intervjuer vi har genomfört talat om vikten av motivation hos klienten för att en LARO-behandling ska lyckas. Om det stämmer som författaren till artikeln ovan skriver, att de som har lägst motivation är de som får LVM, finns det alltså mycket få klienter inom LVM som har en hög motivation till förändring. Även om de arbetar mycket med klienternas motivation, genom samtal och liknande behandlingsinslag, blir det svårt då klienternas grundläggande motivation är alltför låg. Då de krav som ställs på deltagande i andra behandlingsinsatser inte upplevs som höga när klienterna får LARO på institutionen, blir behandlingen i princip bara medicinsk.

## 6. DISKUSSION

Syftet med denna studie har varit att visa på en inbyggd etisk konflikt i användandet av LARO inom tvångsvård och hur personal förhåller sig till denna konflikt. Vi kommer i denna del av uppsatsen diskutera våra reflektioner av studien i ljuset av tidigare forskning, vårt val av teori, vårt val av metod samt avslutningsvis diskutera studiens implikationer för socialt arbete som forskning och praktik.

### 6.1 Summering

Sammanfattningsvis har vi kunnat svara på uppsatsens frågeställningar genom att tematisera informanternas svar på ovanstående sätt. Sett till våra frågeställningar har vi analyserat vårt resultat på följande sätt.

- Hur upplever personalen att LARO påverkar klienternas livssituation under vårdtiden?

Våra informanter uppger i sina intervjuer att de upplever att det blir lättare för klienterna att hålla sig fria från annat missbruk då de får tillgång till LARO. Det framkommer även att det, i viss mån, har varit möjligt att se att dessa klienter har haft större framgång när det kommer till att kvarstanna på placeringar på vård i öppnare former. Informanterna talar även, i mer allmänna ordalag, om hur livskvaliteten för klienter med LARO förbättras. De får berättat för sig hur påfrestande det är att ständigt behöva "jaga" droger och att inte veta när man får möjlighet till nästa dos. Även det inslag i individens vardag som LARO innebär i form av dagliga besök på en mottagning för medicinering kan, enligt våra informanter, innebära någon form av mening i tillvaron - de träffar åtminstone människor varje dag, har tider att passa och någon som "håller koll på dem". En del av informanterna talar även om den trygghet det innebär för klienterna att inte behöva oroa sig för att dö nästa gång de

tar en överdos. Med en LARO-behandling har de inte längre kvar suget efter opiater och detta kan göra skillnaden på liv och död.

- Hur förhåller sig personalen till att vissa klienter får, och att andra inte får, LARO på ett LVM-hem?

Våra informanter har resonerat kring ett antal problem som de ser med att en del klienter får tillgång till LARO, medan andra inte får. Ett av de största bekymren, utifrån vår analys, är det smussel med medicinerna som förekommer. Vi har även fått fram att det inte alltid är för egen vinning som en klient delar med sig av sin medicin, utan att även hot och andra former av påtryckningar kan förekomma. Samtidigt uttrycker samtliga av våra informanter att de ändå har en positiv inställning till att det är möjligt att få LARO på LVM. Detta då de anser att det är en livsnödvändig medicin för flera av deras klienter. Det som informanterna efterfrågar mer av är hårdare restriktioner kring hur själva hanteringen av LARO ska se ut, noggrannare utredningar och bedömningar inför insättande av LARO samt mer konsekvenser vid misskötsel.

- Hur resonerar personalen kring sina etiska ställningstaganden gällande användandet av LARO inom LVM?

Överlag i våra intervjuer har ytterst lite koppling till etik kunnat lyftas fram. Flera av våra informanter använder uttryck såsom "det är inte jag som bestämmer" för att påvisa att de inte är inblandade i beslutsprocesser rörande LARO. Samtidigt är det personalen som står klienterna närmast och på olika sätt och de som får hantera de effekter LARO kan ha på såväl klienter med behandling, som utan. Det som ändå kunnat anas i intervjuerna är att personalen emellanåt upplever det som etiskt svårt att förhålla sig till de klienter som inte ingår i LARO-program, men ändå vistas tillsammans med de som gör det. Informanterna uttrycker sig här på ett sätt som vi närmast kan härröra till pliktetiken, genom att de helt enkelt "gör det de är ålagda att göra".

## 6.2 Studien i ljuset av tidigare forskning

Det saknas forskning på detta område och vi har därmed tittat på annan forskning som vi kan koppla ihop med vår studie. Då vi valt att abstrahera urvalet av artiklar som vi använt oss av i vår forskningsöversikt har vi istället sett på forskning som vi bedömer som närliggande vårt val av ämne. Det vi har kunnat se är att personalens uppfattning om LARO inom LVM, till stor del, överensstämmer med det vi har kunnat se i vårt val av tidigare forskning. Dock har vi, i något enstaka fall, fått svar från informanter som motsäger det som tidigare forskning har kommit fram till. En av orsakerna till detta kan vara att ett LVM-hem är en miljö där forskning sällan utförs. Våra informanter arbetar nära sina klienter och får en relation till dem som forskare oftast inte får möjlighet att utveckla. Därför kan de ha en annan nivå av insikt än de som vi lyckats finna i våra sökningar efter relevant tidigare forskning. Detta lyfter behovet av vidare forskning på ämnet. Även den brist på innehåll rörande etiska resonemang som vår analys tyder på är något som vi anser att det finns ett behov av att forska mer ingående kring.

### 6.3 Teoridiskussion

De teoretiska perspektiv vi har utgått ifrån i analysarbetet är pliktetik och nyttoetik. Howards Beckers stämplingsteori och Goffmans teori om stigma är två andra teoretiska perspektiv som vi har utgått ifrån för att kunna svara på frågeställningarna.

Vi har haft ett etiskt teoretiskt perspektiv när vi har analyserat resultatet. Intressanta saker som har kommit fram är personalens tankar om varför de handlar som de gör i sitt arbete. Även om alla i personalen berättade om att den handlade på ett sätt som var enligt riktlinjerna som finns på SIS-institutionen, så kunde vi urskilja olika sätt att tänka på. I vissa intervjuer låg fokus mycket på klientens risk för att dö och för klientens livskvalitet. I andra intervjuer kom flertalet uttryck om att personalen gör det som den är tillsagd att göra. Vi har tolkat detta till nyttoetik respektive pliktetik. Nyttoetiken gör sig gällande då det kommer till personalens inställning till varför LARO är bra för klienterna. Livräddande egenskaper och förbättrad livskvalitet överväger i dessa fall de konsekvenser som även tas upp i form av smussel, försäljning och utpressningssituationer. Pliktetiken kan anas då personalen berättar om hur de ser på sina arbetsuppgifter utifrån att de gör det de blivit ålagda att göra. Det kan även anas då personalen talar om att många av de beslut som tas i samband med behandlingen inte tas av dem, utan av utomstående i form av beroendemottagningar, läkare, socialtjänst och dylikt.

Vi anser att vi har kunnat sett att stämplingsteorin bekräftas i vårt resultat. Klienterna stämplas som missbrukare genom hur deras handlingar definieras av omgivningen. Det är klientens handlingar och beteende som anses som avvikande av omgivningen och därmed stämplas klienterna som missbrukare. Klientens roll som avvikare, och i detta fall missbrukare, upprätthålls i miljön på LVM-institutionen genom handlingar som att smussla med mediciner. De personer vi har intervjuat benämner detta som "missbrukarbeteende" och beskrivs av de personer som vi har intervjuat som något som de allra flesta missbrukare har. Att beskriva en mängd individer och tillskriva dem samma egenskaper är ett sätt att stämpla dem. Det bör tilläggas att de individer som vårdas på den institution där vi har genomfört vår studie samtliga har ett gravt missbruk. De individer som beskrivs i intervjuerna är med andra ord djupt inne i sitt missbruk och personalen uttalar sig inte generellt utöver de personer som de träffar i sitt arbete. Samtidigt kan denna form av stigmatisering även sprida sig utanför institutionens väggar. Då personal talar med utomstående om hur deras klienter uppträder, självfallet inom sekretessens ramar, kan personer med mindre insikt i en missbrukares livssituation lätt se andra genom samma glasögon som de individer som beskrivs.

Att vara på en LVM-institution och ha en LARO-behandling innebär att klienten har kategoriserats som en missbrukare. På institutionen finns andra klienter och personal. Denna uppdelning i sig kan utgöra ett stigma för klienten. Inom klientgruppen finns även både klienter som har tillgång till behandling med LARO och de som inte har det. Enligt vår studie påverkar denna uppdelning klienterna på olika sätt. De klienter som får LARO utmärker sig ofta genom rent fysiska reaktioner

såsom att de blir väldigt trötta och det kan synas tydligt på dem att de är påverkade av någonting. För individer med missbruk syns detta tydligt och en klient som har LARO kan inte dölja detta för andra under särskilt lång tid. På samma sätt skapas någon form av hierarki, ett vi och dem, som kan skapa spänningar mellan olika klientgrupper. Då den ena har något som den andra vill ha kan det uppstå såväl konflikter som handel mellan individer och grupper. Vidare finns på institutionen en särskild avdelning för klienter som har LARO. Detta innebär att övriga klienter på institutionen är fullt medvetna om att de individer som finns på denna specifika avdelning är opiatmissbrukare och har tillgång till narkotikaklassade preparat enbart baserat på vilken avdelning de befinner sig på. Detta i sig kan ha en stigmatiserande effekt.

## 6.4 Metoddiskussion

Den metod vi använder oss av för att svara på våra frågeställningar är en kvalitativ metod med intervjuer. Anledningen till att vi väljer just denna metod är att vi har som syfte med denna uppsats att visa på en inbyggd etisk konflikt i användandet av LARO inom tvångsvård och hur personal förhåller sig till denna konflikt. För att kunna utröna detta är det lämpligt att använda intervjuer då frågorna inte går att besvara med ja, nej eller skattningsskalor. De personer vi intervjuar har även olika typer av tjänster och har således olika infallsvinklar på de frågor vi ställer. Då det är deras rent subjektiva uppfattning vi vill komma åt i denna studie har vi valt att använda strukturerade intervjuer för att skapa större utrymme för följdfrågor.

Vi har en hermeneutisk forskningsansats, med ett induktivt perspektiv. Detta för att kunna förstå vad personalen har för uppfattningar, snarare än att vi ville förklara varför de hade de uppfattningarna samt att vi har dragit våra slutsatser av materialet efter vi gjort vår tolkning.

I den här studien gör vi intervjuer med sex personer, vilket vi anser vara det som har ryms i den tidsram som har funnits. Har mer tid funnits, skulle vi kunna ha möjlighet att göra fler intervjuer. Dock anser vi att materialet var mättat efter sex intervjuer. Den tematisering vi gjorde av intervjusvaren gör att vi finner ett relevant resultat utifrån studiens syfte och frågeställningar. Vi avsåg att påvisa uppfattningar som fanns bland personal och ser inte att vi hade fått fram fler teman även om vi intervjuat fler.

Vi ser i efterhand att detta var ett relevant sätt att samla in data på för den här studien. Vi försökte hålla våra intervjuer med så öppna frågor som möjligt så informanten fick utrymme att själv formulera sig och prata om ämnet. På det sättet kunde vi fånga tankar och uppfattningar som kanske inte skulle komma fram om vi hade ställt mer slutna frågor eller ge svarsalternativ till informanten. Dock kan det finnas en möjlighet att vi skulle få andra svar om vi skulle intervjuar samma personer igen, då ens tankar och uppfattningar är föränderliga. De skulle också kunna komma andra svar om vi använde andra formuleringar på frågorna, eller annat tidsomfång på intervjuerna. Detta behöver ändå inte ses som att studien inte är trovärdig eller giltig, utan snarare tvärtom. Vi avser inte att följa

informanternas uppfattningar över tid, utan vi hade som syfte att kartlägga vilka uppfattningar som fanns vilket vi anser att vi lyckats med.

I analysen av intervjuerna har vi först skapat koder som vi sedan har grupperat till teman. Det finns alltid en möjlighet att vi har bortsett från begrepp, ord eller koder som skulle kunna grupperats till andra teman och att vi därmed kunnat komma fram till en annan analys. Vi anser att genom att ha studiens syfte och frågeställningar i fokus så har vi ändå hittat svar på frågeställningarna i materialet. Andra saker som skulle kunnat komma fram tänker vi att vi aktivt valt bort att leta efter då vi kodat materialet på det sättet vi gjorde och det därmed inte har att göra med studiens syfte och frågeställningar.

## 6.5 Implikationer för socialt arbete som forskning och praktik

Då vi haft som utgångspunkt i denna uppsats att se på LARO inom tvångsvård utifrån ett etiskt perspektiv gjorde vi ett sorts antagande att det finns en inbyggd etisk konflikt i användandet av LARO inom LVM. Avsaknaden av vilja att diskutera kring etik i våra frågeställningar gjorde oss förvånade och orsaken till det är fortfarande oklar. Vi anser dock att det är av största vikt att yrkeskåren, i detta fall de som arbetar inom LVM, tar vid där denna uppsats slutar och utvecklar diskussionen om det etiska i arbetet med LARO inom LVM.

Missbruk är ett stort och aktuellt socialt problem i samhället idag. Det finns många behandlingsmetoder och det utvecklas hela tiden nya, varav LARO-behandling är en relativ ny sådan. LARO-behandling inom LVM-vård är väldigt nytt och det finns ingen forskning än på detta specifika område. Eftersom det handlar om en behandlingsform som innefattar narkotikaklassade läkemedel anser vi att det finns ett stort behov av vidare forskning på området. Inom det praktiska arbetet är det också av stort intresse att se hur LARO-behandling fungerar inom LVM-vården.

LVM-vården ska vara drogfri och syfta till fortsatt behandling och ett drogfritt liv. Borde då LVM-vården reformeras? Då individer med olika typ av missbruk vårdas inom ramen för LVM kanske denna borde delas upp för olika typer av missbruk, om vissa går att behandla medicinskt, men där behandlingen i sig kan ha en negativ inverkan på klienter som inte har tillgång till den.

Kanske bör opiatmissbrukare få större tillgång till LARO och vårdas på annat vis, eller på egna institutioner? Om det finns en behandlingsform där klienterna får sitt kemiska behov tillgodosett av utskrivna narkotikaklassade läkemedel, kanske LVM-vårdens syfte ska ändras?

Kanske är ett helt drogfritt liv ett mål som inte behöver nås, utan en kontrollerad behandling med narkotikaklassade läkemedel är "good enough"?

## 7. REFERENS- OCH LITTERATURLISTA

### Tryckt litteratur

Aspers, P. (2011). *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. (2., [uppdaterade och utökade] uppl.) Malmö: Liber.

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

Braun, V & Clarke, V. (2008) *Using thematic analysis in psychology* Qualitative Research in Psychology 3:2, 77-101, DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)

Clausen, T., Waal, H., Thoresen, M., & Gossop, M. (2009). Mortality among opiate users: Opioid maintenance therapy, age and causes of death. *Addiction*, 104(8), 1356-1362. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02570.x

Fattore, L., & Diana, M. (2016). Drug addiction: An affective-cognitive disorder in need of a cure. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 341-361. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.04.006

Giddens, A. & Sutton, P.W. (2014). *Sociologi*. (5., rev. och uppdaterade uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Goffman, Erving, *Stigma: den avvikandes roll och identitet*, Norstedts förlag, Stockholm, 1972

Hall, T., Chassler, D., Blom, B., Grahn, R., Blom-Nilsson, M., Sullivan, L., . . . Institutionen för socialt arbete. (2015). Mortality among a national population sentenced to compulsory care for substance use disorders in sweden: Descriptive study. *Evaluation and Program Planning*, 49, 153-162. doi:10.1016/j.evalprogplan.2014.12.013

Henriksen, J. & Vetlesen, A.J. (2013). *Etik i arbete med människor*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Johnsson, E., Svensson, K., Socialhögskolan, Lund University, Lunds universitet, & School of Social Work. (2006). Tvånget i tvångsvården. *Sociologisk Forskning*, (4), 22.

Ledberg, A., Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), & Samhällsvetenskapliga fakulteten. (2017). Mortality related to methadone maintenance treatment in stockholm, sweden, during 2006–2013. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 74, 35-41. doi:10.1016/j.jsat.2016.12.005

Palm, J. (2003). Moraliskt, medicinskt och socialt problem. Syn på alkohol- och drogproblem bland personal inom Stockholmsläns beroendevård. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift Vol. 20, 2003 ( 2-3 )*. 129-143

Palm, J. (2009). "Man får inte suppa ihjäl sig enligt svensk lagstiftning!": Svenska socialarbetares tal om bruket av tvångsvård. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 26(3)*, 277-293.  
doi:10.1177/145507250902600304

Petersson, F., Davidsson, T. & Petersson, F. (red.) (2016). *Social exkludering: perspektiv, process, problemkonstruktion*. (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Richert, T., Johnson, B., Malmö University, & Faculty of Health and Society. (2013). Illicit use of methadone and buprenorphine among adolescents and young adults in Sweden. *Harm Reduction Journal, 10(1)*, 27-27. doi:10.1186/1477-7517-10-27

Ruth, J-E. (1991) Reliabilitets- och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forskningstradition. *Gerontologia, 5(4)* : 277-290.

Socialstyrelsen (2004). *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende*. (SOSFS 2004:8)

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

Sordo, L., Barrio, G., Bravo, M. J., Indave, B. I., Degenhardt, L., Wiessing, L., . . . Pastor-Barriuso, R. (2017). Mortality risk during and after opioid substitution treatment: Systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Bmj, 357*, j1550. doi:10.1136/bmj.j1550

Sohlberg, P. & Sohlberg, B. (2013). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*. (3., [kompletterade och utvidgade] uppl.) Stockholm: Liber. Sohlberg, P. & Sohlberg, B. (2013). *Kunskapens former: vetenskapsteori och forskningsmetod*. (3., [kompletterade och utvidgade] uppl.) Stockholm: Liber.

Storbjörk, J. (2010). Vem tvångsvårdas? utmärkande drag för tvångsvårdade respektive frivilligt vårdade personer med alkohol- och narkotikaproblem. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 27(1)*, 19-46. doi:10.1177/145507251002700103

Tjagvad, C., Skurtveit, S., Linnet, K., Andersen, L. V., Christoffersen, D. J., & Clausen, T. (2016). Methadone-related overdose deaths in a liberal opioid maintenance treatment programme.

*European Addiction Research*, 22(5), 249-258. doi:10.1159/000446429

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Tryggvesson, K. (2012). "sprutbyte - visst bara de slutar med droger". svenska myndigheters och politikernas hantering av rena sprutor till narkomaner. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(5), 519. doi:10.2478/v10199-012-0044-5

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

Wiklund, L., Mälardalens högskola, & Akademin för hälsa, vård och välfärd. (2008). Existential aspects of living with addiction – part I: Meeting challenges. *Journal of Clinical Nursing*, 17(18), 2426-2434. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02356.x

Wise, R. A., & Koob, G. F. (2014). The development and maintenance of drug addiction. *Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 39(2), 254-262. doi:10.1038/npp.2013.261

### **Lagar**

SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet.

### **SOU**

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende Individ, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

### **Elektroniska källor**

Bergstedt, Therese (2017) *Narkotikadödligheten i Sverige nästan värst i hela EU*. Sveriges Television, SVT. Hämtad 2019-05-16 från

<https://www.svt.se/nyheter/inrikes/narkotikadodligheten-i-sverige-nastan-varst-i-hela-eu>

European monitoring center for drugs and drug addiction (EMCDDA) (2017), *Sweden - country drug report 2017*. Hämtad 2019-05-26 från: [http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/sweden/drug-harms\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2017/sweden/drug-harms_en)

Folkhälsomyndigheten (2019) *Narkotikarelaterad dödlighet*. Hämtad 2019-05-16 från



<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/narkotikarelaterad-dodlighet/>

Nydén, M., Wigzell, O. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende*. 2016.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20053/2016-2-3.pdf>

Statens institutionsstyrelse (2019). *Vår verksamhet*. <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/>

## Bilaga I – Förfrågan

Uppsala Universitet,

Sociologiska institutionen/Centrum för socialt arbete (CESAR)

Socionomprogrammet

Till XX

En förfrågan om deltagande i studie

Vi är två socionomstudenter som nu skall påbörja vårt examensarbete på 15 högskolepoäng vid Centrum för Socialt Arbete, Sociologiska institutionen vid Uppsala Universitet. I examensarbetet undersöker vi åsikter hos yrkesverksamma kring LARO-behandling på LVM. Detta gör vi genom att intervjua personal som kommer i kontakt med detta i sitt arbete, på institutioner och på socialförvaltning.

Du tillfrågas därför som chef för XX att genomföra intervjuer vid er enhet.

Deltagandet är naturligtvis frivilligt och kan när som helst utan särskild förklaring avbrytas, samtycke kommer att inhämtas från samtliga inblandade personer. Det insamlade materialet kommer att förvaras så att endast vi och handledare kommer åt det under arbetets gång. De inspelade intervjuerna kommer att transkriberas och presenteras på ett sådant sätt att de inte går att härleda till intervjupersonerna.

Uppsala den 5 april 2019

Med vänliga hälsningar

Jennie Holm Skans      Therése Liljegren,

Socionomstudent      Socionomstudent

Telefon: nnnn      Telefon: nnnn

E-post: Jennie.Skans.6729@student.uu.se      E-post: Therese.Liljegren.0158@student.uu.se

Handledare:

Madeleine Sultan Sjöqvist,

Telefon: nnnn

E-post: Madeleine.sultan.sjoqvist@soc.uu.se

## Bilaga 2 - Intervjuguide

### Intervjuguide

1. Vad har du för tjänst och arbetsuppgifter?
2. På vilket sätt kommer du i kontakt med dina klienter?
3. Vad anser du om reglerna för att bli aktuell för LARO?
4. Vad anser du om reglerna för att få stanna kvar i LARO?
5. Hur ser du på att ha LARO i en miljö som ska vara drogfri?
6. Vad anser du om att vissa inom LVM inte får möjlighet till LARO, förutsatt att de har ett opiatmissbruk?
7. Ser du några problem med att det är olika för olika klienter, om de får vara med i LARO eller inte?
8. Erbjuds de klienter inom LVM som inte längre får vara med i LARO någon annan sorts hjälp och stöd?
9. Ser du något alternativ till LARO som skulle kunna vara aktuellt för klienterna inom LVM?
10. Hur effektiv anser du att LARO är?
11. Klienter som har LARO kan sitta på samma avdelning/institution som klienter som inte har det. Hur ser du på det?
12. Vilka tankar har du kring det etiska med så kallade lagliga droger (som LARO ibland kallas)?
13. Vilka för- och nackdelar ser du gällande att LARO nu är mer utbrett än tidigare?

## Bilaga 3 - Samtyckesblankett



### INFORMANTERNAS FÖRSÄKRAN OM SAMTYCKE

- Jag har förstått syftet med studien och är medveten om vad min medverkan i studien innebär
- Jag kan självständigt bestämma över min deltagande vilket också innebär att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan motivering
- Jag ger mitt samtycke till att studenterna, och inga andra personer, endast får använda materialet till uppsatsen

Ort:.....

Datum:.....

Underskrift:.....

Namnförtydligande:

## Bilaga 4 – Rutin för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

2016-02-12 styrelse SiS

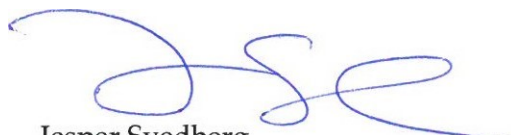
Dnr 1.4.2-818-2016

Verksamhetsdirektören  
Jesper Svedberg

### Beslut om rutin för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Härmed beslutas om rutin för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Beslut i detta ärende har fattats av verksamhetsdirektören Jesper Svedberg efter föredragning av hälso- och sjukvårdsledaren Ann-Christine Jönsson. I handläggningen har deltagit docenten Tom Palmstierna, medicinsk sakkunnig inom SiS, chefsöverläkaren Spyridon Kilaidakis, Beroendecentrum vid Universitetssjukhuset i Örebro och konsultläkare vid LVM-hem Rällsögården, kontorschefen/verksamhetsutredaren Janne Koskinen, ställföreträdande verksamhetsdirektören Maria Skoglund i samverkan med enhetschefen Elisabeth Olsson på placeringsenheten samt juridiska enheten.



Jesper Svedberg



Ann-Christine Jönsson

Kopia till:

SiS centrala ledningsgrupp, institutionschefer, registrator, HK-chefer, fackliga företrädare, huvudskyddsombud

institutions

2016-02-12 1(10) styrelse SiS Dnr 1.4.2-818-2016

## Rutin vid läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

### Inledning

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende kan de klienter/patienter som har ett opioidberoende och som vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) från och med den 15 februari 2016 återuppta eller påbörja en läkemedelsassisterad behandling.

LARO-behandling (LäkemedelsAssisterad Rehabilitering vid Opiat/opioidberoende) är ett begrepp som inte sällan används inom beroendevården men i detta dokument kommer genomgående begreppet läkemedelsassisterad behandling att användas.

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar inte för att erbjuda och ordinera läkemedelsassisterad behandling. Vi ska samverka med läkare inom beroendevård i klientens/patientens hemlandsting som erbjuder denna behandling och vi ska iordningställa och administrera de läkemedel som hen ordinerat. De läkare som erbjuder behandlingen ska vara verksamma hos en vårdgivare som anmält till Inspektionen för vård och omsorg att de avser att bedriva en verksamhet med den inriktningen.

Läkemedelsassisterad behandling måste genomföras med noggrannhet och säkerhet. De läkemedel som används är mycket potenta. Det i sig är en uppenbar patientsäkerhetsrisk vilken förstärks om läkemedelshanteringen inte genomförs på ett tillfredsställande sätt. Utöver patientsäkerheten riskeras även behandlingsresultatet.

En god samverkan mellan SiS hälso- och sjukvård och den behandlande läkaren samt den vårdenhet där hen är verksam är en förutsättning för att SiS på ett patientsäkert sätt ska kunna ta över ansvaret för att iordningställa och administrera aktuella läkemedel under vårdtiden hos oss.

I samband med att klienten/patienten placeras på SiS bör socialtjänsten kunna ange om det finns en planering för att klienten/patienten ska återuppta en pågående läkemedelsassisterad behandling eller om det finns planer på att en sådan behandling ska inledas. Det möjliggör för placeringsenheten att direkt hänvisa klienten/patienten till rätt LVM-hem. I annat fall krävs en omplacering då behandlingen ska påbörjas.

De läkemedel som används vid läkemedelsassisterad behandling benämns enbart som läkemedel/ läkemedlet i detta dokument.

## Verksamhetskontor missbruksvård

Adress Klara Östra Kyrkogata 6 Telefon 0 10-453 40 00  
1 1 1 52 Stockholm

010-453 43 19

E-post sis-missbruksvard@stat-inst.se  
Internet www.stat-inst.se

Org-nr 202100-4508

Eftersom det kan vara svårt att komma i omedelbar kontakt med behandlande läkare anges i detta dokument att kontakt tas med behandlande läkare eller den vårdenhet där hen är verksam.

## Behandling med Metadon eller buprenorfin

### Behandling med Metadon

Om en klient/patient under en tid inte behandlats med Metadon så har toleransen sjunkit och risken för intoxikation är betydlig. Risker för biverkningar finns även när en klient/patient för första gången ska påbörja en Metadonbehandling.

Vid insättning av Metadon, oavsett om klienten/patienten har haft denna behandling tidigare eller den sätts in för första gången, är det extra viktigt att SiS hälso- och sjukvård kommunicerar med behandlande läkare för att patientsäkerheten ska upprätthållas.

För att säkerställa patientsäkerheten krävs även att insättning och dosökning sker under en längre tid än vad som är brukligt inom beroendevården. Det innebär att man börjar med en låg dos, 10 mg per dag, med en upptrappning under 6-10 veckor vilket innebär en dosökning med cirka 10 mg per dag i en vecka tills måldosen är uppnådd. Om behandlande läkare inte kan acceptera detta behandlingsupplägg kan SiS inte ta på sig ansvaret för en Metadonbehandling med hänsyn tagen till vårdnivån och omfattningen av SiS hälso- och sjukvård.

Den utökade tid det tar att komma upp i terapeutisk dos innebär dock inte att klienten/patienten måste stanna kvar på LVM-hemmet utan när upptrappningen har kommit igång kan hen placeras enligt 27 S LVM, se vidare under "Paragraf 27placering LVM".

Metadon ges dagligen som en engångsdos.

Sjuksköterska ska finnas tillgänglig under de närmaste timmarna efter att startdoser och dosökningar har administrerats.

### Behandling med buprenorfin

Insättning av buprenorfin är relativt okomplicerat och förknippas vanligtvis inte med några risker. Förstahandsmedlet är Suboxone. Vid insättning kan man starta med doseringen 2-4 mg och höja varje dag med 4 mg till preliminär måldos 16 mg. Det är givetvis behandlande läkare som ordinerar dosering och den individuella måldosen.

Buprenorfin ges dagligen som en engångsdos.

Sjuksköterska ska finnas tillgänglig under de närmaste timmarna efter att startdoser och dosökningar har administrerats.



## Drogsug

Vid suboptimala doser av både Metadon och buprenorfin kan en del personer få ett drogsug så kallad craving. Det beror på den kortvariga opiatpåverkan som blir när dessa läkemedel intas. När det gäller Metadon kan detta drogsug finnas kvar tills dosen är uppe i 60-120 mg per dag.

## Åtgärder vid allvarliga biverkningar och eventuella överdoser

Utifrån klientens/patientens status tas ställning till att genomföra hjärt-lungräddning och använda hjärtstartare. Klienten/patienten ska alltid med ambulans till sjukhus för vidare bedömning och åtgärder.

## **Klient/patient med pågående läkemedelsassisterad behandling**

I de fall en klient/patient har en pågående läkemedelsassisterad behandling och den är känd av socialtjänsten bör socialtjänsten snarast informera placeringsenheten och/eller LVM-hemmet om vilken beroendevård som ansvarar för behandlingen. Det förekommer att det är den behandlande läkaren som anmält klienten/patienten till socialnämnden enligt paragraf 6 LVM. Det är dock inget vi kan utgå ifrån.

Nedanstående åtgärder måste sjuksköterska/läkare på LVM-hemmet vidta vid en pågående läkemedelsassisterad behandling.

1. För att kunna informera behandlande läkare eller den vårdenhet där hen är verksam om att klienten/patienten vistas på LVM-hemmet måste ett samtycke inhämtas från klienten/patienten. Ett samtycke är en förutsättning för att klienten/patienten ska kunna fortsätta sin behandling eftersom det är den behandlande läkaren som ska ta ställning till om det finns förutsättningar för att fortsätta behandlingen på ett patientsäkert sätt.
2. Samtycket dokumenteras i patientjournalen TakeCare.
3. För att vi ska få en helhetsbild av klientens/patientens behandling så begär att få den plan som behandlande läkare är skyldig att upprätta när hen ordinerar behandlingen. Denna plan ska vara upprättad i samråd med klienten/patienten. Begär även att få den utredning som ligger till grund för beslutet om behandling. Även här krävs ett samtycke från klienten/patienten.
4. Samtycket dokumenteras i patientjournalen TakeCare.
5. Enligt 4 kap. 10 S HSLF-FS 2016:1 ska det av planen bland annat framgå vilka medicinska kontroller som ska göras under behandlingens gång och vilka särskilda villkor som gäller för behandlingen. Det bör då bland annat framgå vad som är överenskommet avseende urinprovtagning och annan provtagning. Observera att provtagning i dessa fall inte sker med stöd av 32 a LVM utan är en överenskommelse som ska framgå av ovanstående plan.

6. Om det finns oklarheter i planen och/eller utredningen som påverkar vår möjlighet att ge en god och säker vård så kontakta alltid behandlande läkare eller den vårdenhet där hen är verksam för ett förtydligande t.ex. gällande provtagning.
7. Om klienten/patienten inte ger sitt samtycke till kontakt med behandlande läkare eller den vårdenhet där hen är verksam finns inte förutsättningar för att fortsätta den pågående behandlingen.

#### Lokal rutin

Det ska upprättas en rutin vid LVM-hemmet där det tydligt framgår vem/vilka som ansvarar för ovanstående kontakter.

## **Insättning av läkemedelsassisterad behandling under vårdtiden på SiS**

I de fall där det redan från början finns en planering för en läkemedelsassisterad behandling bör socialtjänsten snarast informera placeringsenheten och/eller LVMhemmet om vilken beroendevård som ska ansvara för behandlingen.

Om en läkemedelsassisterad behandling aktualiseras under LVM-tiden bör socialtjänsten initiera kontakten med den aktuella beroendevården.

Det är den behandlande läkaren som ansvarar för att undersöka klienten/patienten innan behandling sätts in. I vilken mån SiS konsultläkare/läkare kan vara delaktiga i en sådan undersökning avgörs dels av omfattningen, dels av hur behandlande läkare förhåller sig till det. Om det är en omfattande undersökning eller om behandlande läkare ställer sig tveksam till våra konsultläkares/läkares deltagande får klienten/ patienten transporteras till behandlande läkare för undersökning.

LVM-hemmet tar enligt sedvanlig riskbedömning ställning till om transporten kan genomföras.

Oavsett om det redan finns en planering för en läkemedelsassisterad behandling eller om det under vårdtiden hos oss framkommer att en sådan behandling kan vara aktuell ska kontakt tas med beroendevården i hemlandstinget. Det är läkare där som utreder, ordinerar samt upprättar en plan för behandlingen.

Vidare handläggning genomförs utifrån punkterna 3-6 under föregående stycke.

#### Lokal rutin

Det ska upprättas en rutin vid LVM-hemmet där det tydligt framgår vem/vilka som ansvarar för kontakten med socialtjänsten och beroendevården.

## **Läkemedelshantering vid LVM-hemmet**

1. Efter att behandlande läkare tagit ställning till fortsatt eller nyinsatt behandling ska ordinationen faxas eller på annat sätt överföras till LVM-hemmet.
2. Hälso- och sjukvården får komma överens med behandlande läkare om på vilket sätt läkemedlet ska förskrivas; e-recept eller pappersrecept.
3. Ordinationen ska föras in i patientjournalen TakeCare på samma sätt som andra läkemedel enligt vad som anges i SiS gemensamma mall för lokal instruktion för läkemedelshantering.
4. Läkemedlet ska hämtas ut från apotek av LVM-hemmets personal. Läkaren måste därför ange på receptet, oavsett i vilken form det utfärdas, att endast personal från LVM-hemmet får hämta ut läkemedlet. Det ska vara ett krav från vår sida.
5. För att ha beredskap för att så snart som möjligt, efter att behandlande läkare ordinerat, starta upp behandlingen ska LVM-hemmet ha en mindre mängd av läkemedlen på hemmet.
6. Endast sjuksköterska får iordningställa läkemedlen, det vill säga det kan inte delegeras till annan personal.
7. Endast den dagliga dosen av iordningställt läkemedel ska finnas i det läkemedelsskåp som finns på avdelningen. Resterande doser förvaras i läkemedelsförrådet.
8. När sjuksköterska är i tjänst ansvarar hen alltid för att administrera läkemedlen.
9. Delegering för att administrera läkemedlen när sjuksköterska inte är i tjänst ska endast göras till ett mindre antal personer.
10. Läkemedlet ska administreras varje morgon under förutsättning att klienten/ patienten bedöms vara opåverkad av alkohol eller droger. Om eventuell provtagning avseende droger är negativ så görs bedömningen utifrån den kliniska bilden.
11. Om klienten/patienten bedöms eller är konstaterat påverkad enligt ovan ska läkemedlet inte administreras. Kontakt tas då med behandlande läkare eller den vårdenhet där hen är verksam.
12. Enligt 5 kap. 1 S HSLF-FS 2016:1 ska läkemedlen intas under uppsikt av hälsooch sjukvårdspersonal. Det innebär inte att vi har andra befogenheter än de vi har idag enligt LVM. Vi kan dock bestämma att klienten/patienten ska stanna kvar 5-10 minuter tills vi sett att hen svält läkemedlet, alternativt att läkemedlet lösts upp under tungan (buprenorfin). Om klienten/patienten inte följer denna uppmaning ska behandlande läkare kontaktas för vidare ställningstagande till behandlingen.
13. Den behållare som det flytande läkemedlet förvaras i och administreras ur ska omhändertas och kasseras av den som ansvarat för administreringen.
14. Signering efter administrering av läkemedlen ska göras på en särskild signeringslista som är avsedd enbart för detta läkemedel. Signeringslistan finns i patientjournalen TakeCare under "Blanketter och formulär", "Signeringslista läkemedelsassisterad behandling".
15. På ovanstående signeringslista ska både den som administrerat läkemedlet och patienten signera. Patienten ska signera att hen mottagit läkemedlet för att undvika eventuella oenigheter om läkemedlet administrerats eller inte.
16. Signeringslistan skannas in i patientjournalen TakeCare utifrån de rutiner som framgår för inskanning av sådana listor enligt SiS gemensamma mall för lokal instruktion för läkemedelshantering.

17. Bedömningar och åtgärder som görs samt kontakter som tas i förbindelse med den läkemedelsassisterade behandlingen ska dokumenteras i patientjournalen TakeCare.
18. Kontroll av de aktuella narkotiska läkemedlen ska göras enligt vad som anges i SiS gemensamma mall för lokal instruktion för läkemedelshantering och vad som anges i LVM-hemmets rutiner utifrån den gemensamma mallen.
19. Beroende på klientens/patientens hälsotillstånd kan det bli aktuellt med justering av läkemedelsdosen. Detta görs alltid i samråd med behandlande läkare.
20. Ordination av andra läkemedel ska även det ske i samråd med behandlande läkare.

## **Psykologisk, psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser**

Den vårdenhet som ordinerar läkemedelsassisterad behandling ska kunna erbjuda psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. Behandling och insatser ska ges med utgångspunkt från patientens behov och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Om vårdenheten inte själv kan erbjuda psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser ska det finnas en överenskommelse med kommunen, en annan vårdenhet eller en annan vårdgivare så att patienten kan erbjudas sådana insatser genom någon utav dessas försorg (4 kap. 5-6 SS HSLF-FS 2016:1).

SiS erbjuder dessa klienter/patienter samma vårdutbud som vi erbjuder samtliga klienter/patienter som vårdas hos oss. Vi utgår därmed från "Riktlinjer för utformning och genomförande av SiS LVM-vård". Om det i vårt utbud finns något som den ansvarige läkaren för den läkemedelsassisterade behandlingen anser ska vara ett krav i klientens/patientens behandling måste det framgå av den plan som hen ansvarar för att upprätta.

Om det i samverkan med behandlande läkare och berörd socialtjänst framkommer andra önskemål om åtgärder än de som vi erbjuder enligt riktlinjerna får en individuell bedömning göras utifrån de resurser som finns på LVM-hemmet.

## **Paragraf 27-placering LVM**

Vid planering av en paragraf 27-placering för en klient/patient med läkemedelsassisterad behandling krävs en samverkan med berörd socialtjänst och behandlande läkare.

Placeringen måste ske till en paragraf 27-verksamhet som kan ta över ansvaret för iordningställande och administrering av läkemedlet samt övriga åtgärder som måste vidtas utifrån behandlande läkares plan. Om det är hälso- och sjukvårdspersonal i denna verksamhet

eller annan vårdgivare i anslutning till verksamheten som tar detta ansvar är beroende av vilken bedömning behandlande läkare gör.

Det är sjuksköterska/läkare vid LVM-hemmet i samverkan med behandlande läkare som ansvarar för samarbetet med den vårdgivare som tar på sig ovanstående ansvar. Det måste vara helt klarlagt för LVM-hemmet, paragraf 27-verksamheten och behandlande läkare vad som gäller. Det ska framgå av den överenskommelse som upprättas inför paragraf 27-placeringen.

## Problem

Eftersom det är behandlande läkare som är ansvarig för att ta ställning till om behandlingen ska fortsätta ska alltid kontakt tas med hen eller den vårdenhet där hen är verksam om det uppstår problem med t.ex.

- administreringen av det aktuella läkemedlet
- biverkningar
- drogpåverkan och positiva drogtestar
- manipulering av urinprov eller att urinprov inte kan lämnas eller patienten avstår från detta
- ordningsproblem såsom hot och våld
- avvikning
- vårdavbrott under paragraf 27-placeringen

Det är av stor vikt att redan inledningsvis komma överens med behandlande läkare om vilka omedelbara åtgärder som ska vidtas om ovanstående eller andra problem uppstår.

Klienten/patienten måste vara informerad och införstådd med när LVM-hemmet kommer att kontakta behandlande läkare enligt ovan.

Lokal rutin

Det ska upprättas en rutin vid LVM-hemmet där det framgår att man inledningsvis alltid ska inhämta information från den behandlande läkaren eller den vårdenhet där hen är verksam om var personal ska vända sig om det uppstår problem under helger och helgdagar. Det gäller framför allt när en bedömning har gjorts som medför att läkemedel inte kan administreras till klienten/patienten.

## Rutiner vid placeringsenheten

Enligt paragraf 13 LVM får socialtjänsten besluta om omedelbart omhändertagande bland annat på grund av att det kan antas att klienten/patienten får sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om hen inte får omedelbar vård. SiS ska då omedelbart anvisa en plats. Plats ska anvisas på det LVM-hem som placeringsenheten bedömer vara lämplig.

Om klienten/patienten har en pågående läkemedelsassisterad behandling alternativt en plan för sådan behandling ska detta tas i beaktande, men inte försena en placering inom

SiS.

Klienter/patienter med pågående eller planerad läkemedelsassisterad behandling anvisas plats på något av de LVM-hem som har i uppdrag att ta emot dessa klienter/patienter. Om dessa LVM-hem inte har en ledig plats placeras klienten/ patienten på ett annat LVM-hem i avvaktan på överflyttning. Socialtjänsten och beroendevården måste då beakta det i planeringen för klienten/patienten.

Ovanstående handläggningsrutiner gäller även vid placering enligt paragraf 4 LVM.

I den första kontakten med socialtjänsten använder placeringsenheten två olika dokument; ansökan om plats enligt S 13 LVM eller ansökan om plats enligt S 4 LVM. Båda dessa dokument har reviderats för att anpassas till läkemedelsassisterad behandling.

Överflyttning till LVM-hem med ansvar för läkemedelsassisterad behandling  
Placeringsenheten har reviderat mallen som används vid överflyttning. Bokstaven I finns nu som skäl för överflyttning vid läkemedelsassisterad behandling.

Handläggning av överflyttning sker enligt nuvarande rutin, det vill säga LVM-hemmet kontaktar placeringsenheten telefonledes samt skickar in ett underlag för överflyttningen. Placeringsenheten gör en bedömning av samtliga överflyttningsärenden och prioriterar dessa. En överflyttning på grund av läkemedelsassisterad behandling är inte högsta prioritet eftersom en överflyttning på grund av hot och våld är mer prioriterad.

I de fall platser inte finns att tillgå på avsedda LVM-hem sätts klienterna/patienterna upp den befintliga väntelistan under rubriken läkemedelsassisterad behandling.

## Åtgärder som ska vidtas innan överflyttning till LVM-hem med ansvar för läkemedelsassisterad behandling

Om överflyttning av klienten/patienten till LVM-hem med ansvar för läkemedelsassisterad behandling dröjer ska det LVM-hem där klienten/patienten är placerad börja planera för behandlingen utifrån vad som framgår under ovanstående information om pågående respektive insättning av behandling.

När medicinering ska inledas måste dock klienten/patienten alltid befinna sig på ett av de LVM-hem som ansvarar för läkemedelsassisterad behandling.

### Lokal rutin

LVM-hem med ansvar för läkemedelsassisterad behandling måste upprätta en rutin för säker informationsöverföring och samverkan med övriga LVM-hem så att klientens/ patientens planerade behandling säkerställs vid överflyttning. Av denna rutin ska det även framgå hur den interna samverkan på LVM-hemmet ska genomföras när en överflyttning blir aktuell.

## Rapportera avvikelser hälso- och sjukvård

Samtliga problem som uppstår i samband med läkemedelsassisterad behandling ska rapporteras som en avvikelse hälso- och sjukvård. Det gäller såväl problem i samverkan med behandlande läkare eller den vårdenhet där hen är verksam som problem på LVM-hemmet och samverkan mellan LVM-hemmen. Detta är av stor vikt eftersom denna behandling är helt ny inom LVM-vården.

## **Uppgifter som månatligen ska rapporteras till verksamhetskontoret av de LVM-hem som ansvarar för läkemedelsassisterad behandling**

Inom den första veckan efter varje månadsskifte ska de LVM-hem som ansvarar för läkemedelsassisterad behandling rapportera nedanstående uppgifter till verksamhetskontoret. Uppgifterna ska avse den föregående kalendermånaden.

Uppgifterna ska läggas in i en excelfil i mappen "Läkemedelsassisterad behandling" i V-katalogen. Där finns en mapp för var och en av de LVM-hem som ansvarar för läkemedelsassisterad behandling. Anmäl till verksamhetsutredaren Anders Wike på verksamhetskontoret samtliga personer som ska vara behöriga och ha tillgång till denna mapp.

Följande uppgifter ska rapporteras. •

Datum då rapporten upprättats.

- Totalt antal inskrivna klienter/patienter med läkemedelsassisterad behandling den sista dagen i föregående kalendermånad.
- Antal av det totala antalet inskrivna klienter/patienter med läkemedelsassisterad behandling den sista dagen i föregående kalendermånad som befann sig på en paragraf 27-placering.
- Antal nyinskrivna klienter/patienter med läkemedelsassisterad behandling under den föregående kalendermånaden.

För de klienter/patienter där LVM har avslutats under den föregående kalendermånaden ska följande uppgifter rapporteras.

- Placerande kommun.
- "Ärende id" från KIA.  
Öppna upp aktuell klients/patienters journal i KIA. Klicka sedan på "Hjälp" och välj "Ärende Nr. — Ärende Id". Då visas klientens/patientens "Ärende id".
- Födelseår.
- Den totala vårdtiden fördelad på vistelsen på LVM-hemmet och vistelsen på paragraf 27-placeringen. Ange i dagar.
- Om klienten/patienten hade en påbörjad läkemedelsassisterad behandling redan vid inskrivningen där behandlingen återupptogs under LVM.

- Om klienten/patienten hade påbörjat läkemedelsassisterad behandling under LVM det vill säga inte hade en sådan behandling vid inskrivningen. ● Om klienten/patienten vid utskrivningen hade en pågående läkemedelsassisterad behandling.