

ÄMNE: Socialt arbete, C-kurs

HANDLEDARE: Arne Gerdner

**SAMMANFATTNING:** Tolvstegsbehandling är en vanligt förekommande behandlingsmetod för alkohol- och narkotikamissbruk. Det har av tradition beskrivits som ett drogfritt behandlingsalternativ. Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2007) rekommenderar vissa läkemedel i kombination med strukturerad psykosocial behandling. Frågan väcktes om detta är förenligt med tolvstegsideologin. Studien syftade till att undersöka tolvstegsbehandlars upplevelser av vad tolvstegsideologin består av samt om möjlighet finns till förändring och influenser i behandlingskulturen.. Kvalitativa intervjuer av fenomenologisk karaktär har genomförts med yrkesverksamma tolvstegsbehandlare inom både öppen- och slutenvård. Materialet har analyserats genom innehållsanalys och meningskategorisering. Resultatet påvisade stora variationer mellan respondenternas upplevelser. De behandlare som var verksamma inom öppenvården hade en mer accepterande attityd till läkemedel i form av Revia, Campral och Antabus för alkoholister i kombination med tolvstegsbehandling än dem inom slutenvården, dock fanns undantag. När det gäller påverkan av ideologin som ligger till grund för behandling ansåg vissa att det var möjligt att införliva nya metoder medan andra menade att detta istället genererar helt nya behandlingsmetoder. De flesta var tveksamma när det gällde att kombinera tolvstegsbehandling med Subutex eller Metadon men några ansåg det dock möjligt om patienterna behandlades enskilt eller i egna grupper.

**NYCKELORD:** tolvstegsbehandling, behandlingssideologi, behandlars attityder, läkemedel, förändring

**TITEL:** Tolvstegsbehandlars upplevelser av och attityder till ideologi, förändring och läkemedel i ljuset av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården.

**FÖRFATTARE:** Kristin Brun och Sara Söderberg

**DATUM:** Juni 2008

## **Förord**

Ett stort tack riktas till de tolvstegsbehandlare som medverkat i studien och som delat med sig av sin tid, kunskap och tankar om tolvstegbehandling. Utan er skulle studien inte ha kunnat genomföras.

Vi vill också tacka vår handledare Arne Gerdner, docent i socialt arbete vid Institutionen för Socialt arbete, Mittuniversitetet Östersund, för konstruktiv läsning och många goda råd.

Kristin och Sara

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrund</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Samsjuklighet</b> .....	<b>2</b>
<b>1.3 Läkemedelsassisterad behandling</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4 Studiens relevans för socialt arbete</b> .....	<b>3</b>
<b>1.5 Problemformulering</b> .....	<b>4</b>
<b>1.6 Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>1.7 Frågeställningar</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Teoretiska utgångspunkter</b> .....	<b>5</b>
<b>2.1 Tolvstegsbehandling</b> .....	<b>5</b>
<b>2.2 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård</b> .....	<b>5</b>
2.2.1 Rekommendationer gällande missbruk och beroende av alkohol.....	6
2.2.2 Rekommendationer gällande narkotikamissbruk .....	7
<b>2.3 Övriga aktuella mediciner</b> .....	<b>8</b>
<b>2.4 Psykosocial och farmakologisk behandlingsmodell</b> .....	<b>9</b>
2.4.1 Behandlares attityder till läkemedelsassisterad behandling: Metadon och Subutex. 9	
2.4.2 Behandlares attityder till läkemedelsassisterad behandling: Revia.....	10
2.4.3 Svensk Delfi-studie av behandlares kunskaper och attityder .....	11
<b>3. Material och metod</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1 Urval</b> .....	<b>12</b>
3.1.1 Respondenternas arbetsplatser .....	12
3.1.2 Respondenterna .....	13
<b>3.2 Insamling av data</b> .....	<b>13</b>
<b>3.3 Analysmetod</b> .....	<b>14</b>
<b>3.4 Datakvalitet</b> .....	<b>15</b>
<b>3.5 Generaliserbarhet</b> .....	<b>16</b>
<b>3.6 Etiska överväganden</b> .....	<b>16</b>
<b>4. Resultat</b> .....	<b>17</b>
<b>4.1 En kort presentation av behandlarna</b> .....	<b>17</b>
<b>4.2 Temaområde ett: upplevelser av ideologi</b> .....	<b>17</b>
4.2.1 Tolvstegsideologi .....	17
4.2.2 Gemensam behandlingsfilosofi .....	19

4.2.3 Attraktion, valfrihet och tvångsvård.....	20
4.2.4 AA/NA-möten .....	20
4.2.5 Eget tillfrisknande hos tolvstegsbehandlare .....	21
4.2.6 Gruppverksamhet .....	22
4.2.7 Andlighetens betydelse.....	23
4.2.8 Att få tillgång till sitt känsleregister.....	24
4.2.9 Sjukdomsbegreppet och det egna ansvaret för tillfrisknande.....	24
4.2.10 Anhöriga.....	25
<b>4.3 Temaområde två: influenser och förändring av ideologi .....</b>	<b>25</b>
4.3.1 Influenser och påverkan .....	26
4.3.2 Förändring av målgruppens problematik och samhällsekonomisk inverkan .....	27
4.3.3 Förändring och utvecklingsmöjligheter .....	28
<b>4.4 Temaområde tre: attityder till läkemedel i behandling.....</b>	<b>29</b>
4.4.1 Revia, Campral och Antabus.....	29
4.4.2 SSRI-preparat vid depression.....	30
4.4.3 Subutex och Metadon.....	31
4.4.4 Attityder till Socialstyrelsens nationella riktlinjer.....	32
4.4.5 NSAID-preparat .....	33
4.4.6 Samsjuklighet .....	33
<b>4.5 Sammanfattning av de viktigaste fynden.....</b>	<b>34</b>
<b>5. Diskussion.....</b>	<b>35</b>
Referenser.....	39
Bilageförteckning	
Bilaga 1 Brev till deltagare	
Bilaga 2 Intervjuguide	

# 1. Inledning

Som klienter inom det sociala arbetet återfinns individer i olika livssituationer, människor med olika behov och olika egna resurser. En stor heterogen grupp är individer med missbruks- och beroendeproblematik. Årskonsumtionen av alkohol har ökat med c:a 30 procent sedan 1990-talet. När det gäller narkotikautvecklingen beräknas den ökning som kunde ses under 1990-talet ha stagnerat då prisfallet gällande narkotika har stannat av. Priserna ligger dock kvar på en låg nivå vilket tyder på en god tillgänglighet. År 2004 uppskattades antalet tunga missbrukare till 26000. Sedan 2001 bedöms en stabilisering ha skett men detta är dock inte helt säkerställt. Centrum för alkohol och narkotika (CAN) framhåller att siffrorna beräknas på antalet platser inom slutenvården vilket i sig är problematiskt då vårdutbudet förändrats och öppenvård är mer vanligt idag. Antalet narkotikarelaterande dödfall bland tunga missbrukare har minskat vilket kan bero på att substitutionsbehandling för opiatmissbrukare har ökat (CAN, 2007).

Enligt Socialstyrelsen (2007) bedöms den specifika behandlingsmetoden svara för mellan 15-20 procent av alla de faktorer som kan påverka den enskilda individen till ett drogfritt liv. Andra faktorer som kan ha betydelse är terapeutens kompetens, vårdorganisationens utformning samt patientens helhetssituation både inom och utom behandlingssammanhanget.

## 1.1 Bakgrund

Tolvstegsbehandling är idag vanligt förekommande i Sverige när det gäller behandling för individer med alkohol- och narkotikaproblem. Denna behandling har sina rötter i Anonyma Alkoholister (AA). AA startade i USA under 1930-talet som självhjälpgrupper för alkoholister. Behandlingsmodellen växte fram i början på 1950-talet bland annat utifrån alkoholistbehandlingen på Hazelden Foundation i Minnesota. AA:s tolv steg är fortfarande en central del i behandlingsmodellen, liksom deras stödverksamhet i form av självhjälpgrupper (Agerberg, 2004). Minnesotabehandling började praktiseras i Sverige i början av 1980-talet (Wahlström, 1995). Det råder delade meningar kring vilken benämning behandlingsformen som bygger på AA:s tolv steg ska ha. Gordon Grimm (1995) som var behandlingschef vid Hazelden, och som inbjödits tala vid en konferens med anledning av 10-årsjubileet av modellens införande i Sverige, föredrar termen Minnesotametoderna då han anser att det handlar om olika metoder utifrån en gemensam filosofi snarare än en modell. Vidare anser han att en metod är något som oupphörligt utvecklas och förändras medan en modell är något

statistiskt (ibid.). Det begrepp som främst kommer att användas i denna studie är tolvstegsbehandling.

Socialstyrelsen (2007) publicerade *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård* eftersom det finns stora regionala skillnader i landet när det gäller denna vård samt att missbruksvården har behov av att utvecklas och förbättras. Socialstyrelsens syfte är att missbruks- och beroendevården ska bedrivas med stöd av kunskap utifrån de mest effektiva metoderna och i samverkan mellan huvudmännen socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I riktlinjerna anges behandlingsmetoders olika evidens i gradbeteckning varav ”evidensgrad ett” är den starkaste. Tolvstegsbehandling har evidensgrad ett när det gäller alkoholmissbruk- och beroende. Vid narkotikamissbruk och –beroende är evidensen för tolvstegsbehandling mer oklar. Tolvstegsbehandling karaktäriseras som strukturerad psykosocial behandling tillsammans med flera andra behandlingsmetoder. I riktlinjerna rekommenderas viss läkemedelsbehandling i kombination med strukturerad psykosocial behandling gällande olika missbruks- och beroendetillstånd.

## **1.2 Samsjuklighet**

Agneta Öjehagen (1998) beskriver att mellan 50-80 procent av dem som är i behandling för alkohol- eller narkotikamissbruk även har psykiska störningar. Bland de patienter som återfinns inom psykiatri beräknas cirka 30-50 procent även ha missbruksproblem (ibid.). Goda behandlingsresultat för individer med samsjuklighet har visats med fler olika behandlingsmetoder, varav en är tolvstegsbehandling. Betydelsefulla faktorer i behandling har visats vara icke-konfrontativ inriktning, inledande behandling på institution vid social problematik, samt behandling med läkemedel i kombination med insatser mot missbruket (Gerdner & Sundin, 1998). Ett problem enligt Bogenschutz (2005) är att de med psykisk sjukdom kan behöva medicinera med neuroleptika eller SSRI-preparat vilket kan vara problematiskt i tolvstegsbehandling och inom AA-rörelsen då personer som medicinerar inte alltid betraktas som drogfria (ibid.). Något som uppmärksammas är att självhjälsgrupper såsom exempelvis AA och NA inte alltid har kunskap om vilka läkemedel som är beroendeskapande och inte, vilket har inneburit att alla självhjälsgrupper inte är lika liberala när det gäller att vissa individer har behov av medicinering (Gerdner & Sundin, 1998).

### **1.3 Läkemedelsassisterad behandling**

Ett särskilt hett debattämne har under en tid varit läkemedelsassisterad behandling i form av Subutex- och Metadonbehandling i kombination med psykosocial behandling vid opiatmissbruk. Sedan den 1 januari 2005 gäller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:8) om läkemedelsassisterad behandling, även kallad substitutionsbehandling vid opiatberoende. Två synsätt kolliderar med varandra, dels den traditionellt restriktiva svenska narkotikapolitiken som kännetecknas av en strävan mot drogfrihet där drogfria behandlingsalternativ erbjuds, dels skadelindring (harm reduction) där man eftersträvar att minimera riskerna vid drogmissbruk till exempel genom sprututbytesprogram och underhållsbehandling, där drogfrihet inte nödvändigtvis är ett mål (Socialstyrelsen, 2007). Att hållningen till läkemedelsbehandling av missbruk och beroende av droger generellt sett varit restriktiv i Sverige kan bero på att socialtjänsten och inte sjukvården har haft huvudansvaret för missbruksvården (Agerberg, 2004).

Enligt Marie-Anne Egerö (2005) ställer sig nästan alla behandlingshem i Sverige negativa till att komplettera sin behandling med substitutionsbehandling. Många behandlingshem hävdar att detta är att ersätta en drog med en annan som i många fall kan tas livet ut. Öppenvården i mellersta och södra Sverige ställer sig mer öppna till substitutionsbehandling i kombination med psykosocial behandling än norra Sverige (ibid.). I ett remissvar med anledning av utformningen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer beskriver Gudni Stefansson (2006) tolvstegsbehandling som ett medicinfritt behandlingsalternativ, då medicinering för missbruk går emot andemeningen i ideologin. Om bedömningen görs att medicinering i annan fas än abstinensbehandlingen är påkallad anser Stefansson att annan kompletterande behandling än tolvstegsbehandling bör användas. I remissen påpekas att det finns stöd i forskning för medicinfri behandling när det gäller missbruk och beroende och att läkemedelsassisterad behandling innebär att en drog ersätts av en annan (ibid.).

### **1.4 Studiens relevans för socialt arbete**

Enligt Socialstyrelsen (2004) använde ungefär 45 procent av beroende- och missbruksvården i Sverige sig av tolvstegsbehandling i någon form och 25 procent använde modellen som huvudmetod under 2003. Tolvstegsbehandling används i både öppen- och slutenvård (ibid.). Under 2007 gjordes en nationell kartläggning av öppenvården där det framkom att viss data tyder på att en kraftig ökning av antalet öppenvårdsverksamheter har skett de senaste femton

åren (Socialstyrelsen, 2008). Socialarbetare ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och riktlinjer för att den hjälpsökande ska tillförsäkras så god och effektiv behandling som möjligt (Socialstyrelsen, 2007). Knudsen m.fl. (2005) redogör för att behandlares attityder till nya behandlingstekniker främst gällande medicinering är en fråga som är understuderad inom litteraturen för missbruksbehandling. Behandlares åsikter angående olika behandlingsinslag är väsentliga då de påverkar klienternas inställning och i sin tur även i vilken mån de nya behandlingsinslagen implementeras i den existerande missbruks- och beroendevården (ibid.). Ingen studie har ännu genomförts gällande hur de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (Socialstyrelsen, 2007) har tagits emot av dem som är verksamma inom missbruks och beroendevården.

## **1.5 Problemformulering**

De nationella riktlinjerna riktar sig främst till socialtjänst och sjukvård. Rekommendationer ges för läkemedelsassisterad behandling i kombination med strukturerad psykosocial behandling när det gäller läkemedlen Revia, Campral och Antabus för alkoholberoende/missbruk och Metadon och Subutex för opiatberoende/missbruk.

Tolvstegsprogrammet har av tradition beskrivits som ett drogfritt behandlingsalternativ. Ser tolvstegsbehandlare negativt på läkemedel i kombination med behandling för missbruk- och beroende och kan det skilja sig mellan olika läkemedel? Har tolvstegsbehandlare samma åsikt i frågan? Kan detta vara en ideologisk fråga – och vad är programmets ideologiska kärna? Kan tolvstegsbehandling förändras eller influeras av till exempel andra behandlingsmetoder och forskning? Är behandlingsskulturen homogen – eller kan skillnader mellan behandlares upplevelser och attityder identifieras?

## **1.6 Syfte**

Studien syftar till att undersöka tolvstegsbehandlares upplevelser av tolvstegsideologi, upplevelser och attityder till eventuell förändring av ideologin och tolvstegsbehandling samt huruvida kompletterande behandling med läkemedel anses möjlig inom ramen för tolvstegsbehandling.

## **1.7 Frågeställningar**

Hur upplever tolvstegsbehandlare programmets möjligheter att möta de nationella riktlinjernas rekommendationer om läkemedel och psykosocial behandling i kombination? Finns det en ideologisk gemensam grundsyn hos olika behandlingsverksamheter eller finns



ideologiska skillnader? Upplever tolvstegsbehandlare att programmet kan påverkas/förändras och vad kan i så fall föranleda förändringar?

## **2. Teoretiska utgångspunkter**

För att ge läsaren en teoretisk grund presenteras en genomgång av tolvstegsbehandlingens traditionella utformning, Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2007) samt de olika läkemedel som tagits upp i studien. Därefter följer ett urval av tidigare forskning på området.

### **2.1 Tolvstegsbehandling**

Tolvstegsbehandling bygger på AA:s filosofi och AA:s tolv steg. Beroende ses som en sjukdom som är livslång men behandlingsbar. Individen har därmed ett stort eget ansvar. Genom acceptering av sjukdomen och det ansvar den påkallar reduceras skam- och skuld känslor. Sjukdomen kallas ibland för ”Ingens -fel-sjukdom” och påverkar både kropp och sinne. Den har med en metafor kallats för ”en fysisk allergi och en mental besatthet”. Behandling utförs ofta i gruppform. Gruppens speglingar och sociala feedback skapar förutsättningar för ökad insikt och nya perspektiv på det egna förhållningssättet till livet och till alkoholen/drogen. Vanligt är också att behandlare har eget tillfrisknande i bakgrunden och därmed kan ses både som förebilder och trovärdiga förespråkare för behandlingsformen. Arbetet utförs stegvis och på ett strukturerat sätt. Patienten erhåller ökade kunskaper om missbruk och beroende och en kartläggning av det egna missbruket görs. Hela tiden arbetar patienten med att lära känna sig själv och sina egna beteenden. Att lära sig mer om känslor samt hur man kan hantera dessa är en viktig del av behandlingen. Vidare ska patienten få hjälp med att se sig själv och andra ur ett helhetsperspektiv med både psykiska, fysiska, andliga och sociala behov. Det är dock viktigt att skilja på andlighet och religion. En central del är inkluderingen till självhjälpsgrupper i form av AA och/eller NA vilka ofta har stor betydelse för det långsiktiga tillfrisknandet. I primärbehandling arbetar man ofta med steg ett till tre eller till steg fem av de tolv stegen. Denna start på ett livslångt åtagande att leva sitt liv på ett annat bättre sätt liknas ibland vid en rivstart in i självhjälpsgruppernas värld. Vanligt förekommande är också olika former av anhörigprogram, då missbruk och beroende är tillstånd som drabbar hela familjer (Lundberg, 2005).

### **2.2 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård**

Syftet med riktlinjerna är att förena de två huvudmännens verksamheter samt att lyfta fram vilka metoder och behandlingar som har sin grund i forskning och som är dokumenterat

verksamma. Riktlinjerna är inget tvingande dokument men bör dock följas då det som anges i riktlinjerna är vad som rekommenderas av expertis inom området. Som grund för riktlinjerna ligger kunskapsöversikter som utarbetats av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS). Socialstyrelsen påpekar att riktlinjerna har fått en tendens till att betona det medicinska området mer än det psykosociala på grund av att mer forskning utförts inom det medicinska området. Den samlade kunskap som återfinns i riktlinjerna ses som en grund inför fortsatt forskning och vidareutveckling av verksamhetsområdet, särskilt efterfrågas socialvetenskaplig forskning (Socialstyrelsen, 2007).

### **2.2.1 Rekommendationer gällande missbruk och beroende av alkohol**

För personer med missbruk och beroende av alkohol rekommenderas ett antal psykosociala metoder varav tolvstegsbehandling är en. Samtliga är strukturerade, har fokus på missbruket och ska utföras enligt riktlinjer eller manual. Rekommendationer ges även om att behandlingens intensitet skall anpassas till individens behov gällande behandlingens längd och omfattning samt om den ska ske i öppen- eller slutenvård. Läkemedlen Revia och Campral har evidensgrad ett i kombination med medicinsk rådgivning och i kombination med psykosocial behandling. Även Antabus har evidensgrad ett när preparatet intas under kontrollerade former (Socialstyrelsen, 2007).

#### **Revia**

Revia (generisk beteckning naltrexon) används vid missbruk av alkohol för att minska merbegär vid alkoholdrickande. Revia lämpar sig därför bäst för behandling av högkonsumenter som inte utvecklat beroende och som behöver minska sitt bruk men inte nödvändigtvis helt avstå. Revia är inte beroendeframkallande eller narkotikaklassat (Heilig, 2004; Läkemedelsverket, 2008a). Vanliga biverkningar är magsmärtor, illamående, sömnlighet och kräkningar. Läkemedlet ska inte ges vid nedsatt leverfunktion, försämrad njurfunktion eller vid pågående opiatmissbruk (Läkemedelsverket, 2008a).

#### **Campral**

Campral (acamprosat) motverkar sug efter alkohol hos alkoholberoende individer och minskar därmed risken för återfall. Det lämpar sig för dem som utvecklat beroende och som vill avstå från alkohol men som har svårt att stå emot upplevelsen av sug. Det finns inga belägg för att Campral skulle vara beroendeframkallande (Heilig, 2004). Biverkningar som

ofta är övergående kan vara diarré, illamående, klåda och minskad sexuell lust. Läkemedlet ska inte ges till äldre individer (Läkemedelsverket, 2008b: Sjukvårdsrådgivningen, 2008).

### **Antabus**

Antabus (disulfiram) orsakar en rad kraftiga obehag vid samtidigt intag av alkohol. Detta skall bidra till att personen avhåller sig från att dricka. Obehagen kan vara riskabla för dem med hjärtproblem (Heilig, 2004: Läkemedelsverket, 2008c). Det viktigt att individen själv är aktiv i vårdplaneringen och är medveten och informerad om vad behandlingen innebär. Antabus har ingen beroendeframkallande effekt (Heilig, 2004: Socialstyrelsen, 2007). Biverkningar av Antabus kan vara leverskada, domningar, nedsatt känsel, hudreaktioner, diarré och huvudvärk (Heilig, 2004: Läkemedelsverket, 2008c).

### **2.2.2 Rekommendationer gällande narkotikamissbruk**

När det gäller narkotikamissbruk- och beroende rekommenderas klart strukturerade psykosociala metoder med inriktning på missbruket som utföres enligt manual. Metoder med evidensgrad ett är kognitiv beteendeterapi (KBT), kort intervention/motiverande intervjuer (MI), community reinforcement approach (CRA), dynamisk terapi och familjeterapi. När det gäller långvarigt missbruk och beroende av opiater rekommenderas Metadon och Subutex i kombination med psykosocial behandling (evidensgrad ett). Det saknas ännu randomiserade kontrollstudier av tolvstegsbehandling när det gäller narkomaner (Socialstyrelsen, 2007). Intressant är att när det gäller alkoholmissbruk räknas tolvstegsbehandling till ”psykosocial behandling” men gällande narkotika nämns inte tolvstegsbehandling specifikt.

### **Revia**

Innan Subutex- eller Metadonbehandling sätts in bör Revia ha provats som ett första alternativ. Revia blockerar opiatreceptorerna och har visat sig mest effektivt hos opiatmissbrukare som har en social förankring och hög motivation till behandling (Heilig, 2004). Socialstyrelsen (2007) redogör dock för att Revias effekt vid opiatberoende inte är helt klarlagd, då få individer slutför behandling.

### **Subutex**

Subutex (buprenorfin) är en partiell agonist, vilket innebär att preparatet delvis aktiverar opiatreceptorerna. Detta sker i låg grad och individen upplever ingen anmärkningsvärd eufori (Heilig, 2004). Subutex har beroendepotential men en lättare grad av narkotikaklassning än

Metadon (Johansson & Wirbing, 2005). Risken för att överdosera Subutex är liten men om läkemedlet intas i kombination med exempelvis alkohol eller bensodiazepiner kan det orsaka andningsstillestånd. Subutex har lägre toxicitet och lägre dödlighet än Metadon (Heilig, 2004). I Sverige har ett ökat missbruk av Subutex uppmärksammats, då Subutex används i berusningssyfte, som abstinensbehandling eller som underhållsbehandling i väntan på substitutionsbehandling (Läkemedelsverket, 2008d).

### **Suboxone**

Suboxone är ett nyligen registrerat läkemedel med de verksamma substanserna buprenorfin och nalaxon, dvs en kombination mellan Revia och Subutex. Läkemedlet har beroendepotential och är narkotikaklassat. Rekommendationerna lyder att Suboxone ska användas före Subutex och Metadon när substitutionsbehandling för opiatberoende är påkallat. Anledningen är att det finns ett växande missbruk av Subutex i Sverige i dag och spridning från missbruksvården inte kan uteslutas. Behandling med Suboxone ska inte ges till gravida, eftersom effekterna kan leda till missbildning av foster (Läkemedelsverket, 2008d).

### **Metadon**

Metadon är ett narkotikaklassat, syntetiskt morfinliknande ämne och vid underhållsbehandling tar det bort opiatsuget (Johansson & Wirbing, 2005). Metadonbehandling är ofta långvarig och studier visar att många av de individer som trappar ut sin behandling återfaller i missbruk. Positiva effekter av Metadon är ökat kvarstannande i behandling, minskat missbruk och bättre social funktion. Nackdelar är att den höga toxiciteten kan leda till en överdos och förgiftning. Andra biverkningar kan vara försämrad kognitiv förmåga. När det gäller långtidsbehandling av opiatberoende har Metadon bäst effekt men andra behandlingsalternativ bör prövas före, på grund av säkerhet och biverkningar som följer med Metadonbehandling (Heilig, 2004). I flera länder har Metadon spridits till gatumissbruket och blivit ett stort samhällsproblem (Johansson & Wirbing, 2005).

## **2.3 Övriga aktuella mediciner**

Selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) har antidepressiv verkan och är effektiva vid i stort sett alla typer av ångestsyndrom och depressioner (Johansson & Wirbing, 2005). SSRI kan föreskrivas om ångest- eller depressionssjukdom diagnostiserats hos patienter med alkohol- eller narkotikaberoende men anses inte ha någon effekt på själva beroendet (Heilig, 2004). SSRI klassificeras inte som beroendeskapande. Abstinenssymtom som kan förekomma

under lång tid vid nedtrappning kan vara huvudvärk, trötthet, ångest och nedstämdhet. Självmodsriskerna är inledningsvis förhöjda då passiviteten minskar (Johansson & Wirbing, 2005). Individer som medicinerar med SSRI och som återfaller till alkoholmissbruk under behandlingen upplever inte allvarliga interaktioner, vilket pekar på att behandlingen inte behöver avbrytas vid återfall (Heilig, 2004).

NSAID- preparat (non steroidala antiinflammatoriska läkemedel) är läkemedel som brukar användas vid måttlig smärta. Förutom den smärtlindrande effekten har dessa läkemedel även en antiinflammatorisk och febernedsättande verkan. Dessa läkemedel är inte beroendeframkallande (Läkemedelsverket, 2008e).

## **2.4 Psykosocial och farmakologisk behandlingsmodell**

Behandlars inställning till ny kunskap och vetenskapliga rön påverkar möjligheten till att nya behandlingsmetoder implementeras i missbruksvården och därför har behandlars attityder studerats vid flertalet tillfällen.

### **2.4.1 Behandlars attityder till läkemedelsassisterad behandling: Metadon och Subutex**

Klyftan mellan forskning/vetenskap och praktik i missbruks- och beroendevård har varit föremål för diskussion och det saknas till stor del forskning om hur behandlingsfilosofin ser ut inom den traditionella gruppbaseade missbruks- och beroendevården. När det gäller läkemedel finns stora motsättningar mellan vad vetenskap framhåller som effektivt och behandlars attityder, speciellt gällande Metadon (Foreman m.fl. 2001). Utbildning, träning och praktik framhålls som starka påverkansfaktorer när det gäller behandlars attityder till Subutexbehandling (Knudsen m.fl. 2005, 2007). Att underhållsbehandling med Metadon och Subutex inte används i så stor utsträckning i USA idag har mycket att göra med att behandling för missbruk- och beroende domineras av behandlingsfilosofi grundad på avhållsamhet, t.ex. tolvstegsbehandling. Missbruksvården i USA har en lång historia av att vara tolvstegsorienterad och det är inte klargjort huruvida denna typ av inriktning är förenlig med ny farmakologisk behandling, som exempelvis Subutex. De tolvstegsbehandlare som deltog i Knudsens studie accepterade inte Subutex och ansåg inte att det var effektivt (Knudsen m.fl. 2005).

Hayes m.fl. (2004) refererar till Kurtz som menar att det är ett välkänt fenomen att det råder ovilja till underhållsbehandling med Metadon eller någon annan agonistbehandling inom

tolvstegskulturen men han anser inte att denna ovilja är direkt baserad på Anonyma Alkoholisters stora bok, utan istället speglar inflytandet av en av de första behandlingsverksamheternas (Synanon) konfrontativa inriktning.

Hayes m.fl.(2004) studie visade positiva resultat vid kombinerad behandling med tolvstegsbehandling och substitutionsbehandling med Metadon. Detta pekar på att det kan vara värt att ytterligare utveckla behandlingskombinationen men det kan vara svårt att hitta tolvstegsbehandlare som är villiga till att arbeta med substitutionsbehandling. Studien visar dock att detta kan vara möjligt genom att man håller sig till kärnan och de grundläggande skrifterna i tolvstegsprogrammet. Ett annat problem som identifierades kan vara att finna självhjälpgrupper med samma tillåtande attityd. Hayes m.fl. tar dock inte upp hur tolvstegsbehandlare uppfattar möjligheterna till att kombinera substitutionsbehandling med tolvstegsbehandling i enskilda grupper. Flera av de positiva komponenterna i behandlingsresultatet härstammar från tolvstegssammanhang men hänger ihop med tolvstegstraditionen på ett nytt sätt vilket kan leda till att det kommer att utvecklas nya varianter av tolvstegsbehandlingar (ibid.).

Process är en läkemedelsassisterad gruppbaserad öppenvårdsbehandling i Malmö för heroinister med KBT inriktning där Subutex används som komplement. Enligt Process verksamhetsbeskrivning har behandlingsverksamheten tydliga inslag av tolvstegsbehandling. Det som Process behandlingspersonal anser skiljer verksamheten från tolvstegsbehandling är att verksamheten innehåller läkemedelsassisterad behandling, fler individuella samtal och färre konfrontativa moment (Richert, 2005).

#### **2.4.2 Behandlares attityder till läkemedelsassisterad behandling: Revia**

Trots starkt vetenskapligt stöd var det 46 procent av behandlarna i Foremans m.fl. (2001) studie som uppgav att de var osäkra när det gällde frågan om utökning av behandling med Revia och 13 procent var helt emot. Om det berodde på negativa erfarenheter eller kunskapsbrist gick inte att bestämma. Det fanns ett starkt stöd för tolvstegsinriktning (82 procent) och andlighet rent generellt i behandling (84 procent) (ibid.). Thomas m.fl. (2003) ser finansiering och brist på kunskap om effekten av Revia vid alkoholberoende som två viktiga orsaker till varför behandlare inte rekommenderade läkemedlet till sina patienter. När behandlare däremot hade en tro på läkemedlets effektivitet underlättade det införandet av

Revia i behandlingen. Oförenligheten mellan Revia och behandlares behandlingsfilosofi representerade en ytterligare anledning till varför läkemedlet inte rekommenderas (ibid.).

### **2.4.3 Svensk Delfi-studie av behandlares kunskaper och attityder**

Segreus (1994) beskriver i sin rapport den samlade kunskapen hos behandlare inom den institutionella missbruksvården. Rapporten bygger på en Delfi-studie där en skriftlig dialog har förts mellan forskare och praktiker från verksamheter med olika teoretiska och ideologiska grunder. När det gäller tolvstegsbehandling diskuteras vad som händer när den amatöristiska rörelsen AA:s filosofi praktiseras på institutioner av professionella aktörer. Inom AA har gruppmöten och enskilda samtal med en sponsor (informell rådgivare, någon som av egen erfarenhet kan visa vägen) varit bärande moment på vägen mot nykterhet. Detta kan beskrivas som en social interaktion i form av solidaritet och ömsesidigt utbyte mellan jämlikar. På institution med anställd professionell, teoretiskt utbildad personal försvinner detta informella, ömsesidiga utbyte och själva grundtanken förändras. Ett sätt att hantera detta kan vara att anställa professionella som har egen erfarenhet av missbruk/beroende och tillfrisknande – viket är vanligt förekommande inom tolvstegsinriktade verksamheter. Dessa personer kan därför ses som både professionella och ”solidariska jämlikar” (ibid).

När det gäller ideologins betydelse i behandling framhålls att det är viktigt och att man har en gemensam behandlingsideologi i behandlingsteamet. Inom tolvstegsinriktade verksamheter läggs tonvikten på det den andliga aspekten. Tolvstegsbehandling ger tillgång till en djupare förståelse av existentiella problem och att bättre verktyg ges att hantera känslor i form av skuld, skam, maktlöshet och ångest. När det gäller kombination av olika ideologier/synsätt så anses detta vara möjligt och önskvärt av de flesta i studien (ibid.).

Individuell bekräftelse sker i möte med andra. Detta kan dock se olika ut, alla passar inte i grupp. Psykiskt sjuka och personlighetsstörda är grupper för vilka man kan behöva finna andra lösningar. I tolvstegsbehandling anses stöd, struktur, bekräftelse och identifikation som centrala delar. Vidare framhålls vikten av att kunna ha enskilda samtal även i behandling som bygger på gruppverksamhet för att kunna anpassa efter individuella behov. En praktiker menar tvärtom att individuella samtal ska begränsas. Någon framhåller att behandlingsalliansen, terapeut-patient är en av de viktigaste anledningarna till att individen stannar kvar i behandling. Tolvstegspraktiker menar att visst är terapeut-patient relationen

viktig, men det är programmet, självhjälpsgrupperna och ”andan” i programmet som är det bärande (ibid.).

Planer på kommande utveckling handlar till stor del om önskemål om specialiserade insatser till särskilda grupper; kvinnor och invandrare nämns. Utökning av öppenvårdsformer och mellanvårdsformer för en bättre utslussning samt ökad fortbildning framhålls. En tolvstegsinriktad praktiker framhåller diagnostik, multidisciplinära team med lämpliga utbildningar, handledning, tydligt mål och programbeskrivning, individuell behandlingsplanering, uppföljning och utvärdering. Tydlig ideologi, etiska riktlinjer, icke vinstintresse, öppenhet, påverkansmöjligheter för klienterna, hög moral hos behandlare och behandlare av bägge könen är andra saker som påtalas. En praktiker betonar det komplicerade samspelet mellan teori, metod och praktik, avsaknad av forskning och vetenskap på området samt att metoder förändras över tid (ibid.).

### **3. Material och metod**

Studiens inriktning är att med kvalitativa intervjuer fånga de aktiva tolvstegbehandlarnas attityder. Ansatsen är fenomenologisk då den syftar till en ökad förståelse av respondenternas perspektiv på, upplevelser av och attityder till forskningsfrågorna. Fenomenologisk metod syftar även till att direkt beskriva respondentens upplevelse, vilket innebär att inget fokus lagts på att hitta underliggande orsaker till respondenternas svar. Studien är induktiv och explorativ till sin karaktär (Kvale, 1997).

#### **3.1 Urval**

Urvalet i denna studie är strategiskt för att ett så stort kvalitativt innehåll som möjligt ska uppnås. Respondenterna är valda medvetet för att de har kännedom om fenomenet som ska studeras (Halvorsen, 1992). För att få en så stor variation som möjligt av behandlares erfarenheter och upplevelser har verksamheter av både öppen- och slutenvårdskaraktär valts. Variation har även eftersträvat genom att både kvinnliga och manliga behandlare intervjuats. När det gäller antalet har en mättnad av materialet eftersträvat.

##### **3.1.1 Respondenternas arbetsplatser**

Denna studie har ej för avsikt att beskriva enskilda verksamheter och behandlarnas åsikter är deras personliga och behöver inte representera deras arbetsplatser. En kort beskrivning av deras nuvarande arbetsplatser anses dock vara av intresse då verksamheterna till viss del



skiljer sig från varandra och bildar referensram för respondenternas åsikter och attityder. Tre behandlare arbetar inom öppenvård och fem inom institutionsvård, varav en på SiS-institution. Sex verksamheter är privatägda, en är statlig och en drivs i samverkan mellan landsting och kommun. Storleken på verksamheterna varierar mellan cirka tio till femtio platser. När det gäller genus skiljer sig verksamheterna åt då två riktar sig enbart till kvinnor. Två verksamheter erbjuder behandling för både kvinnor och män men särskiljer dem under behandlingstiden. Resterande verksamheter bedriver behandling för både kvinnor och män i blandade grupper, dock med viss förekomst av specifika kvinnogrupsinslag samt specifika mansgruppsinslag. När det gäller samsjuklighet varierar verksamheternas möjligheter att erbjuda dessa individer behandling beroende av den psykiska problematikens art och grad. En verksamhet riktar sig särskilt mot denna grupp. Behandlingsteamens kompetens varierar. Alla har personal med alkohol- och drogbehandlarutbildning. På flera verksamheter arbetar även sjukvårdspersonal och på flera ställen finns personal med social, rehabiliterings- eller beteendevetenskaplig utbildning. I samtliga behandlingar ingår deltagande i självhjälpgrupper i form av AA- eller NA-möten.

### **3.1.2 Respondenterna**

Åtta respondenter har intervjuats, varav sju är yrkesverksamma tolvstegsbehandlare vid olika verksamheter. En respondent är verksam som institutionschef vid en SiS-institution som bedriver tolvstegsbehandling. Av respondenterna är tre män och fem kvinnor. Åldrarna varierar mellan cirka 25 – 60 år. Respondenternas utbildning varierar från ett till tre års alkohol- och drogbehandlarutbildning. Viss påbyggnadsutbildning förekommer. Övriga utbildningar som representeras bland respondenterna är olika former av gymnasial eller folkhögskoleutbildning, högskoleutbildning ett till fem år samt enstaka metod- och högskolekurser. Respondenterna har yrkeserfarenhet inom tolvstegsbehandling som varierar mellan cirka ett till trettio år. Bland respondenterna finns de som har ett eget tillfrisknande inom tolvstegsprogrammet samt de utan egen beroendeproblematik till alkohol och narkotika. Vissa har bakgrund som anhöriga till person med beroendeproblematik.

## **3.2 Insamling av data**

En intervjuguide konstruerades där tre temaområden brutits ned i forskningsfrågor och i sin tur sedan till intervjufrågor (se Bilaga 2). Halvstrukturerade intervjuer har genomförts i dialogform. Öppna följdfrågor har ibland ställts för att få en fördjupning eller förtydligande av

svar. Två intervjuare medverkade i samtliga intervjuer, en intervjuare var mer aktiv medan den andra iakttog och ställde följdfrågor. Vilken av intervjuarna som var den aktiva varierade.

Olika verksamheter med tolvsteginriktning valdes ut och en förfrågan skickades per e-post till verksamheternas officiella e-postadress. I brevet framgick studiens syfte, planerade genomförande samt att intervjuarna skulle ta ytterligare kontakt per telefon. Flera verksamheter hörde av sig spontant per e-post och meddelade att de önskade medverka. Vid uppföljning av de övriga framkom att alla tillfrågade var intresserade av att delta. Till samtliga respondenter skickades ytterligare ett brev per e-post och i ett fall via vanlig postgång där närmare information om studiens upplägg, syfte och genomförande beskrevs (se Bilaga 1). Information lämnades vid flera tillfällen att medverkan var frivillig och kunde avbrytas när som helst. Författarna lämnade till verksamheterna själva att avgöra vilken behandlare som skulle intervjuas. Intervjuobjekten valde själva var och när intervjuerna skulle äga rum. En intervju genomfördes per telefon medan övriga intervjuer genomfördes personligen på respondenternas arbetsplatser. Varje intervju beräknades ta cirka 60 minuter och spelades in med en MP3-spelare. Den faktiska tiden för intervjuerna visade sig variera mellan 25-75 minuter. Den kortaste intervjun var den som genomfördes per telefon. Följdfrågor har även ställts via e-post till två respondenter.

### **3.3 Analyismetod**

Transkribering av intervjuerna gjordes ordagrant men pauser utelämnades. Båda intervjuarna transkriberade samtliga intervjuer var för sig och därefter jämfördes dessa. Syftet med detta var dels att få ut maximalt av intervjuerna, dels för att se om det skilde sig något i tolkningen intervjuerna emellan. Intervjuerna har lyssnats igenom och transkriberingarna har lästs igenom flera gånger för att få ett helhetsperspektiv och för att undvika missförstånd. Vid flera tillfällen har intervjuerna tolkat respondenternas uttalanden olika. Oenighet har även uppstått gällande vilka faktorer som har ansetts som viktiga i materialet. För att lösa detta har båda intervjuarna gemensamt lyssnat igenom inspelningen igen och enats om en tolkning samt vad som varit viktigt att lyfta fram i analysen. Genom att båda intervjuarna var för sig transkriberat och tolkat samtliga intervjuer har ett vidare perspektiv på materialet uppnåtts.

Analysen har gjorts i form av innehållsanalys där klarläggning av materialet har gjorts, det som har ansetts relevant har lyfts ut och placerats in under rubriker. Överflödigt text, upprepningar och liknande har tagits bort. Meningskategorisering har sedan gjorts utifrån

studiens tre temaområden som även intervjumanualen bygger på. Texten har kategoriserats med hjälp av olika färgmarkeringar för att få en tydlig överblick över vilken del av texten som hör till vilket tema. Underkategorier inom varje temaområde har sedan skapats med hjälp av numrering. Kategoriseringen har gjorts för att strukturera och kunna få en helhetsyn på det omfattande materialet, vilket leder till att centrala resultat från intervjuerna kan återknytas till syftet. Intervjuerna har tolkats så fördomsfritt som möjligt och återgivits så nära originalet som möjligt. För att ha en gemensam terminologi har dock begreppet ”patient” använts genomgående oberoende av vad respondenterna benämnt de som är i behandling.

Respondenterna har givits alfabetiska beteckningar för att likheter och skillnader ska kunna diskuteras och slutsatser dras utan att konfidentialiteten bryts. När en respondent uttalat något som utmärker den från övrigas uttalanden har dess alfabetiska beteckning angivits i löpande text och dessa beteckningar har även angivits vid citat. För att påvisa likheter och skillnader har vissa citat lyfts fram. I citaten har meningskoncentrering gjorts i den bemärkelsen att långa uttalanden har reducerats och pauser har utelämnats. När flera respondenter har haft samma åsikt i en fråga har de alfabetiska beteckningarna inte använts.

### **3.4 Datakvalitet**

Begreppen validitet och reliabilitet är ofta sammanflätade i kvalitativa studier och handlar om tillförlitlighet och noggrannhet genom hela forskningsprocessen (Kvale, 1997: Patel & Davidson, 2003). För att öka möjligheterna till god validitet i intervjuerna har intervjuobjekt som har god kunskap om området valts. Intervjuobjekten är primärkällor vilket kan leda till ökad validitet. Strävan har varit att konstruera intervjufrågorna så att de svarar mot syftet och så att forskningsfrågorna blir besvarade. Några frågor har ställts på olika sätt om samma fenomen för att försöka fånga variationer och tillförsäkra ett så uttömmande svar som möjligt. Följdfrågor har ställts för att få tydliggöranden av svar. Intervjuerna har i sin tur förtydligt vissa frågor när det ansetts lämplig under intervjuerna. Respondenten har inte givits möjlighet att granska materialet efter transkriberingen vilket ytterligare hade kunnat stärka validiteten. Då studien syftar till att belysa attityder till tolvstegsideologin har farhågor uppstått gällande möjligheterna för respondenterna att svara utifrån sina egna personliga uppfattningar. Målet har varit att undvika att respondenterna upplever att de måste svara på visst sätt för att de tror att det förväntas av dem i deras roll som representanter för viss verksamhet. För att möjliggöra för respondenterna att svara så uppriktigt som möjligt på frågorna har konfidentialitet utlovats i den mening att varken respondenter eller verksamheter kommer att namnges i studien. Intervjuerna har eftersträvat en neutral och objektiv hållning för att

minimera risken för intervjuareffekter. Författarna har även eftersträvat att i så liten utsträckning som möjligt påverkas av den egna förförståelsen, då viss praktik inom missbruksområdet förekommit. För att studien ska tillförsäkras hög reliabilitet har tillvägagångssättet varit noggrant. Alla intervjuer spelades in på en Mp3-spelare. Båda intervjuarna medverkade vid varje intervju och samtliga intervjuer har transkriberats av båda intervjuarna var för sig för att undvika slarvfel och misstolkningar av det insamlade materialet. Varje intervju har även genomlyssnats flera gånger. Många citat har använts, vilket kan förstärka reliabiliteten. Vid ett intervjutillfälle blev ljudupptagningen av sämre kvalitet och några enskilda ord var svåra att urskilja. Detta problem var dock av sådan liten omfattning att reliabiliteten inte anses påverkad.

### **3.5 Generaliserbarhet**

Generaliserbarhet i vanlig mening kan ej nås med ett urval som till stor del är självselektat. Däremot kan man möjligen hävda att studien når ”analytisk generaliserbarhet” vilket innebär att en värdering görs angående hur kunskap från ett resultat kan vägleda och tillämpas i ett annat sammanhang (Kvale, 1997). Trots att studien har ett litet urval kan resultatet ge indikationer på hur tolvstegsbehandlare kan förhålla sig till ideologi, förändring och läkemedelassisterad behandling. Resultatet ger en insikt i fenomenet och ger även exempel på variationer som kan förekomma. Studiens resultat kan med fördel användas av dem som är intresserade av vad skillnader mellan olika tolvstegsbehandlares uppfattningar kan bestå av och hur olika tolvstegsbehandlare upplever tolvstegsideologin och läkemedel under behandling. Socialsekreterare, kriminalvårdsinspektörer och de som erbjuder tolvstegsbehandling kan finna studien informativ och kanske vidga perspektivet på hur tolvstegsbehandling kan bedrivas.

### **3.6 Etiska överväganden**

Kvale (1997) beskriver informerat samtycke, konfidentialitet och möjliga konsekvenser för respondenten som viktiga forskningsetiska riktlinjer. Respondenterna har givit sitt informerade samtycke till att delta i studien. De blev informerade om studiens syfte och att de när som helst kan avbryta sin medverkan, då deras deltagande är frivilligt. Konfidentialitet utlovades vilket innebär att data som identifierar undersökningspersonerna och deras arbetsplats ej kommer att namnges i studien. Respondenterna har informerats om att viss risk ändå föreligger att någon kan identifiera dem eller deras arbetsplats. Två av respondenterna arbetar vid verksamheter som är lättare att identifiera då de skiljer sig från andra

verksamheter. Respondenterna ifråga har informerats om detta och lämnat sitt medgivande till deltagande i studien och till presentationen. I övrigt har uttalanden omarbetats något för att minska möjligheten att identifiera respondenter eller verksamheter. Respondenterna har blivit informerade om att ljudupptagningarna endast kommer att användas av intervjuarna och raderas när studien färdigställts.

## **4. Resultat**

Inledningsvis presenteras respondenterna utifrån den beteckning de fått. Därefter redovisas analysen utifrån tre olika temaområden. En sammanfattning av de huvudsakliga fynden avslutar resultatdelen.

### **4.1 En kort presentation av behandlarna**

**A:** Tolvstegsbehandlare i öppenvård, enskild behandling, erbjuder flera olika behandlingsmetoder varav tolvstegsbehandling är en.

**B:** Tolvstegsbehandlare i slutenvård, motivationsavdelning, blandad grupp. Under primärbehandling särskiljs kvinnor och män.

**C:** Tolvstegsbehandlare i slutenvård, kvinnor och män särskiljs under behandling. Arbetar med kvinnor.

**D:** Tolvstegsbehandlare i öppenvård, blandade grupper.

**E:** Tolvstegsbehandlare i öppenvård, blandade grupper.

**F:** Tolvstegsbehandlare i slutenvård som riktar sig enbart till kvinnor.

**G:** Tolvstegsbehandlare i slutenvård där behandling utförs till största del i blandade grupper.

**H:** Verksamhetschef på SiS- institution som bedriver tolvstegsbehandling som riktar sig främst till kvinnor med samsjuklighet.

### **4.2 Temaområde ett: upplevelser av ideologi**

Temaområdet behandlar uppfattningar om och attityder till tolvstegsideologin samt vilka beståndsdelar i tolvstegsprogrammet som anses vara kärna och grundtanke.

#### **4.2.1 Tolvstegsideologi**

Frågor har ställts angående vad som är kärnan i tolvstegsfilosofin och vad som kännetecknar tolvstegsbehandling. Om tolvstegsbehandlare har erfarenhet av likheter eller skillnader i hur behandling utförs har även efterfrågats.

*G: "Det som är skillnad i Sverige är att man har plockat över ett koncept som man jobbar med och kallar det för tolvstegsinriktat. Man jobbar väldigt lite med vad de första hundra gjorde, man har plockat ut vissa bitar. I och med det tycker jag att man gjort ett eget recept på tillfrisknande. Hur vet vi bäst vad som gäller? Vi arbetar exakt utifrån den Stora Boken, det som de gjorde, det är det vi försöker föra vidare... Vi jobbar med alla stegen."*

*E: "Det bygger på AA:s tolv steg, hjälp till självhjälp att få en insikt om att jag äger ett problem som jag behöver hjälp av andra för att lösa. De som fattar den grejen har stor chans att bli hjälpta."*

*D: "Min erfarenhet är att det ser lite lika ut på alla tolvstegsbehandlingar, innehållsmässigt är det väldigt lika."*

*F: "Jag tror att tolvstegsbehandling i grunden är lika. Stegen ser likadana ut och det som står skrivet är exakt lika. Man kan arbeta utifrån dem på olika sätt, det kan antingen vara utformat som rena lektioner eller lite mer individuellt och här kör vi lite mer individuellt."*

Att det är svårt att definiera tolvstegsbehandling framhålls av någon. Vad som anses vara tolvstegsbehandling varierar då flera anser att det enbart kan vara tolvstegsbehandling om man hela tiden utgår från Stora Boken. Om man plockar ut valda delar så är det inte längre tolvstegsbehandling. Vissa menar att man både kan välja ut delar ur stora boken samt komplettera med annat och att detta är möjligt inom ramen för tolvstegsbehandling. Att arbeta enligt AA:s Stora Bok och enligt de tolv stegen samt deltagande i självhjälpsgrupper anses viktigt hos samtliga respondenter. Dessa tre inslag beskrivs av de flesta som kärnan i behandlingen. Något annat som betraktas som unikt i tolvstegsbehandling är att den är manualbaserad, att den utgår från individen i gruppen och att det skapas en känsla av trygghet i grupp gemenskapen.

Några respondenter anser att tolvstegsbehandling utförs likartat på de flesta verksamheter medan andra upplever att skillnader mellan verksamheter kan vara betydande. Skillnader kan vara att respondenterna anser att man ska arbeta på olika sätt i stegen och att man arbetar i olika många steg under grundbehandling. Det kan även skilja sig i hur snabbt man arbetar i stegen då tiden som anses behövas till varje steg varierar. Vissa anser att steg ett till tre är de viktigaste i grundbehandling medan andra menar att man i alla fall bör göra färdigt steg fem

för att sedan kunna arbeta vidare på egen hand med hjälp av en sponsor. I stegarbete väljer vissa att mer använda sig av föreläsningar och lektioner ur Stora Boken medan andra inte har en undervisande funktion. Då kan istället samtal i grupp eller enskilt runt varje steg förekomma. En respondent (H) menar att en skillnad mellan olika tolvstegsbehandlingar kan vara att vissa enbart fokuserar på missbruksproblematiken medan andra även använder metoder för att jobba med övriga behov som patienterna har, genom exempelvis allmän daglig livsföring (ADL) och miljöterapi. Detta kan förstås genom att verksamheterna riktar sig till olika målgrupper. Ju mer komplex problematik ju fler livsområden kan patienterna behöva hjälp inom. Miljöterapeutiska inslag förekommer på flera av verksamheterna. Främst de respondenter som är verksamma inom slutenvården beskriver att patienterna har mer komplex problematik idag än tidigare.

En respondent (H) påpekar att förekomsten av konfrontativa inslag skiljer sig åt mellan olika tolvstegsverksamheter. Denne respondent påtalar även att det behövs modifierade versioner av tolvstegsbehandling för att behandlingsformen ska passa dem med psykiatrisk problematik. Konsekvenstänkande och konfrontationer kan vara svåra inslag för denna grupp.

#### **4.2.2 Gemensam behandlingsfilosofi**

Det är vanligt förekommande att man arbetar i team i behandlingsverksamheter. Personerna i teamen har ibland olika erfarenheter och kompetenser. Frågor har ställt huruvida det är viktigt att alla i behandlingsteamet har en gemensam behandlingsfilosofi.

*H: ”Det är otroligt viktigt, man måste dra åt samma håll och ha samma behandlingsfilosofi för det ger struktur till behandlingen och trygghet för patienterna.”*

Samtliga respondenter påtalar vikten av gemensam behandlingssideologi i teamen och att man tror på det man gör. Många understryker att det är betydelsefullt att kompetenserna och olikheterna i behandlingsteamet tillvaratas men att det är viktigt att alla drar åt samma håll. En respondent (C) påtalar vikten av att teamet jobbar mot samma mål eftersom alla patienter har rätt att få samma behandling och få samma verktyg med sig. Flera respondenter påpekar att det finns möjlighet att sätta sin personliga prägel på behandlingen, att det är accepterat att använda olika metaforer och förklaringar till Stora Boken och stegen.

### 4.2.3 Attraktion, valfrihet och tvångsvård

Individer kan komma att behandlas enligt tolvstegsprogrammet på flera olika sätt. En skiljelinje kan ses mellan frivillighet och tvång.

*B: ”Jag har i alla fall den inställningen att vara lite försiktig i att prata om tolvstegsprogrammet som den enda lösningen därför att då blir det som ett tvång. Hela AA och tolvstegsprogrammet bygger på attraktion, så det här är en möjlig lösning.”*

Någon respondent (B) påtalar att tolvstegsbehandling bygger på attraktion och att det är verksamt för dem som anammar tankegångarna. Flera påtalar vikten av individen själv får välja behandlingsmetod och känna sig delaktig i behandlingsplaneringen. När det gäller tvångsvård beskriver respondenten (H) att när avgiftningen är över vill så gott som alla ha behandling eftersom ingen vill fortsätta sitt liv i missbruk. Flera behandlare framhåller att programmet inte passar alla men att det passar dem som är villiga att prova och är beredda att göra det de får lära sig i behandling. En behandlare (A) menar att det borde finnas ett större utbud av olika behandlingsmetoder så att patienten därmed får en större valfrihet.

### 4.2.4 AA/NA-möten

Gemenskapen i självhjälpgrupperna AA och senare även NA har alltid varit en viktig beståndsdel i tolvstegrörelsen. Detta har även anammats inom behandlingsverksamheterna.

*F: ”Man får inte bli fanatiker heller så att det bara är gemenskapen. Att man går på möten sju gånger i veckan och bara umgås med sådant folk, det måste bli en balans för annars blir det fel.”*

*G: ”Ofta sitter folk och säger att det är mötena och gemenskapen som har hållit mig nykter men det står klart och tydligt i boken att det inte är mötena som är lösningen... Man vet att det är ett bra stöd där man kan hitta någon som kan vägleda en i hur man jobbar i stegen, det är det som är tanken.”*

Alla behandlare beskriver mötesdeltagande i AA eller NA som viktigt under behandlingstiden. Mötesdeltagande efter behandling framhålls också som angeläget. Det är dock av vikt enligt somliga att detta sker med viss moderering då alltför frekvent mötesdeltagande sker på bekostnad av andra former av fritidssysselsättningar och annan social



samvaro. En respondent (G) påpekar att det i sig inte är tillräckligt att vara delaktig i gemenskapen på möten för att tillfriskna, alla delar i tolvstegsprogrammet måste anammas.

#### **4.2.5 Eget tillfrisknande hos tolvstegsbehandlare**

Det är vanligt förekommande i tolvstegsbehandling att behandlare har ett eget tillfrisknande från alkohol- och narkotikamissbruk. Frågor har ställts om det anses viktigt att tolvstegsbehandlare har egna erfarenheter av missbruks- och beroendeproblematik.

*C: ”Ja, det är en grundprincip vi har. Alla som jobbar i primärbehandling måste ha ett eget kemiskt beroende, man blir uppäten i gruppen annars.”*

*G: ”Jag tror att det är viktigt att det finns både och. Den som har ett eget beroende kan förstå på ett annat sätt hur det är att befinna sig där individen i behandling befinner sig. Men det vore en fara om alla skulle vara beroende. Om målet är att ta sig ifrån att leva i en form av vansinne och förstöra livet till att leva som en medlem i samhället, då behöver vi folk därifrån också. Jag tror att de bästa teamen är de som innehåller båda. Det kan finnas korta genvägar för dem som har ett eget beroende men det finns inga vinster i det egentligen.”*

Uppfattningen om att det är viktigt att arbetsgruppen innefattar individer som har ett eget tillfrisknande framhålls av samtliga. Detta anses leda till ökad trovärdighet, lättare för patienten att känna tillit samt att behandlarna blir rollmodeller för sina patienter. Åsikterna huruvida arbetsgruppen enbart ska innehålla individer med ett eget tillfrisknande går isär mellan de olika respondenterna. Någon (C) anser att enbart dessa individer kan arbeta som tolvstegsbehandlare i grundbehandling. Många respondenter anser att arbetsgruppen med fördel kan innefatta individer både med och utan egen beroendeproblematik. Några farhågor med att endast ha tolvstegsbehandlare med egen beroendeproblematik identifieras vara att deras egen beroendeproblematik ibland inte är genomarbetad och att dessa kanske behandlar sig själva genom andra. En annan åsikt (H) är att det tenderar att bli hårdare och mer konfrontativt om arbetsgruppen enbart innehåller de med ett eget tillfrisknande. När det gäller vikten av att arbetsgruppen innehåller individer utan eget kemiskt beroende beskrivs detta som att de representerar den del av samhället som många av patienterna strävar efter att återanpassa sig till. Farhågor med behandlare utan egen beroendeproblematik anses av någon respondent (E) vara att dessa lättare kan bli manipulerade av patienterna och inte kan ”läsa” dem på lika bra sätt som behandlare med erfarenhet av eget beroende. Vissa behandlare

framhåller betydelsen av att öppet berätta om och använda sig själva och sitt tillfrisknande i behandlingen medan andra, även dessa med eget tillfrisknande ser det som olämpligt. Några anser att när man använder sig själv som verktyg utgår man från sina egna referensramar vilket kanske inte överensstämmer med andras livssituation. Vissa beskriver spontant sin egen behandlingshistorik i intervjuerna utan att detta specifikt efterfrågas.

#### **4.2.6 Gruppverksamhet**

Tolvstegsbehandling har en tradition av att vara gruppbaserad med vissa inslag av individuella samtal med behandlare eller sponsor. Förekomst av gruppbaserad behandling och individuella samtal har efterfrågats.

*C: "Vi har bara grupper och försöker att inte ha enskilda samtal. Man ska in i gruppen och jobba där istället, för varje enskilt samtal snuvar man gruppen på en process. Det är fantastiskt att jobba i grupp, även om jag lägger mycket tid på dig i en grupp får alla en resa liksom i sig själv. Det är ett enkelt sätt att jobba som spar på behandlarna, enskilda samtal är ganska tunga. Alla patienter kan inte vara i grupp men då blir de inte kvar. Det är viktigt att tala om detta innan så att de inte kommer hit och åker härifrån med ännu ett misslyckande."*

*A: "Jag tycker inte att det finns något egenvärde i att inför en grupp 'dra ner byxorna'. Skammen gör att många drar sig undan behandling."*

*B: "Dynamiken finns i gruppen då många har samma symtom på sjukdomen. Oavsett vad man missbrukat har man i regel samma konsekvenser."*

*G: "Vi har även individuella samtal men vi tror mer på att ta så mycket som möjligt, så mycket de förmår i grupp. Ofta tror de att de förmår mindre än vad de gör."*

Alla respondenter utom två bygger sin behandlingsverksamhet främst på behandling i grupp. Fördelar med denna form av behandling anses bland annat vara gruppdynamiken och gruppprocessen. När många delar liknande erfarenheter minskar känslorna av utanförskap. Samtliga respondenter har dock individuella samtal av varierande grad. En respondent (H) påpekar att vissa individer med psykiska störningar inte alltid klarar av att delta i gruppverksamhet, vilket innebär att individuella samtal och individuella lösningar förekommer. Flera respondenter menar att det är upp till patienten att avgöra vad denne vill ta

upp i gruppen och vad man vill ta mer enskilt med behandlare. Vissa anser att det finns upplevelser som inte lämpar sig för grupp. Detta kan gälla utsatthet för våld, sexuella övergrepp och andra trauman. Annat som inte lämpar sig för grupp anses vara kriminella handlingar som inte är preskriberade eller av allvarlig karaktär. Andra skäl som två respondenter anger till varför de enskilda samtalen begränsas är att de är tidskrävande. Att öppna sig inför en grupp och blottlägga sina känslor kan ha en avskräckande effekt på vissa individer och därför kan enskild tolvstegsbehandling vara ett alternativ enligt en respondent (A). Några respondenter berättar att det i vissa fall förekommer externt samtalsstöd med psykolog eller präst.

#### **4.2.7 Andlighetens betydelse**

Under intervjuerna framkom att en grundläggande princip inom tolvstegsrörelsen är andligheten och dess betydelse för individen.

*G: "Vissa personer kan få ett andligt uppvaknande plötsligt och få en ändring i livssyn, i hur man ser på sig själv och förändrar sin inställning till livet. Tolvstegsprogrammet är utbildningsvarianten till att få en sådan personlighetsförändring."*

*E: "En del är rädda för att förmedla kunskapen om vad en högre makt består av och det står alltid Gud i programmet. Det finns en del motstånd inför det här hos patienterna."*

Något som framkommer i samtliga intervjuer är att andligheten är något som varje individ själv får ta ställning till och identifiera, då detta kan innebära olika saker för olika personer. Likaså påpekas att tolvstegsbehandling inte är religiöst inriktad och skillnad mellan kyrka och andlighet framhålls. En respondent (B) poängterar att AA och NA finns representerad inom många olika länder och i olika religioner. Den högre makten liknas bland annat vid en inre kraft och vid kraften i gruppgemenskapen. Några respondenter påpekar att behovet av andlighet är stort bland patienterna. Att införa andlighet i livet innebär att livet kan ses i ett större perspektiv och att en personlighetsförändring är möjlig att genomföra. En respondent (E) upplever att vissa behandlare är rädda för att förmedla kunskapen om en högre makt då det ibland finns ett motstånd hos patienterna inför begreppet Gud. Några behandlare anser inte att det finns något motstånd hos patienterna att ta till sig det andliga budskapet i programmet.

#### **4.2.8 Att få tillgång till sitt känsloregister**

Något som framkommer i intervjuerna är att det anses mycket viktigt att patienterna får tillgång till sina känslor i behandlingen för att kunna tillfriskna.

*B: "Hur kan jag handskas med min gamla skuld, skam och dåliga samvete? Många har mycket harm och ilska och det är det här man ofta blir full på. Det blir som ett visir mot verkligheten. Det är en viktig bit att jobba med. För mig blir ett tillfriskande att få tillgång till sina tankar och känslor och på så sätt kunna göra en förändring."*

*F: "Det som vi uppmuntrar jättemycket är att våga komma och prata och att våga låta känslorna komma eftersom det är dem man har förträngt och tryckt ner. Det är viktigt att de får tillit till behandlaren, så att de vågar prata."*

Vikten av att komma i kontakt med, våga uttrycka och hantera sina känslor betonas av respondenterna. Beroende beskrivs av en respondent (F) som den enda sjukdomen som man kan prata sig ifrån. Tillit och förtroende för behandlare och för gruppen framstår som väsentlig hos flera. En respondent (F) menar även att det är viktigt att behandlarna visar sina egna känslor inför det som framkommer i samtal med individ eller i grupp.

#### **4.2.9 Sjukdomsbegreppet och det egna ansvaret för tillfrisknande**

Inom tolvstegskulturen betraktas beroende till sinnesförändrande medel som en sjukdom. Detta tillstånd ses som kroniskt men behandlingsbart. Sjukdomsbegreppet undantar dock inte individens eget ansvar i tillfrisknandeprocessen.

*B: "Det som är grunden för resten av stegen och som också är grunden för resten av vårt jobb är att vi betraktar det här som en sjukdom. Det är sjuka människor som kommer att få leva med den här sjukdomen i resten av sina liv. Det är en kronisk sjukdom. Att jag är en sjuk människa betyder också att det finns behandling."*

*D: "Dr Silkworths tanke var att det är en mental besatthet och en fysisk allergi... Jag gör ingen nykter utan jag ger kunskap och utbildning i sjukdomen och i tillfrisknande. Hur personen i fråga kan göra en förändring för att få ett nyktert och drogfritt liv. Så det största jobbet ligger ju hos personen i fråga, jag ger bara verktygen till personen."*

*(Dr Silkworth var läkaren som bistod en av AA:s grundare, Bill W.)*

Samtliga respondenter benämner beroendetillståndet som en sjukdom och att detta är centralt i ideologin. Sjukdomsbegreppet framhålls som positivt såtillvida att det verkar skuldavlastande men dock inte fräntar individen det egna ansvaret för sjukdomen och tillfrisknandet.

Jämförelser med allergi, diabetes och andra sjukdomar förekommer. En respondent (A) ser sjukdomsbegreppet som ett av flera möjliga sätt att se på beroendeproblematiken. Denne respondent (A) påpekar även att många kopplar sjukdomsbegreppet enbart till genetik vilket är för begränsat. Flera respondenter hänvisar till Jellineks kurva över beroendeutveckling och menar att det är så tydligt att det ser likadant ut för de flesta med beroendeproblematik, samma utveckling och process. Flera upplever svårigheter i att få patienter att ta till sig sjukdomsbegreppet. Det framhålls att patienter ofta upplever att beroendet och livssituationen är självförvållad och de ser sig själva som sämre människor. Många respondenter påtalar vikten av att förmedla till patienterna att det är deras ansvar att följa programmet om de vill tillfriskna. Respondenterna beskriver att de i huvudsak utbildar och förmedlar till patienterna hur man går tillväga för att tillfriskna och sedan är det patienterna själva som måste vilja och utföra jobbet. Den egna viljan till förändring framhålls som grundläggande av flera.

#### **4.2.10 Anhöriga**

Tolvstegsrörelsen har i Sverige setts som föregångare när det gäller att uppmärksamma och lyfta fram anhörigas situation vid missbruks- och beroendeproblematik.

*B: "Vi betraktar det här som en familjesjukdom där alla blir drabbade och alla far illa."*

*F: "Anhörigdagarna är till för de anhöriga."*

Alla behandlare erbjuder någon form av anhörigbehandling och framhåller vikten av att anhöriga får stöd och kunskaper om beroendetillstånd. Gemensamt är även att anhöriga anses behöva hjälp för sin egen och inte för patientens skull, genom anhörigdagarna eller liknande. Flera respondenter berättar att deras anhörigbehandling inte innehåller några konfrontativa inslag i form av att patienten och anhörig ställs ansikte mot ansikte i behandlingssyfte. Någon har kännedom om tolvstegsbehandling där detta förekommer.

### **4.3 Temaområde två: influenser och förändring av ideologi**

Temaområde två behandlar upplevelser av influenser, påverkan och möjlighet till förändring.

### 4.3.1 Influenser och påverkan

Tolvstegsprogrammet har funnits sedan 1930-talet i form av självhjälpgrupper i USA. Som behandlingsmodell började tolvstegsprogrammet utföras i Sverige under 1980-talet. Huruvida behandlingen kan influeras, påverkas och förändras har diskuterats.

*D: "Jag har hört talas om det. Många vill förändra på sitt sätt men då har de inte kommit så långt. Det här är ett grundrecept och förändrar man det blir det inte AA:s tolv steg utan då blir det något annat.*

*B: "Andra steget säger hela tiden att om du blir kraftlös inför någonting, gå ut och sök hjälp punkt slut."*

Stora skillnader mellan olika behandlares inställning till förändring och influenser framkommer. Behandlare som upplever sig själva som flexibla och villiga till att införliva andra metoder i behandling anser att vissa andra behandlare arbetar mycket strikt enligt stegen. En respondent (A) påpekar vikten av att implementera relevant aktuell forskning i behandling. SBU-rapporten nämns i sammanhanget. En annan anledning till förändring uppges vara om det ställs krav utifrån till exempel från Socialstyrelsen.

Behandlare (C) beskriver hur andra teorier används i tolvstegsbehandling, MI och KBT omnämns. Ytterligare en metod som används är Aggressive Replacement Training (ART) då många har problem med aggressioner enligt en behandlare (B). Respondent (A) ser en fara i att olika metoder används utan att behandlare har formell kompetens för detta. Om den teoretiska grunden saknas och delar av metoder används lösryckta ur sitt sammanhang kan detta leda till okända effekter. En respondent (B) anger att det går trender i behandling, ibland ska man vara strikt och jobba i stegen, och ibland jobbar man med mer möten för att sedan gå tillbaka igen till det stegarbete som fungerar. En respondent (B) menar att det är svårt att se att något kan influera eller påverka tolvstegsbehandling då programmet i sig inte utesluter andra metoder. Flera behandlare upplever inte att tolvstegsbehandling har förändrats. De anser att om man förändrar behandlingsinslagen är det någon annan form av behandling. Respondent (E) framhöll att ideologin inte kan förändras men att man däremot kan komplettera tolvstegsbehandling med andra metoder. Flera framhåller likheten mellan KBT och tolvstegsbehandling. Skillnader märks i hur behandlare ser på olika tekniker och vad som

betraktas som behandlingsmetod. MI anses vara en metod av vissa och ett förhållningssätt för andra vilket påverkar i vilken mån man upplever det möjligt att inlemma MI i behandlingen.

#### **4.3.2 Förändring av målgruppens problematik och samhällsekonomisk inverkan**

Samhällsekonomi, målgrupp och problematik är faktorer som kan påverka behandlingens utformning. Detta påtalas även ur ett historiskt perspektiv.

*G: "Behandlingen var 28 dagar lång i USA, vilket hade att göra med sjukvårdsförsäkringssystemet som täckte 28 dagar och som gjorde att man kunde få åka på behandling. Vilka i USA är det som har sjukvårdsförsäkring? Jo, människor som har social förankring och ekonomi. När man tog över detta till Sverige applicerade man det på alla sorters människor, det spelade ingen roll om du var bostadslös och utslagen. Någonstans kan det verka som att det är svårt att få längre än fem veckors behandling och jag tror inte att en behandling på fem veckor är applicerbar på människor som sjunkit så långt. Tolvstegsprogrammet bygger på andliga principer: kärleksfullt, ärligt, omtänksamt, hänsynsfullt, respektfullt och förlåtande. Det går inte ihop med pengar, det krockar"*

*C: "Bara för några år sedan jobbade vi enbart med stegen. Nu jobbar vi mer med känslor, aggressioner och självskadebeteenden. Idag är patienterna jättetrasiga: sexuella övergrepp och världens blandning av droger. Man håller på med allt. De är ganska sönderkörda både fysiskt och psykiskt. Man måste jobba på andra sätt. De blir även yngre och yngre vilket kräver ett speciellt sätt att jobba på. Det är jättstor skillnad på några få år."*

Två respondenter uppger att tolvstegsbehandling tidigare riktades till dem som var rika. Några påpekar även att behandlingen tidigare var mer konfrontativ och att mindre krävdes för att utskrivning skulle ske. Några anser att ekonomin idag har blivit ett viktigt styrmedel. Det framstår som att den ekonomiska aspekten kan leda till att patienter inte skrivs ut lika lätt från verksamheter idag som tidigare. Det verkar även som om flera respondenter upplever att vissa patienter inte får tillgång till den vård och behandling som de skulle behöva av ekonomiska skäl. De flesta respondenterna upplever att patienterna idag har en mycket svårare och mer komplex problematik än tidigare samt att det har blivit fler yngre patienter. Några påpekar att yngre personer kan vara svåra att ha i tolvstegsbehandling då de inte hunnit få så många negativa konsekvenser av sitt missbruk som de kopplar till drogen. Några behandlare uttrycker att man arbetar på ett djupare sätt med känslor och relationer idag.

### 4.3.3 Förändring och utvecklingsmöjligheter

Frågor har ställts om vad respondenterna anser om tolvstegsbehandlingens utvecklingsmöjligheter i framtiden.

*B: "Programmet i sig tror jag inte kommer att förändras så mycket, jag tror att det finns en rädsla i att vara där och peta för mycket. Varför förändra något som fungerat i många år?"*

*C: "Stegen och traditionerna kommer väl inte att förändras – men att öppna upp och plocka in andra saker, det tror jag absolut."*

*G: "Cementerar man sig för mycket tror jag att man gör anspråk på att äga all vetenskap och framtiden och att det inte finns något mer att upptäcka. Det är farligare än att prova."*

Flera respondenter tror inte att tolvstegsbehandling kommer att förändras i framtiden och de tror att behandlingsformen kommer att finnas kvar. Dessa påtalar att tolvstegsbehandling funnits så länge, visat sig fungera och överlevt alla andra trender som funnits genom åren. Några upplever att stegen och traditionerna kommer se lika ut i framtiden, att grundtanken inte kommer att förändras men att andra saker kommer att plockas in i behandlingen. Respondent (D) påtalar att vissa i behandlingsteamet för tillfället utbildar sig inom KBT, vilket ska kombineras med tolvstegsbehandlingen. En behandlare (G) tycker sig se en trend av att fler behandlingshem och även självhjälpsgrupperna i Sverige börjar fokusera på att arbeta mer troget i stegen och mer strikt efter Stora Boken. Respondent (A) tror att behandlingsverksamheter kommer att behöva öka sitt utbud med olika behandlingsmetoder för att överleva i framtiden. Några uttrycker att AA och NA inte når ut till alla grupper i samhället, till exempel är invandrarkvinnor en underrepresenterad grupp. Det framhålls att det i framtiden kanske kommer att bildas grupper på egna språk för olika etniciteter.

Flera behandlare identifierar några speciella grupper som kommer att innebära nya utmaningar i framtiden. Några urskiljer opiatmissbrukare som en svår grupp att behandla medan andra behandlare upplever att denna grupp är lika följsamma i behandling som andra. Samsjuklighet och ett ökat blandmissbruk är andra framtida utmaningar som omnämns. Behandlare (B) reagerar över att vissa småsaker borde korrigeras i AA:s ursprungstexter som härstammar från USA. Det står att alla oavsett ras är välkomna och i Sverige pratar man inte om raser. Respondent (E) talar om att man i verksamheten i framtiden funderar på att ha



speciella behandlingsgrupper för kvinnor, då de uppmärksammat ett behov av detta. Flera respondenter efterlyser och har också en förhoppning om att det kommer att utvecklas ett bättre samarbete mellan missbruksvården, psykiatrin och sjukvården och att personal inom sjukvården kommer att få mer utbildning i beroendeproblematik.

Respondent (G) anser att behandlingsverksamheter är skyldiga att prova innan ny kunskap förkastas, eftersom bästa möjliga utfall för patienterna eftersträvas. En behandlare (A) påtalar ett samhälleligt ansvar mot både patienten och skattebetalarna, att evidensgrundade metoder ska användas i behandling. Respondenten tror även att detta kommer att stramas upp i framtiden utifrån Socialstyrelsens riktlinjer och föreskrifter.

#### **4.4 Temaområde tre: attityder till läkemedel i behandling**

Detta temaområde innefattar behandlares attityder till Socialstyrelsens nationella riktlinjer angående rekommendationerna om läkemedel i kombination med psykosocial behandling.

##### **4.4.1 Revia, Campral och Antabus**

I riktlinjerna beskrivs Revia, Campral och Antabus ha god evidens i kombination med strukturerad psykosocial behandling vid alkoholmissbruk. Om dessa läkemedel används i behandling har efterfrågats, samt hur behandlare ser på användning av läkemedel i behandlingssyfte.

*D: ”Ja, det kan man få. Om någon frågar kan de få de preparaten. Det är jättebra till en början tycker jag att kunna ta till de här medlen just för att kunna få en grund att stå på.”*

*C: ”Nej, inte några sådana. I och för sig skulle man kunna göra det. Vi klassar inte dem som sinnesförändrande men det finns ingen anledning att ta dem när man är här.”*

Det finns stora skillnader när det gäller attityder till användandet av Revia, Campral och Antabus under behandlingstiden. Några respondenter anser att kombinationen av något av dessa tre läkemedel och tolvstegsbehandling är möjlig men att det inte förekommer hos dem i stor utsträckning. Flera respondenter tycker inte att medicinering under behandlingstiden inom slutenvården är nödvändigt och att detta i så fall ska sättas in vid hemgång. Generellt finns en större öppenhet för kombinerad behandling med Revia, Campral och Antabus bland de tolvstegsbehandlare som arbetar inom öppenvården. Det finns dock även behandlare

verksamma i slutenvård som är öppna för möjligheten. Flera beskriver en begränsad erfarenhet av dessa preparat och en (F) saknar helt erfarenhet. Respondent (A) påpekar att Antabus är förknippat med kontroll och ”vita knogar” inom tolvstegsrörelsen vilket är en metafor för att det enbart är viljestyrka som håller individen nykter. För en behandlare (F) är Antabus att jämföra med ”konstgjord andning” i väntan på behandling. En respondent (H) påpekar att de flesta dricker igenom Antabus och att de med dålig leverstatus inte kan använda preparatet av medicinska skäl. Något som framkommer är en större öppenhet inför användning av läkemedel hos de behandlare som har tillgång till medicinsk kompetens i behandlingsteamet. En annan åsikt (C) är att man kan tolka programmets ”villig att göra vad som helst” med att patienten kan inta antabus efter behandlingstiden som en säkerhet för att inte återfalla i alkoholmissbruk.

#### **4.4.2 SSRI-preparat vid depression**

SSRI är ett vanligen förekommande läkemedel vid ångest- och depressionstillstånd. Inom hälso- och sjukvården används i regel SSRI som förstahandsval när en individ har ångestsyndrom eller depressioner (Socialstyrelsen, 2007). Vad respondenterna anser om möjligheten till att inta SSRI under tolvstegsbehandling har efterfrågats.

*G: ”Är det ett kemiskt beroende att behöva äta antidepressiva, det kanske det inte är. Inte på det sättet som ett alkoholberoende som håller på att ta livet av folk. Det kanske räddar livet på dem. När det här programmet skapades på 1930-talet så var det nolltolerans men då hade man inte kommit så här långt med ADHD och antidepressiva mediciner.”*

*C: ”Om någon måste äta mediciner kan de inte komma hit. SSRI är sinnesförändrande och reglerar känslor.”*

*B: ”Jag känner att det finns en skam att prata om att man äter lyckopiller. Det är inte helt socialt accepterat trots att många ätit det. Man kan tänka att man inte jobbat tillräckligt med sitt tolvstegsprogram och det måste vara nåt fel på mig. Det finns en hel del fördomar i programmet, som det finns överallt.”*

Alla respondenter utom en (C) accepterar att patienter som har diagnosen ångest- eller depressionstillstånd medicinerar med SSRI- preparat under behandlingstiden. Den respondent som inte godtar detta menar att patienten inte kan komma i kontakt med sina känslor under medicinering med SSRI och därmed inte kan jobba med sin personlighetsförändring. Flera

framhåller att AA och NA förespråkar att individer inte ska använda några sinnesförändrande medel alls och att det blir ett annat program om de väljer att medicinera. Dock påpekar några respondenter att de själva inte är lika strikta utan mer tillåtande. Det råder delade meningar mellan respondenterna om huruvida SSRI är sinnesförändrande eller inte. Respondent (G) ställer sig undrande till hur AA skulle förhålla sig till kompletterande läkemedel om AA bildades idag med tanke på kunskapsutveckling inom området. Flera behandlare påpekar att de inte försöker påverka patienter som står på SSRI att sluta med det under behandlingstiden då de inte har den kompetensen. Respondent (B) beskriver att om patienter i förlängd behandling önskar avsluta pågående SSRI behandling, så hjälper man till att trappa ut, med stöd av behandlande läkare. Många respondenter beskriver symtom av depression och ångest som drogrelaterade, vilket innebär att dessa ofta försvinner efter en tids drogfrihet.

#### **4.4.3 Subutex och Metadon**

Läkemedelsassisterad behandling med Subutex och Metadon har visat sig ha god evidens i kombination med strukturerad psykosocial behandling vid opiatberoende. Både Subutex och Metadon är narkotikaklassade och beroendeframkallade. Frågor har ställts om vad respondenterna anser om att kombinera dessa preparat med tolvstegsbehandling.

*C: "Nej, det går inte att kombinera med tolvstegsbehandling. Jag ser det som droger. Man får väl göra antingen eller, endera det medicinska sättet eller det andra."*

*B: "Rädslan för att dö är så stark så att de ser detta som enda lösningen. Samtidigt ser jag också att sjukdomen är så stark, så om man kan få möjlighet att äta lite piller och ändå vara normal och att det är okej, så tror man att det kommer att bli bra. Det de snuvar sig själva på är att de inte får någon kick utan bara kommer att bli avtrubbade."*

*A: "Här spelar det ingen roll, det är en av styrkorna med att jobba individuellt. Det blir värre med till exempel Metadon i grupp."*

Attityder till Subutex och Metadon skiljer sig åt mellan de olika respondenterna. Endast en respondent (A) förklarar sig villig till att ta emot patienter med substitutionsbehandling. Det framhålls av flera att Subutex och Metadon är preparat som missbrukas på gatan och att många av deras patienter har en historia av att ha missbrukat dessa substanser, vilket anses försvåra användning av preparaten i behandlingssyfte. Några respondenter anser att

substitutionsbehandling helt går emot andemeningen i tolvstegsprogrammet och att en kombination av Subutex/Metadon och tolvstegsbehandling är omöjlig. Två respondenter tycker att behandling med Metadon och Subutex krockar med programmet men utesluter inte kombinationen i framtiden. Flera respondenter påtalar situationen i Finland där Subutexmissbruket uppges ha ersatt heroinmissbruket på gatorna. En respondent (H) påpekar att Subutex till en början inte ansågs ha någon missbrukspotential vilket idag har visat sig felaktigt och samma resultat befarar denne att Subuxone kommer att visa i framtiden. Två respondenter påtalar dock att det finns individer med mycket svår missbruksproblematik där Subutex- eller Metadonbehandling kan vara den enda möjligheten till ett dragligt liv.

Två behandlare anser att man skulle kunna tänka sig behandling med Subutex eller Metadon i kombination med tolvstegsbehandling om dessa patienter i så fall har gruppverksamhet för sig och inte blandas med dem som gör traditionell tolvstegsbehandling eller om tolvstegsbehandlingen utfördes enskilt. Flera respondenter påtalar att det är oroväckande att unga personer kan ges substitutionsbehandling, då behandlingen ibland kan bli livslång. Några nackdelar med substitutionsbehandling anses vara att patienterna blir avtrubbade, loja och slöa, tappar sexlusten och inte har tillgång till hela sitt känsleregister vilket anses krävas för att kunna tillfriskna. Respondent (G) drar paralleller till behandling av ADHD med Concerta vilket är ett amfetaminliknande preparat. Denna behandlare har goda erfarenheter av behandlingskombinationen men framhåller att det inte finns en diagnos bakom opiatberoendet som det gör vid ADHD och har därför svårare att tänka sig kombinationsbehandling med Subutex/Metadon och tolvstegsbehandling.

#### **4.4.4 Attityder till Socialstyrelsens nationella riktlinjer**

Riktlinjerna riktar sig främst till huvudmännen för missbruks- och beroendevården, socialtjänsten och landstinget. För samtliga respondenter är socialtjänsten en viktig remittent.

*G: ”Alla vi som jobbar här ska gå en utbildning om de nationella riktlinjerna. Vi har en styrelse men ovanför den sitter Socialstyrelsen och det är de som delar ut tillstånd till behandlingshem. Vi rättar in oss i ledet... Om det är så som riktlinjerna säger att det ger bättre resultat att jobba på det här sättet så betyder det också att vi kan hjälpa fler människor och då är vi skyldiga att prova. Sen om man märker att det här inte alls fungerar och det blir sämre då får man göra någon justering”*

Kunskapen om Socialstyrelsens riktlinjer varierar. Några behandlare är redan väl insatta och riktlinjerna var inte helt obekanta för någon. Utvärderingar och forskningsresultat anses viktiga men samtidigt framhålls tolvstegsbehandlingens långa tradition och goda resultat.

#### **4.4.5 NSAID-preparat**

NSAID är läkemedel utan beroendepotential. Frågor har ställts huruvida icke-beroendeframkallande läkemedel av typen NSAID accepteras under tolvstegsbehandling.

*H: "Missbrukare vill ha alla piller som går att få."*

När det gäller värkproblematik är NSAID- preparat accepterade av alla respondenter men dock i mycket begränsad omfattning av de flesta. I första hand används istället medicinfria alternativ som exempelvis akupunktur. Många respondenter påpekar att de alltid använder så lite mediciner som möjligt under behandlingstiden och att patienterna ofta vill ha så mycket läkemedel som möjligt, då det ofta hör till deras problematik och det är lätt att fokusera på annat än behandlingen. Flera respondenter framhåller svårigheterna när både utredd beroende- och smärtproblematik föreligger. Respondent (B) anser att behandling för beroendet inte kan utföras på ett bra sätt om smärtproblematiken är ett större problem än beroendeproblematiken. Några behandlare berättade att det hade förekommit att patienter under behandling på grund av svår smärta även hade medicinerat med smärtlindrande läkemedel som klassats som beroendeframkallande.

#### **4.4.6 Samsjuklighet**

Många av dem som är i behandling för alkohol- eller narkotikamissbruk har även en psykisk störning eller psykisk sjukdom. Vid samsjuklighet kan man behöva medicinera med psykofarmaka vilket kan klassas som sinnesförändrande inom tolvstegsrörelsen.

*H: "Vi måste, de är så sjuka."*

Den respondent (H) vars verksamhet riktade sig särskilt till individer med samsjuklighet berättar att användning av psykofarmaka är vanligt förekommande då psykisk sjukdom måste kunna behandlas som vilken annan sjukdom som helst. I detta avseende spelar det ingen roll att psykofarmaka kan betraktas som sinnesförändrande inom tolvstegsrörelsen, eftersom dessa individer behöver läkemedlen för att kunna fungera. En modifierad version av

tolvstegsbehandling fungerar även för denna grupp. Enskilda samtal används i större utsträckning och arbetsuppgifter kan utformas för att passa den enskilde individen.

Respondent (A) erbjuder behandling för individer med samsjuklighet och upplever inte några problem om patienter medicinerar då gruppverksamhet inte bedrivs.

Respondent (G) beskriver att det förekommer att individer med ADHD-diagnos medicinerar med Concerta under tiden för tolvstegsbehandling. I detta avseende menar respondenten att det är betydelsefullt med öppenhet i behandling och att man i behandlingsgruppen vågar prata om saker som kommer upp. När en patient medicinerar är det viktigt att detta inte hemlighålls. Respondenten har aldrig upplevt att det har varit något problem och att någon mår dåligt för att någon annan medicinerar. Om det skulle hända anser respondenten att det mer handlar om denne persons eget sug efter droger och att det är viktigare att prata om det i så fall. Att fokusera på andra kan annars bli en språngbräda för att undvika att ta ansvar för sig själv.

#### **4.5 Sammanfattning av de viktigaste fynden**

Samtliga respondenter anser att det viktigt att arbeta enligt AA:s Stora Bok, att följa de tolv stegen samt delta i självhjälpsgrupperna AA och NA. Detta kan anses vara kärnan i tolvstegsbehandling. Gruppverksamhet, eget tillfrisknande hos behandlare, patienternas eget ansvar, andlighet, sjukdomsbegreppet och anhörigas situation är andra faktorer som anses grundläggande inom programmet. De flesta respondenterna grundar sin tolvstegsbehandling på gruppverksamhet. En behandlare beskriver att grupp- och enskild behandling förekommer i lika stor omfattning och en behandlare har endast enskild behandling. Det finns skilda åsikter bland respondenterna när det gäller hur tolvstegsbehandling definieras. Några menar att det är möjligt att utforma en egen variant av tolvstegbehandling, där traditionella inslag blandas med nya metoder. Andra anser att detta skapar helt nya program och att man måste följa det traditionella konceptet för att behandlingen ska vara tolvstegsbehandling. När det gäller förändring i målgrupp framkommer att många respondenter anser att de arbetar med patienter som har en mer komplex problematik idag än tidigare, mer blandmissbruk, samsjuklighet och yngre patienter är sådant som nämns. Flera efterlyser ett närmare samarbete med psykiatri och sjukvård. Ekonomin har idag blivit ett viktigt styrmedel och kan även påverka hur behandling utformas. Några respondenter ser verksamhetsledning, Socialstyrelsen samt forskning och utveckling inom det sociala området som viktiga påverkansfaktorer.

När det gäller möjligheten till att kombinera tolvstegsprogrammet med farmakologisk behandling finns stora variationer mellan behandlarnas attityder. De behandlare som är verksamma inom öppenvården har generellt en mer öppen hållning till läkemedel i form av Revia, Antabus och Campral för alkoholister. En mer öppen hållning återfinns även hos dem som har tillgång till medicinsk kompetens i behandlingsteamet. De flesta anser att Metadon och Subutex inte går att kombinera med tolvstegbehandling. Några finner det möjligt om patienterna behandlas enskilt eller i särskilda grupper. Överlag skiljer sig uppfattningarna mellan behandlarna om vad som betraktas som sinnesförändrande läkemedel, alla utom en accepterar till exempel patienter som behandlas med SSRI under tolvstegbehandling.

## 5. Diskussion

Ideologi kan vara ett svårstuderat fenomen då ordet i sig antyder en åskådning eller en samling idéer vilket kan betyda olika saker för olika personer. Vissa gemensamma ideologiska grundpelare återfinns i studien men hur man praktiserar utifrån dessa kan variera. Tolkning sker på olika sätt av budskapen i AA:s Stora Bok. Detta kan i sig leda till ideologiska skillnader och differentierad praktik vilket tydligt framkommer när det gäller den splittrade synen på läkemedel och dess användningspotential inom tolvstegbehandling.

Studien kan ej anses återspegla hela Sveriges tolvstegskultur, dock kan resultatet påvisa att det sannolikt råder stora skillnader mellan tolvstegsbehandlares uppfattningar om vad tolvstegbehandling innebär och studien kan spegla några av dessa skillnader. Detta exemplifieras främst genom synen på möjligheten till att kombinera läkemedel med tolvstegsbehandling. Studiens resultat belyser vikten av att till exempel placerande socialsekreterare och kriminalvårdens inspektörer har god kännedom om de verksamheter som används, hur tolvstegsbehandling utföres på olika verksamheter, vad som skiljer dem åt och vilken målgrupp den specifika verksamheten är bäst lämpad att behandla. Resultatet kan även vara av intresse för tolvstegsinriktade verksamheter då skillnader som framkommit tyder på att tolvstegbehandling utförs på många olika sätt. Det torde vara av vikt för varje behandlingsenhet att ha en tydlig programbeskrivning där det framgår vilken kompetens som finns i verksamheten, vilken målgrupp behandlingen riktar sig till samt på vilket sätt man anser att verksamheten motsvarar Socialstyrelsens rekommendationer om vård- och behandling. Detta är viktigt även för patienterna själva att veta hur behandling utförs och vad som skiljer olika verksamheter från varandra.

I Richerts (2005) utvärdering av Process framgår att denna verksamhet inte preciseras som tolvstegsbehandling på grund av att behandlingen innefattar läkemedelsassisterad behandling, många individuella samtal och få konfrontativa moment, trots att den har betydande inslag av tolvstegsideologi. I denna studie framkommer att flera respondenter har betydande inslag av individuella samtal och få konfrontativa moment i sina verksamheter. En respondent kan dessutom erbjuda tolvstegsbehandling till individer med substitutionsbehandling. Alla i studien benämner dock sina verksamheter som tolvstegsbehandling vilket synliggör att det finns stora skillnader i hur tolvstegsbehandling definieras. Gordon Grimm (1995) påpekade att Minnesotabehandling ska vara utvecklings- och förändringsbar för att passa olika behov. Detta är något som uppmärksammas i studien då större delen av respondenterna uppvisar en stor vilja till att finna individuella lösningar som passar enskilda patienters specifika behov.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2007) belyses vikten av att intensitet och varaktighet gällande behandlingens utformning anpassas till enskilda individers behov. Idag är öppenvård en vanligt förekommande vårdform vilket kanske har lett till en minskning av antalet slutenvårdsplatser. Då en ökad komplex problematik bland patienterna framhålls av många i denna studie kan man fundera över om det ökade öppenvårdsutbudet i kombination med kommuners ansträngda ekonomi har minskat möjligheten för de mest utsatta patienterna att erhålla adekvat vård som anpassats efter deras specifika behov? Då sjukdomsbegreppet ännu inte till fullo accepteras i samhället i stort finns ofta en ”skyll-dig-självs”-mentalitet när det gäller missbrukare och deras rätt till vård och behandling.

I Segreaus studie (1994) framkommer bland annat att behandlingsteam med olika kompetenser är något som bör eftersträvas i behandlingsverksamheter. Något som visar sig i denna studie är att respondenterna upplever att patienterna inom missbruksvården idag har fått en mer sammansatt problematik. Detta kan särskilt urskiljas i slutenvården där blandmissbruk, psykisk ohälsa och allt yngre patienter är vanligt förekommande. De verksamheter som har individer med samsjuklighet i behandling kan behöva ha särskild kompetens i behandlingsteamet. Kanske är detta något som kommer att utvecklas mer i framtiden, att kompetensen inom behandlingsteamet kommer att utökas. Ett alternativ till denna spetskompetens skulle kunna vara ett närmare samarbete med psykiatri och hälso- och sjukvård, vilket både efterlyses i denna studie och framhålls i riktlinjerna.



I USA likaväl som i Sverige har traditionen varit restriktiv gällande läkemedelsassisterad behandling vid missbruk och beroende. Knudsen m.fl. (2005, 2007) påtalar att utbildning och praktik kan påverka denna syn. Inom sjukvården anammats ny forskning i större utsträckning än inom det sociala arbetet. Gällande Revia och Campral är erfarenheterna i denna studie generellt begränsade och när det gäller Subutex och Metadon är endast en respondent beredd att i nuläget ta emot dessa patienter. För att Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt annan forskning ska få genomslag i den existerande missbruksvården är det viktigt att både beställare och utförare har kunskap om de aktuella områdena, samt att deras åsikter belyses. Studien indikerar att det är betydelsefullt att fler och mer omfattande studier angående behandlares attityder och upplevelser utförs i Sverige. Många studier som finns på området är gjorda i andra länder och inte alltid helt enkla att direkt applicera på svenska förhållanden.

Hayes m.fl. studie (2004) pekar på att det kan vara svårt att finna tolvstegsbehandlare som är villiga till att arbeta med substitutionsbehandling. Detta är något som även uppmärksammats i denna studie där en övervägande del var mycket negativa till behandlingsformen. Beroende av utvecklingen både när det gäller antalet opiatmissbrukare och implementeringen av föreskrift (SOSFS 2004:8) kan detta i praktiken komma att påverka tolvstegsbehandlingen på olika sätt. Om man anser att ideologin är förändringsbar finns kanske möjligheten att tolvstegsbehandlare i framtiden kan komma att ställa sig mer positiv till detta, alternativt kan man tänka sig färre placeringar gällande opiatmissbrukare inom tolvstegsbehandling. Då riktlinjerna rekommenderar ett antal olika psykosociala behandlingsmetoder utöver tolvstegsbehandling kan detta innebära att socialsekreterare och andra remitterare kan komma att välja att placera patienter inom andra verksamheter. Huruvida underhållsbehandling med Subutex och Metadon strider mot andemeningen i tolvstegsbehandling är en viktig fråga att lyfta då substitutionsbehandling kan komma att öka. Då motståndet mot substitutionsbehandling är markant i denna studie tyder detta på att ytterligare studier behövs för att klarlägga möjligheterna till substitutionsbehandling i kombination med tolvstegsbehandling i framtiden.

Inom missbruksvården förekommer i dag både behandlingsgrupper för enbart män och för enbart kvinnor och även blandade behandlingsgrupper gällande kön. I framtiden kan man tänka sig att fler tolvstegsbehandlingar kommer att behöva särskilja kvinnor och män eller enbart inrikta sig på behandling för ett kön för att få kvinnliga patienter vilket även påtalades av flera i denna studie. En annan möjlig förändring kan vara tolvstegsbehandling inriktad mot

olika etniciteter med behandling på eget hemspråk. Riktade insatser till kvinnor och invandrargrupper efterfrågades i denna studie likaväl som i Segraeus (1994) studie.

Samtliga som medverkade i studien var verksamma i behandling som både tog emot alkohol- och narkotikamissbrukare. I riktlinjerna framgår att tolvstegsbehandling har evidensgrad ett vid alkoholmissbruk- och beroende men oklar evidens gällande narkotikamissbruk- och beroende. Bakgrunden är att det inte ännu finns tillräckligt mycket forskning på området, vilket vi menar bör prioriteras i framtiden. Dessutom upplever författarna riktlinjerna något otydliga, både vad gäller formuleringar och kategoriseringar gällande narkotikaområdet. Blandmissbrukare visas i denna studien vara en vanlig grupp och där speglar inte riktlinjerna den verklighet som råder då rekommendationer saknas, vilket även framhålls i riktlinjerna. För dem som placerar personer med beroendeproblematik i behandlingsverksamheter kan det bli en utmaning att välja behandlingsmetod efter evidens, då många behandlar individer med missbruk och beroende till både alkohol och narkotika idag.

De viktigaste fynden i denna studie är att trots att vissa ideologiska likheter föreligger så kan tolvstegsbehandling bedrivas på flera olika sätt. Det råder även delade meningar om hur tolvstegsbehandling definieras. Skillnader mellan olika behandlares uppfattningar har även identifierats gällande upplevelser av utvecklingsmöjligheter och utsikt till förändring i framtiden. Vissa tenderar att ha en större öppenhet till forskning, individuella lösningar och nya metoder. När det gäller Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård om läkemedelsassisterad behandling i kombination med psykosocial strukturerad behandling kanske de största skillnaderna mellan behandlares uppfattningar framkommer. Studien visar även att de läkemedel som rekommenderas i riktlinjerna ännu används i begränsad utsträckning, möjligen kan dessa patienter återfinnas inom andra behandlingsverksamheter. Studiens resultat ger indikationer på att mer forskning behövs på flera olika områden, framför allt gällande behandlares ideologiska uppfattningar. Hur implementeringen av Socialstyrelsens riktlinjer kommer att genomföras och fungera i praktiken blir intressant att följa i framtiden.

## Referenser

- Agerberg, M. (2004). *Kidnappad hjärna*. Lund: Studentlitteratur.
- Bogenschutz, M.P (2005). Specialized 12-Step Programs and 12-Step Facilitation for the Dually Diagnosed. *Community Mental Health Journal*, vol. 41, nr 1. pp.7-20.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. (2007). *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Rapport nr 107. Stockholm: CAN.
- Egerö, M.-A. (2005). *Mamma, barn och subutex*. Magisteruppsats. Stockholm: Institutionen för socialt arbete. Stockholms universitet.
- Foreman, R.F, Bovasso, G, Woody, G. (2001). Staff beliefs about addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 21, nr. 1, pp. 1-9.
- Gerdner, A., Sundin, Ö. (1998). Dubbel trubbel - Nya vinklingar på gamla problem. Kap.1.I A. Gerdner & Ö. Sundin (Red.), *Dubbel trubbel* (s. 13-26). Örebro: Statens Institutionsstyrelse och Behandlingshemmet Runnagården.
- Grimm, G. (1995). Att bygga och förändra Minnesotamodellen. I W. Runquist (Red.), *Minnesotamodellen. Ett trovärdigt behandlingsalternativ* (s. 8-12). Stockholm: Föreningen För Minnesotamodellen i Sverige.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bisett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., Byrd, M., Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*. Vol. 35, nr. 4, pp. 667-688.
- Halvorsen, K. (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Heilig, M. (2004). *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- Johansson, K., Wirbing, P. (2005). *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Knudsen, H.K., Ducharme, L.J., Roman, P.M., Link, T. (2005). Buprenorphine diffusion: the attitudes of substance abuse treatment counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 29, nr. 2, pp. 95-106.
- Knudsen, H.K, Ducharme, L.J, Roman, P.M. (2007). Research Network Involvement and Addiction Treatment Center Staff: Counselor Attitudes toward Buprenorphine. *American Journal on Addiction*, Volume 16, nr. 5, pp. 365 – 371.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundberg, H. (2005). *Tolv steg tillbaka till livet*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.
- Läkemedelsverket. (2008a). *Revia (naltrexon)*. [Elektronisk] Tillgänglig: [http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/MonographyPage\\_605.aspx](http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/MonographyPage_605.aspx) . Hämtad 2008-04-03
- Läkemedelsverket. (2008b). *Campral (acamprosate)*. [Elektronisk] Tillgänglig: [http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/MonographyPage\\_629.aspx](http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/MonographyPage_629.aspx) . Hämtad 2008-04-03.
- Läkemedelsverket. (2008c). *Antabus (disulfiram)*. [Elektronisk]. Tillgänglig: [http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage\\_1475.aspx](http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage_1475.aspx) . Hämtad 2008-04-03

Läkemedelsverket. (2008d). *Hearing om missbruk av Subutex*. [Elektronisk]. Tillgänglig: [http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage\\_7282.aspx](http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage_7282.aspx) Hämtad 2008-04-03

Läkemedelsverket. (2008e). *Förnyad utredning av NSAID-läkemedel*. [Elektronisk] Tillgänglig: [http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage\\_5347.aspx](http://www.lakemedelsverket.se/Tpl/NewsPage_5347.aspx). Hämtad 2008-04-03

Patel, R., Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

Richert, T. (2005). *Processen mot ett drogfritt liv. En utvärdering av Process, en läkemedelsassisterad öppenvårdsbehandling i Malmö för heroinister*. Institutionen för Hälsa och Samhälle. Malmö: Malmö Högskola.

Segraeus, V. (1994). *Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån en dialog forskare – praktiker*. Rapport nr 1. Stockholm: Statens institutionsstyrelse och I FOU enheten.

Sjukvårdsrådgivningen. (2008). *Campral/Läkemedelsinformation*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.sjukvårdsrådgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=24402> . Hämtad 2008-04-03.

Socialstyrelsen (2004). *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården*. IKB 2003. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Socialstyrelsen (2008). *Missbruks- och beroendevårdens öppenvård (ÖKART) – en nationell kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stefansson, G. (2006). *Remissvar till Socialstyrelsen angående Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.12.is/Remissvar.pdf> Hämtad 2008-04-18.

Thomas, CP., Wallack, SS., Lee, S., McCarty, D., Swift, R. (2003). Research to practice: adoption of naltrexone in alcoholism treatment. *Journal of substance abuse treatment* Vol 24, nr. 1. pp. 1-11.

Wahlström, S. (1995). Utvecklingen i Sverige: ett tioårigt perspektiv. I W. Runquist (Red.), *Minnesotamodellen. Ett trovärdigt behandlingsalternativ* (s. 13-17). Stockholm: Föreningen för Minnesotabehandling i Sverige FFMS.

Öjehagen, A. (1998). Samtidigt beroende och psykisk störning – en aktuell forskningsöversikt. I: A. Gerdner & Ö. Sundin (Red.), *Dubbel trubbel* (s. 27-38). Örebro: Statens Institutionsstyrelse och Behandlingshemmet Runnagården.

## Bilaga 1

### Brev till deltagare

Tack för att Du har visat intresse att delta i studie om tolvstegsbehandling!

Vad roligt och spännande att Du är intresserad av att delta i studien! Detta brev avser att närmare informera Dig om hur intervjun kommer att gå till samt att förtydliga syftet med studien. Vi vill också påpeka att Du när som helst, utan särskild förklaring, har rätt att avbryta Din medverkan, om Du så önskar.

Under intervjun är båda undersökarna närvarande, men en av oss kommer att mer aktivt ställa frågor, medan den andre intar en mer lyssnade roll och kan komma med följdfrågor. En MP3 voice-recorder kommer att användas för att spela in intervjun. Detta möjliggör att vi kan lyssna igenom intervjun flera gånger inför analysarbetet. Inspelningen gör likaså att vi inte behöver föra minnesanteckningar för hand, vilket förkortar tiden för intervjun.

Tolvstegsbehandling har funnits i Sverige i mer än tjugo år och har visat goda resultat i flera studier. Behandlingen är idag vanligt förekommande och spridd över stora delar av landet. Denna studie syftar till att belysa gemensamma drag och specifika variationer mellan olika behandlares upplevelser när det gäller själva ideologin eller grundtanken i behandlingen. Ett annat syfte är att undersöka om man har upplevt att tolvstegsbehandlig har förändrats på något sätt över tid. Ytterligare ett syfte är att undersöka hur behandlare upplever Socialstyrelsens (2007) rekommendationer i de nya Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården, t.ex. när det gäller struktur i behandling samt kombinerad psykosocial och medicinsk behandling av beroende.

Studien kommer att publiceras som ett examensarbete i ämnet Socialt arbete och blir därmed ett offentligt dokument på Mittuniversitetet. Publiceringen sker med respekt för deltagarnas konfidentialitet. Ditt namn och namnet på den verksamhet där Du arbetar kommer därför ej att framgå i uppsatsen.

Om Du har frågor eller funderingar så nås vi på följande telefonnummer och e-postadresser:

Kristin Brun; *Telefonnummer har tagits bort i denna bilaga*  
[krbr0500@student.miun.se](mailto:krbr0500@student.miun.se)

Sara Söderberg; *Telefonnummer har tagits bort i denna bilaga*  
[saso0501@student.miun.se](mailto:saso0501@student.miun.se)

Vänliga Hälsningar från Kristin och Sara!

## Bilaga 2

### Intervjuguide

#### Teman:

1. **Kärnan, ideologin eller grundtanken inom tolvstegsbehandling**
2. **Förändring av ovanstående – dåtid, nutid, framtid**
3. **Dagens rekommendationer om vissa läkemedel i kombination med psykosocial behandling; hur ser man på det inom tolvstegsbehandling?**
  - *likheter eller olikheter mellan behandlares uppfattning i alla teman*

#### Viktiga forskningsfrågor:

##### **Tema 1: Tolvstegsbehandlingens kärna - ideologi**

Finns en ideologisk samsyn mellan olika behandlare?

Finns en ideologisk samsyn mellan olika verksamheter? (Gemensamma drag och specifika variationer)

##### **Tema 2: Förändring av ideologi - utvecklingsmöjligheter**

Kan tolvstegsbehandling förändras och vad kan *påverka* till förändring?

Har ideologin förändrats över tid?

##### **Tema 3: Aktuell forskning – i form av nationella riktlinjer där läkemedelsbehandling rekommenderas i kombination med strukturerad psykosocial behandling.**

Hur är tolvstegsbehandlares inställning till kombinerad behandling med läkemedel när det gäller: Antabus, Revia, Campral, Subutex, Metadon, NSAID, SSRI ?

Kan man medverka på AA/NA-möten om man behandlas med Antabus, Revia, Campral, Subutex, Metadon -ev. NSAID, SSRI ?

#### **Introduktion till intervjun:**

Intervjuaren börjar med att ge en kort bakgrund till intervjun. Informanten blir informerad om syftet med intervjun, hur lång tid intervjun beräknas att ta och att intervjun kommer att spelas in. Informanten påminns om sin rätt att avbryta sin medverkan när som helst. Informanten ges möjlighet till att ställa frågor innan intervjun inleds.

#### **Inledande frågor:**

- Kan du berätta lite kort om verksamheten.
- Till vilken målgrupp vänder ni er till? (olika former av missbruk/olika kön)
- Vilken utbildning har du?
- Hur länge har du arbetat på denna arbetsplats?
- Har du arbetat som tolvstegsbehandlare inom flera olika verksamheter?

Forskningsfråga	Intervjufråga	Ev. Följdfrågor
Finns en ideologisk samsyn mellan olika behandlare?	<p><b>Vad upplever du att det är som gör tolvstegsbehandlingen unik?</b></p> <p><b>Vad är det viktigaste i tolvstegsbehandlingen?</b></p> <p><b>Förekommer det att behandlare har olika syn på vad tolvstegsbehandling innebär?</b></p>	Kan du berätta mer?
Finns en ideologisk samsyn mellan olika verksamheter? (Gemensamma drag och specifika variationer)	<p><b>Är det något speciellt du vill framhålla i tolvstegsbehandlingen här på xx?</b></p> <p><b>Har tolvstegsbehandling utförts på samma sätt på de olika verksamheter där Du arbetat?</b></p> <p><b>Är det viktigt att ha en gemensam behandlingsfilosofi inom behandlingsteamet?</b></p> <p><b>Är det viktigt att behandlingsteamet rymmer personer som själva har erfarenhet av eget tillfrisknande med hjälp av tolvstegsprogrammet?</b></p>	Genusperspektiv?
Kan tolvstegsbehandling förändras och vad kan <i>påverka</i> till förändring?	<b>Upplever du att det finns något som kan influera och påverka tolvstegsbehandlingen?</b>	Vad, på vilket sätt och vad tänker du kring det?
Har ideologin förändrats över tid?	<p><b>Känner Du till om tolvstegsbehandlingen har förändrats?</b></p> <p><b>Har Du själv upplevt att tolvstegsbehandlingen har förändrats ?</b></p> <p><b>Tror Du att behandlingen kommer att se lika ut i framtiden?</b></p>	På vilket sätt? När då? Vad tänker du att det berodde på?

<p>Tolvstegsbehandlares inställning till kombinerad behandling med läkemedel: Antabus, Revia, Campral, Subutex, Metadon, NSAID, SSRI.</p>	<p><b>Används campral, revia och antabus som kompletterande behandling hos er?</b></p> <p><b>Om en patient hos Er har depression, ångest eller fobier, anser du att det är okej att patienten medicinerar med SSRI-preparat?</b></p> <p><b>Om en patient har problem med smärta, anser du att det är okej att medicinera med icke beroendeframkallande medicin mot värk?</b></p> <p><b>Vad anser du om möjligheterna till substitutionsbehandling (subutex, metadon) i kombination med tolvstegsbehandling?</b></p>	<p>Berätta mer. Har det betydelse i vilken fas i behandlingen patienten befinner sig i när det gäller användandet av dessa preparat?</p> <p>Spelar ett läkemedels beroendepotential in när det gäller möjligheterna till att använda dessa?</p> <p>Går det att kombinera detta om grupperna inte är blandade, utan enbart deltagare i substitutionsbehandling?</p>
<p>Kan man medverka på AA/NA-möten om man behandlas med Antabus, Revia, Campral, Subutex, Metadon -ev. NSAID, SSRI</p>	<p><b>Vad är din uppfattning om möjligheter för individer att medverka i självhjälsgrupper (AA/NA) när de samtidigt medicinerar med något av de preparat vi diskuterat?</b></p>	<p>Är det skillnad på vilka läkemedel individen använder i detta avseende?</p>

### Avslutning:

Intervjun avslutas med en kort resumé av huvuddragen av intervjun, vilket intervjupersonen också kan ge feedback på. Informanten ges möjlighet att ställa frågor och göra förtydliganden osv. När intervjun är över tillfrågas informanten om intervjuaren kan återkomma via telefon eller e- post vid eventuella kompletterande frågor.