

MAGISTERUPPSATS
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2007:1

Kvinnor med kodeinmissbruk
En fenomenografisk studie om kodeinmissbrukande kvinnors uppfattning av
missbruket.

MARIE-LOUISE LITZÉN



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Kvinnor med kodeinmissbruk. En fenomenografisk studie om kodeinmissbrukande kvinnors uppfattning av missbruket.

Författare: Marie-Louise Litzén

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Fördjupningsnivå 2, 10 poäng

Kurs: Fristående kurs

Handledare: Maria Nyström

Examinator, datum och underskrift (uppsatsen godkänd)

.....
Datum

Namn

Namnförtydligande:

Sammanfattning

Bakgrund och problemformulering. Allt fler kvinnor, främst unga kvinnor, använder smärtstillande tabletter med kodein. Kodein har en centralstimulerande effekt och ger förutom smärtlindring och avslappning ett behagligt lugn. Kodein har en stark beroendeframkallande potential med snabb toleransökning, vilket innebär att det är lätt att bli beroende av tablettarna. Forskning visar att kvinnor tar värktabletter för ångest, sömnproblem och i sista hand värk som egentlig anledning till att använda receptbelagda värktabletter. Effekten av kodein innebär bland annat att kroppen efterhand slutar tillverka egna endorfiner. Kunskap om hur kvinnor med kodeinmissbruk uppfattar sitt missbruk är bristfällig och få studier finns presenterade.

Syfte Syftet med studien är att beskriva kodeinberoende kvinnors uppfattning av missbruket.

Metod Den metod jag använt mig av i studien är fenomenografi. Studien bygger på sju intervjuer.

Resultat Resultatet av studien innebar följande fem kategorier av uppfattningar: Kodeinmissbruket är ansvarsbefriande. Kodeinmissbruket är ångestdämpande. Kodeinmissbruket är behovsreducerande. Kodeinmissbruket är en skam. Kodeinmissbruket är en sorg.

Diskussion Här förs ett resonemang från resultatet kopplat till bakgrunden med tidigare forskning. Vidare förs i diskussionen ett resonemang av resultatet kopplat till vårdvetenskap. Studien visar att kvinnor med ett missbruk av kodeintabletter är en heterogen grupp som har många uppfattningar om upplevelsen av missbruket. Slutsats: Kvinnorna måste ses i sitt livsvärldsperspektiv. Alla kvinnor har sin egen historia som de bör ges möjlighet att berätta för en behandlare med kunskap och intresse av målgruppen.

Nyckelord: Kvinnor, beroendeproblematik, kodein samt fenomenografi.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Beroende.....	1
Analgetika.....	3
Opiatberoende.....	4
Tidigare forskning.....	4
Sammanfattning av tidigare forskning.....	8
Problemformulering.....	8
Syfte.....	8
Metod.....	8
Livsvärldsperspektiv.....	8
Datainsamling.....	9
Förförståelse.....	9
Riktadhet.....	10
Deltagare.....	10
Dataanalys.....	11
Etiska aspekter.....	11
Resultat.....	12
Kategori A. Kodeinmissbruket är ansvarsbefriande.....	12
Kategori B. Kodeinmissbruket är ångestdämpande.....	13
Kategori C. Kodeinmissbruket är behovsreducerande.....	14
Kategori D. Kodeinmissbruket är en skam.....	15
Kategori E. Kodeinmissbruket är en sorg.....	16
Diskussion.....	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	18
Praktisk tillämpning.....	21
Slutsats.....	22
Referenser.....	23
Bilaga	

Inledning

I litteratur om missbruk finns mycket beskrivet om alkohol, narkotika samt läkemedelsmissbruk av bensodiazepiner. Litteraturen skriver litet om iatrogen narkomani av kodeinpreparat vilket innebär att narkomanin är oönskad följd av medicinsk behandling. Vad beror det på? Finns det inga personer som missbrukar kodeinpreparat? Handlar det om genusperspektiv? Fler kvinnor än män använder smärtstillande tabletter (Vikander, 2002). Är patientgruppen inte intressant? Är patientgruppen inte viktig? Tidskriften Ny Medicin publicerade en rapport 2003 som redovisar att en av tio unga tar värktabletter varje dag (i Vikander, 2002). En psykiatrisk öppenvårdsmottagning för kvinnor med beroendeproblematik av alkohol och eller tabletter redovisar år 2005 att gruppen analgetikaberoende är 19,8 % av klinisk grupp. Således nästan var femte patient.

I mitt arbete som psykiatrisjuksköterska på en öppenvårdsmottagning inom Beroendekliniken möter jag kvinnor med ett beroende av värktabletter med kodein. Kvinnorna har ofta blivit ordinerade värktabletter i samband med somatisk sjukvård, och har mer eller mindre snabbt hamnat i ett beroende av tabletterna. När missbruket blir uppenbart remitteras kvinnorna ofta till Beroendekliniken. Kvinnorna känner sig svikna av sjukvården och känner sig många gånger främmande på en missbruksmottagning. Kvinnorna erbjuds behandling på öppenvårdsmottagningen i form av: tablettnedtrappning, samtalsbehandling och vid behov arbetsrehabilitering. Flera kvinnor lyckas bli fria från sitt kodeinmissbruk men många kvinnor misslyckas. Erfarenheterna från öppenvårdsmottagningen visar att kodeinmissbruket är svårbehandlat. Beroendet av kodein är svårt att bryta. Effekten av kodein gör att kvinnorna ter sig avstängda och därmed svåra att nå i klinisk praktik. Detta skapar en nyfikenhet då få studier finns och jag undrar vad man kan göra för att bättre möta kvinnorna.

Bakgrund

I bakgrunden fokuseras på beroende, analgetika, opiatberoende samt tidigare forskning.

Beroende

Psykologiska faktorer kopplade till risk att utveckla missbruk, kan i hög grad relateras till brister i det tidiga omhändertagandet och till personlighetsdrag som utvecklas ur dessa bristupplevelser. De som löper störst risk att utveckla ett missbruk har ofta upplevt brister i omhändertagandet under uppväxten (Spak, 2001). Misshandel, sexuella övergrepp och psykiska problem är vanligare hos föräldrar som missbrukar än hos personer som inte utvecklar ett missbruk. Att växa upp som barn till missbrukare är också en stor riskfaktor. Barn imiterar vuxnas beteende och övertar lätt vuxnas inställning till droger. Barn till missbrukare riskerar dessutom att uppväxtvillkoren skapar så stora känslomässiga brister i den psykiska utvecklingen att detta i sin tur ökar risken för eget missbruk (Alborn, i Leissner m.fl. 1997).

Kontinuitet i relationen till kärleksfulla föräldrar kan vara en förutsättning för att kunna etablera en tillitsfull relation till omvärlden. Kontinuiteten bryts ofta av föräldrar som missbrukar. Bristen på tillit kan t ex bero på en tidig upplevelse av att man bara har sig själv att lita till. För att skydda sig från upplevelsen av utsatthet skapar barnet sig en illusion av osårbarhet, storhet eller överlägsenhet, som vid utvecklandet av "narcissistiska"

personlighetsdrag. Sådana narcissistiska drag kan spela en framträdande roll vid utvecklandet av missbruk (Täkhä, 1979)

Institutionen för socialt arbete (Skårner, 2006, i Fahlke & Melin, 2006-2007) beskriver ”navigeringsstrategier” som utvecklas i samspel mellan budskap i omgivningen, egna erfarenheter och möten med andra. Att använda droger beskrivs som en individuell fråga, men hur man använder dem förefaller vara en fråga om kulturell tillhörighet. De s.k navigeringsstrategierna korrigeras allteftersom individen handskas med det egna livsprojektet och det man möter i omvärlden. Både att avstå från och använda droger kan utgöra ett led i identitetsskapandet. Navigeringen flätas in i levnadsprocessen i övrigt. Vägen mot vuxenlivet inbegriper såväl öppningar som spärrar i förhållande till droganvändande. Drogbruk förefaller ha karaktären av ett parentesbeteende, ett tillfälligt inslag kopplat till kulturell identitet. Sett i ett längre perspektiv är det inte en livsstil som passar in i ett etablerat vuxenliv. Ett annat mönster pekar på att utvecklingen också kan ta en mer destruktiv vändning. Individens självbild, systemet av relationer, samhälleliga och kulturella inflytanden samt drogens tillgänglighet samspelar på ett komplext vis för att driva utvecklingen framåt. Det individen gör idag t.ex använda droger kan vara något som sker nu, det kan vara något som individen lämnar senare men det kan också vara början på en missbrukskarriär.

Företagsekonomiska Institutionen i Göteborg studerar utveckling av organisation och praktik i missbruksvård (Lindberg, 2002 i Fahlke & Melin, 2006-2007) Bakgrunden är att 1990-talet blev ett decennium som kom att präglas av ekonomisk nedgång och stora besparingar inom den offentliga sektorn. Detta har fått konsekvenser för missbruksvården. Resurser för vård och behandling har skurits ned för både öppen och institutionsvård. Samtidigt har användningen av narkotika ökat markant. Regeringen har därför tillsatt en nationell narkotikapolitisk samordnare och inrättat ett kansli som kallas ”Mobilisering mot narkotika” som bl.a har till syfte att stödja metodutveckling för att stärka och förbättra innehåll, kvalitet och sammanhang i insatser som ges missbrukaren.

Beroende biologiskt: I hjärnan kommunicerar nervcellerna huvudsakligen med varandra via sk signalsubstanser (neurotransmittorer). Forskarna har huvudsakligen studerat dopamin, noradrenalin och serotonin. Gällande dopamin är funktionen nedsatt hos alkoholberoende individer och tycks även gälla för andra beroendeframkallande substanser. Dopamin –D2 receptorer finns i hjärnans belöningssystem i ett område som kallas nucleus accumbens. Nedsatt dopaminfunktion i hjärnans belöningssystem kan tänkas göra individer sårbara (predisponera) för droganvändning, eftersom i stort sett alla beroendeframkallande substanser ökar dopaminaktiviteten och därmed normaliserar underfunktionen i hjärnans belöningssystem (Balldin och Gottfries, 1984 i Fahlke & Melin 2006-2007).

Beroende enligt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994): Kriterier för beroende enligt DSM-IV föreligger om tre eller flera av nedanstående kriterier är uppfyllda under en och samma 12-månadersperiod: **1.**Tolerans som kommer till uttryck i antingen - behov av större dos för samma effekt eller påtagligt minskad effekt vid samma dos. **2.** Abstinens som kommer till uttryck i antingen för drogen specifika symtom vid avbruten tillförsel och/eller intag av drog eller korstolerant drog för att lindra/ta bort symtom. **3.** Intag av större mängd eller under längre tid än vad som avsågs. **4.** Varaktig önskan, eller

misslyckade försök att minska/ kontrollera intag. **5.** Betydande andel av livet ägnas åt att införskaffa, konsumera och hämta sig från användning av drogen. **6.** Viktiga aktiviteter (socialt, yrkesmässigt, fritidintressen) ges upp eller minskas på grund av droganvändningen. **7.** Fortsatt droganvändning trots vetskap att den har orsakat eller förvärrat fysiska eller psykiska besvär av varaktig eller återkommande natur.

Analgetika

Analgetika med kodein används vid flera olika smärttillstånd bland annat inom barnsjukvård, cancervård, vid svåra diarrétillstånd, fibromyalgi, migrän samt vid ryggsmärtor. De mest förskrivna värktabletterna innehåller kodein och dextropropoxifen. Några vanliga läkemedel är Treo-Comp, Citodon, och Distalgesic. Tabletterna innehåller ämnen som har en viss centralstimulerande effekt och ger förutom smärtlindring, avslappning ett behagligt lugn. En snabb toleransutveckling sker för såväl euforigivande som övriga opiateffekter och kan snabbt nå en nivå med mångfaldigt högre doser och plasmakoncentrationer än vad som initialt krävs för att uppnå en viss effekt (Läkemedelsboken 2005/2006). Kodeinet i tablett omvandlas i kroppen till morfin. En vanlig dygnsdos vid smärta är sex till åtta tabletter. Fyra tabletter innehåller motsvarande 120 milligram kodein. Omvandlat i kroppen kan det räknas om till tio milligram morfin. Enligt FN:s Narkotikakonvention klassas idag som narkotika 100 milligram kodein, vilket innebär att redan vid en dos på tre tabletter är patienten uppe i narkotikaklassad koncentration.

Apotekbolagets försäljningsstatistik för åren 2000-2004 visar dock på en minskning gällande kodeinkombinationer som *Treo-Comp*, *Citodon* samt *Somadril*. Däremot ses en närmast hundra procentig ökning av preparatet *Tramadol* under samma tidsperiod. Tramadol har uppgivits ha en lägre risk för tillvänjning. Medlet har lanserats initialt främst som en hämmare av serotonin- och noradrenalinåterupptag, men har en betydande opioid aktivitet, framför allt genom en aktiv metabolit. Tramadol har därmed en klar missbrukspotential (Läkemedelsboken 2005/2006). Således minskar några preparat i försäljningsstatiken medan andra preparat med liknande verkan skjuter i höjden. Ett missbruk av smärtstillande läkemedel innehållande kodein ger utsättningssymtom som opiatabstinens, enligt Vikander (2002) helt jämförbar med en heroinabstinens.

Läkemedelsboken 2005/2006 ger viktiga rekommendationer för att undvika beroende av läkemedel: Den farmakoterapeutiska återhållsamhetens ABC innebär att restriktivitet bör råda vid förskrivning av analgetika av centralt verkande slag, bensodiazepiner - barbiturater och centralstimulantia. Risken för beroende hos en enskild patient måste värderas före behandlingsstart. Använd i första hand icke beroendeframkallande läkemedel om sådana kan vara ändamålsenliga. Den läkare som initierar behandlingen måste tillse att en behandlingsplan finns och följs. Den läkare som ordinerar ett beroendeframkallande läkemedel har också det fortsatta behandlingsansvaret till dess detta överlämnats till kollega. Beroendenaspekten bör fortlöpande beaktas under behandlingens gång. Om ett beroende uppstått skall adekvat behandling initieras och följas.

Tidningen *Läkemedelsvärlden* (2003) jämförde data från *Apoteksbolagets* statistik med data om socioekonomisk status hos invånare i olika geografiska områden. Av de fem största läkemedelsgrupperna kunde endast antibiotika-användningen kopplas till bättre

socioekonomiska förhållanden. I områden med färre välutbildade personer användes däremot mer läkemedel mot sjukdomar i cirkulationsorganen och nervsystemet. Tydligast var detta för nervsystemets sjukdomar och då framför allt kodein och bensodiazepiner. I Malmö och Göteborg var användningen av kodein väsentligt högre än i övriga Sverige. Medelålders kvinnor var de största användarna, och i Malmö föreskrevs mest kodein av privata läkare. En förklaring enligt tidningen Läkemedelsvärlden kan vara hög läkartäthet i dessa områden. I Malmö finns dessutom hög andel privata förskrivare.

Opiatberoende.

Ett dilemma med analgetika/kodeintabletter är att de förskrivs av läkare mot smärta men redan vid "normaldos" på 6-8 tabletter är brukaren uppe i narkotisk dos. Ett ytterligare dilemma kan därför bli, Vad är bruk? Vad är missbruk? Vad är beroende?

Om kroppen vänjer sig vid en viss mängd kodein slutar det egna endorfinet att produceras. Det gör att abstinensen blir mycket stark. Opiatabstinens präglas enligt DSM-IV av: Dysforisk sinnestämning, illamående och kräkningar, muskelvärk, ökat tårflöde eller rinnande näsa, vidgade pupiller, gåshud eller svettning, diarré, gäspningar, feber och sömnsvårigheter (Läkemedelsboken 2005/2006).

De nationella målen för narkotikapolitiken innebär bl. a att fler personer med opiatberoende ska få vård mot sitt beroende för att upphöra med sitt missbruk (SOSFS 2004:8). Vidare skriver Socialstyrelsen att opiatberoende patienter har rätt till god vård, som innefattar evidensbaserad behandling. Läkemedelsboken 2005/2006 skriver att analgetika som är centralt verkande har en uppenbar beroendepotential genom sin förmåga att aktivera opiatreceptorer. Kodein är det klassiska exemplet i denna grupp och i Sverige föreslås det nu bli klassificerat som narkotikum.

Tidigare forskning

När jag sökte efter tidigare forskning om kvinnor med kodeinberoende visade det sig att ämnet är tämligen obeforskat och få tidigare studier belyste kvinnor som har ett analgetikamissbruk och deras upplevelser. Kommande presentation fokuserar därför mer till studier som gränsar till och berör delar av området.

I en norsk studie av Torper och Steine (2004) genomfördes fokusgruppintervjuer med 27 tidigare brukare av kodeinhaltig analgetika och bensodiazepiner. Av de 27 tidigare brukarna var 20 kvinnor. I studien ville man ta tillvara brukarnas upplevelse av seponering av beroendeframkallande läkemedel. Studien visade att medicinbruket påverkar självbilden, relationer samt initiativ och engagemang för omgivningen. En kvinnlig brukare uttryckte att hon levde ett dubbelliv. Å ena sidan sa hon att hon inte använde läkemedel å andra sidan blev livet fyllt av lögner, självförakt och dåligt självförtroende. Studien visade vidare att brukarna ansåg sig underprioriterade av sjukvården i förhållande till alkohol och narkotikamissbrukare både när det gällde intresse och kompetens. Efter seponering av mediciner uttryckte en deltagare " *Jag känner att jag bestämmer, det är inte medicinerna som bestämmer. Jag har sekrat över medicinerna och det känns som en pånyttfödelse*". De flesta brukarna i studien

uttryckte att de hade fått bättre kontakt med närstående efter seponering. Flera brukare beskrev också ökat engagemang och ökat fysiskt välbefinnande. En fokusfråga handlade om hur brukarna upplevde mötet med läkaren, erfarenheter och förväntningar? En man med svår ångest uttryckte ” *Det gör dig inte stark att bara möta snälla människor. Det gör dig stark att möta någon som ställer små krav på dig så att du kan få återkoppling på att du är duktig du också*”. Flera brukare uttryckte också att det var lätt att få vanebildande mediciner när de egentligen önskade sig något annat som tex stöd, samtal och personlig kontakt. De flesta brukarna i studien rapporterade att de psykiska symtomen till slut försvann, vilket forskarna i studien tolkade som att det var psykiska symtom till följd av medicineringen. Slutsatsen forskarna drar är att det är möjligt att sluta med vanebildande mediciner själv efter många års bruk och att seponering kan ge stor vinst i form av ökat självförtroende och självbestämmande.

I en engelsk studie av Cowan, Allen och Griffiths (2000) görs en pilotundersökning av 22 kroniska värkpatienter som får opioider för värk. Författarnas frågeställning är om det finns några allvarliga biverkningar däribland missbruk förknippat med långtidsbehandling av opioider. Patienterna deltog i en tio dagar lång medicinsk undersökning. Därefter intervjuades patienterna efter ett frågeformulär och följdes sedan upp per telefon sex månader senare med samma frågeformulär. Ett år senare gjordes en ny medicinsk undersökning. Patienternas värk representerades av ryggvärk, värk i de nedre extremiteterna samt magsmärter. Övervägande delen bestod av ryggvärk, drygt hälften av patienterna var kvinnor. Medelåldern på patientgruppen var 55 år. Resultatet visade att patienterna inte upplevde några större biverkningar. Författarna hittade ingen evidens för missbruk. Tvärtom hade fem patienter glömt ta sin medicin. De flesta patienterna utvecklade tolerans mot opioideffekter såsom snuva och trötthet. Däremot var obstipation en biverkning som kvarstod. Författarna kommer att göra ytterligare studier i ämnet då få studier finns. I denna studie finner således forskarna ingen evidens för beroende trots tablettens beroendeframkallande potential. Forskarna lyfter istället fram att brukare glömmar ta tabletter medan i Torper och Steines studie (2004) brukarna uttrycker att det är medicinen som bestämmer över brukaren.

I en annan norsk studie av Kongsgaard, Bell och Breivik (2005) belystes svårigheten att smärtlindra patienter med långvarigt opioidmissbruk eller narkotikamissbruk. Hos smärtpatienter med läkemedelsmissbruk kan annars goda behandlingsupplägg reducera effekten av smärtlindringen och förvärra en redan komplex smärta. Normalt kan patienter skilja mellan smärta, ångest och andra former av psykiskt obehag samt stress. Detta är inte lika enkelt för läkemedelsmissbrukaren. Författarna fann det viktigt att värdera följande faktorer hos kroniska smärtpatienter: Har patienten eller använder patienten illegala läkemedel eller droger? Framkommer kriminalitet för att förskaffa läkemedel eller droger? Har patienten obehandlad smärta eller obehandlad psykisk problematik? Finns det relationsproblem i familjen eller relationsproblem för övrigt? Litteraturstudien och kliniska fynd visade att både kroniska smärtpatienter och narkomaner dessvärre blir stigmatiserade, underdiagnostiserade och underbehandlade av sjukvårdspersonal. Samtidigt som det kan tänkas att vissa narkomaner i vissa situationer blir överbehandlade med smärtlindring på oklar indikation på grund av stark press från patienten. Vidare har dessa patienter en högre förekomst av andra sjukdomar som än den ena än den andra ligger bakom smärtan. Tidigare läkemedelsmissbruk och narkotikamissbruk räknas av många som en kontraindikation för bruk av opioider vid svår smärta. Författarna menar att detta absolut inte kan vara en kontraindikation då tidigare erfarenheter visar att läkemedelsmissbrukare kan hjälpas av

opioidbehandling. Författarna menar att det gäller att hitta balansen mellan risk för ytterligare läkemedelsmissbruk och god smärtlindring. Icke-farmakologisk behandling som sjukgymnastik och elektrostimulering kan användas men har ofta begränsad effekt hos läkemedelsmissbrukare. Författarnas slutsats blir att läkemedelsmissbrukare och narkomaner med akuta eller kroniska smärtor kräver tät uppföljning och stor insats från behandlarna. Det avgörande för att lyckas är att patienternas behandlingsupplägg diskuteras i tvärprofessionellt forum för att få struktur och en helhetssyn på patienten. Denna studielyster fram på samma sätt som Torper och Steines (2004) studie fram den stigmatisering personer med kodeinberoende upplever. Kongsgaard, Bell och Breivik (2005) menar också att det är en svårighet att smärtlindra patienter med kodeinmissbruk.

Brukarna i Torper och Steines (2004) studie belyser att de egentligen önskar stöd, samtal och personlig kontakt istället för medicin vilket också Kongsgaard, Bell och Breivik (2005) visar på. De skriver att det är viktigt med tät uppföljning och stor insats från behandlarna för målgruppen. Kongsgaard, Bell och Breivik (2005) förordar därför tvärprofessionella forum för att få en struktur och helhetssyn på patienten.

En amerikansk studie av Michna et al (2004) visar att vissa personer som får opioider för smärta utvecklar ett missbruk. Författarna menar att det är viktigt att identifiera de individer som har potential till missbruk. Dessa individer är opioidkrävande och tar mer medicin än ordinerat. Författarna menar att det beror på biologiska faktorer, familjehistoria med missbruk, temperament, miljö och tillgång till droger. Författarna hänvisar till en checklista för att försöka hitta dessa individer. Checklisten innefattar fem kriterier för att få fokus på opioidmissbruk: Mönster att komma på återbesök innan medicinen är slut, många telefonsamtal eller oväntade återbesök, borttappade eller stulna recept samt opioider från flera läkare så kallad randmedicinering. Studien involverade 145 patienter varav drygt hälften var kvinnor som använde opioider för ryggsmärta. Patienter som visar hög risk för missbruk utifrån checklisten visade också signifikant hög frekvens på rapporterad psykisk ohälsa och bilolyckor. De flesta av dessa patienter var storrökare som tog sin första cigarett inom loppet av den första vakna timmen på dagen. Dessa patienter tog högre doser opioider än övriga i studien och rapporterade sämre smärtlindring. Författarna fann överraskande att 70 % av patienterna hade en familjehistoria med alkoholproblem eller droger. Författarna menar att detta kan väcka frågan om patienter som ordinerar opioider sannolikt har en familjemedlem med beroendeproblematik. Studien visar att en checklista med liknande frågor kan vara värdefull för att upptäcka potentiella opioidmissbrukare när de medicinerar med opioider för smärta. Denna studie lyfter också fram den beroendeframkallande potential som kodein har liksom Torper & Steine (2004). Forskarna i studien går vidare med att undersöka vilka brukare som blir beroende och finner att närmare 70 % av brukarna har en familjehistoria med alkohol och droger.

En belgisk studie undersökte belgiska sjuksköterskors attityd till behandling med opioider på ett Universitetssjukhus i Belgien (Broekman, Vanderschueren, Morlion, Kumar & Evers, 2003). Trehundrafemtio sjuksköterskor intervjuades efter ett frågeformulär med attitydfrågor. Resultatet visade att 69,4 % av sjuksköterskorna hade en negativ attityd till användning av opioider med tanke på framtida missbruk. Dessa negativa attityder kan hindra adekvat smärtlindring. Denna studie överensstämmer med Torper och Steines (2004) samt Kongsgaard, Bell och Breiviks studie (2005) där brukarna i båda studierna uttrycker att de känner sig stigmatiserade gentemot andra målgrupper. Kongsgaard, Bell och Breivik (2005) tar i sin studie upp svårigheten att smärtlindra patienter med kodeinberoende och har belgiska

sjuusköterskor attityd av att vara restriktiva försämrar smärtlindringen ytterligare för målgruppen.

Till en svensk studie under åren 1992-1996 (Vikander & Andersson, 2000) inriktat på behandling och rehabilitering av läkemedelsberoende, sökte 217 patienter. Varav 172 patienter påbörjade behandlingen och 164 slutförde denna. Drygt 60 % av patienterna var kvinnor. Kvinnorna angav ångest, sömnproblem och i sista hand värk som egentlig anledning till att använda tabletter, 60%. Kvinnorna uttryckte också orsaker som akut kris eller familjeangelägenhet som indikation på att använda tabletter, 40%. Vidare uttryckte kvinnorna oro för sin ekonomi som anledning att ta receptbelagd värkmedicin, 17%. Av de 172 patienterna hade 38% även en psykiatrisk diagnos såsom psykisk sjukdom eller personlighetsstörning förutom sin beroendediagnos. Ett annat observandum var att ju yngre patienterna var desto fler använde värkmedicin. I åldersgrupperna under 35 år, dvs 45 patienter, var 39 stycken beroende av smärtstillande tabletter. I den yngsta gruppen 18-25 år var åtta av tio beroende av opiater. Studien visar på andra perspektiv än värk för att medicinera med värktabletter. Torper och Steines studie (2004) visar liknande resultat där brukarna uttrycker att livet fylls av lögn, självförakt och dåligt självförtroende av kodein.

Sammanfattning av tidigare forskning

Således visar flera studier, Torper och Steine (2004), Kongsgaard, Bell och Breivik (2005), Michna et al (2004) att kodeinpreparat har en stark beroendeframkallande potential och att kodeinberoendet är svårt att bryta. Emedan Cowan, Allen och Griffiths (2000) i sin pilotundersökning inte hittar någon evidens för beroende tvärtom hade flera patienter glömt ta sin medicin istället. Två av studierna, Torper och Steine (2004) samt Kongsgaard, Breivik och Bell (2005) visar på den stigmatisering kodeinberoende patienter känner gentemot andra målgrupper. Flera studier visar att målgruppen kodeinberoende önskar tät uppföljning, samtal och stöd samt vikten av att ha en helhetssyn i ett tvärprofessionellt forum där behandling för målgruppen diskuteras (Torper och Steine 2004, Kongsgaard, Bell och Breivik, 2005). Det saknas studier om själva upplevelsen av kodeinmissbruket. Det saknas också studier om behandlingsmetoder för målgruppen. Vad är gynnsamt i en behandling? Kunskapen inom området behöver ökas för att skapa förutsättningar för god vård sedd ur patient/brukares perspektiv.

Problemformulering.

Allt fler kvinnor, främst unga kvinnor, använder smärtstillande tabletter med kodein. Kodein har en centralstimulerande effekt och ger förutom smärtlindring och avslappning ett behagligt lugn. Kodein har en stark beroendeframkallande potential med snabb toleransökning, vilket innebär att det är lätt att bli beroende av tabletterna. För att få fortsatt effekt krävs en höjning av dosen. Att göra en vårdvetenskaplig studie inom området kvinnor med kodeinmissbruk tycks därför viktigt för att se hur kodein påverkar kvinnornas vardag. Det jag är intresserad av är upplevelsen av missbruket. Vad innebär det att bli beroende av kodeintabletter? Hur ser vardagen ut för kvinnor med ett beroende av kodeintabletter? Hur hanterar kvinnorna vardagen? Vilken betydelse har kodeinet för de missbrukande kvinnorna?

Syftet.

Syftet med följande studie är att beskriva kodeinberoende kvinnors uppfattningar av sitt missbruk.

Metod

Den metod jag använt mig av i studien är fenomenografi. Inom fenomenografin är man intresserad av att gestalta eller beskriva människors uppfattningar. Man utgår ifrån att det finns företeelser i världen som har olika innebörd för olika människor (Uljens, 1988). Begreppet Fenomenografi kommer från *Faino*, grekiska och betyder bringa i dagen samt *Grafi* som betyder beskriva. Eftersom utgångspunkten är att företeelser i omvärlden kan ha olika innebörd för olika människor vill fenomenografin fånga kvalitativt skilda sätt att uppfatta ett fenomen, dock utan att göra anspråk på att ha hittat alla tänkbara varianter. Fenomenografin studerar uppfattningar av något, inte uppfattningar om något. Uppfattningar av något är en djupare uppfattning medan uppfattning om något är en ytlig vardagsuppfattning (Larsson, 1986).

Datansamlingsmetoden i fenomenografi bygger på intervjuer. Intervjufrågorna utgår från ett antal frågeområden som man ber intervjupersonerna utveckla sina tankar om. Intervjupersonerna ges tid att reflektera och ge sin egen bild av sina uppfattningar kring frågan.

Analysen i fenomenografi är empirisk och den bygger varken på hypoteser eller ”färdiga” teoretiska referensramar. Man vill alltså beskriva hur ett fenomen i omvärlden uppfattas av människor. Det innebär att man är ute efter uppfattningar istället för förklaringar, samband eller frekvenser. Det innebär också att man väljer att beskriva hur något framstår för, dvs. erfars av, intervjupersonerna, inte hur det egentligen är i någon form av objektivistisk beskrivning av verkligheten. Kärnan i analysen, är jämförelsen mellan olika uppfattningar. Man söker efter likheter och skillnader. Forskningsansatsen skiljer mellan första och andra ordningens perspektiv. Första ordningens perspektiv handlar om fakta, vad som kan observeras utifrån. Andra ordningens perspektiv handlar om hur någon upplever något, hur det ter sig för någon (Uljens, 1984). Att ha ett livsvärldsperspektiv innebär att se, förstå, beskriva samt analysera världen eller delar därav, så som den erfars av människor, och här blir kopplingen till den andra ordningens perspektiv inom fenomenografi tydlig. Första ordningens perspektiv handlar om fakta ex en doshöjning av kodeintabletter. Andra ordningens perspektiv handlar ex om hur kvinnorna upplever doshöjningen av kodeintabletterna.

Livsvärldsperspektivet

Ett livsvärldsperspektiv innebär att människors vardagsbild och dagliga tillvaro uppmärksammas. Livsvärlden är den levda världen, och det är genom livsvärlden vi älskar, hatar, arbetar, leker, tycker och tänker. Det är i livsvärlden vi söker ett livsinnehåll och en mening. Alltså finns vi till i världen via vår livsvärld och så länge vi lever kan vi aldrig komma ur den eller ifrån den (Dahlberg, m. fl, 2003). Enligt Merleau-Ponty (1995 i Wiklund

2003) kan människan och hennes livsvillkor aldrig fullt ut förstås om hon inte betraktas som en levande helhet. Bilden av en människa och hennes existens kan inte bli fullständig utan hennes egen erfarna beskrivning av sig själv, sin kropp och sin livssituation. Livsvärlden är således den verklighet som vi lever i (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg, 2003).

Enligt Dahlberg (1997) är fenomenografi en forskningsansats och en kvalitativ metod som har en potential för att beskriva företeelser inom vård, som inte kan "mätas" med hjälp av kvantifierade metoder. Fenomenografin tar idealt sett ett livsvärldsperspektiv och går till upplevelsen genom att möta subjektet t.ex. i en intervju.

Datainsamling

Kvalitativa intervjuer så som de beskrivs av Kvale (1996) valdes som insamlingsmetod. Kvale menar att forskningsintervjun ska bygga på samtal om verklighetens mening. De samtalande parterna har ett gemensamt intresse av att fördjupa samtalet. Det innebär att forskaren med hjälp av intervjun hjälper den intervjuade att rikta uppmärksamheten mot ett fenomen av intresse. I detta fall är fenomenet, upplevelsen av kodeinmissbruket. Intervjuaren ska enligt Kvale sträva efter att inte ta något för givet, utan att ställa frågor och göra kommentarer på ett sådant sätt att den intervjuade berättar mera, förtydligar sig, fördjupar sig och helst också exemplifierar de beskrivna uppfattningarna.

Under intervjuerna försökte jag förhålla mig så öppen som möjligt. Öppenheten kännetecknas av en äkta vilja att höra se och förstå. Det handlar på samma gång om en respekt och ödmjukhet inför den företeelse/fenomen som studeras, liksom en följsamhet och flexibilitet. Det handlar om att forska på "sakens" villkor. (Dahlberg, 1997) "Saken" är i det här sammanhanget den företeelse som är i fokus för studien, kvinnornas upplevelse av kodeinmissbruk.

Samtidigt som fokus riktades mot intervjun försökte jag som forskare distansera mig och reflektera och samtidigt medvetengöra och sätta en parentes om det jag redan visste eller trodde mig veta om företeelsen ifråga, s.k förförståelse. Den vetenskapliga öppenheten begränsas nämligen på två sätt, dels av förförståelsen, dels av frågans riktadhet. (Gadamer, 1989).

Förförståelse

Eftersom jag arbetat under längre tid, 17 år, med målgruppen kvinnor med analgetikaberoende känns det viktigt att skriva om förförståelse. Det kan det aldrig utvecklas förståelse utan förförståelse. Förförståelse ska i första hand enligt Gadamer (1989) uppfattas som något positivt och oundgängligt i allt kunskapssökande. Men enligt Gadamer finns också en fara i och med förförståelsen. Förförståelsen kan vara ett hinder för öppenheten, ett hinder som inte låter "saken" visa sig. Men, fortsätter Gadamer, det viktigaste är att vara medveten om sin förförståelse. Min förförståelse i studien är att kvinnor med analgetikamissbruk är en svår grupp att behandla i öppenvård. Kvinnorna tycks ibland fastlåsta in sin smärta och tablettkonsumtion. Flera kvinnor har tidigare beskrivit att de klarat av att trappa ned andra tabletter såsom ex bensodiazepiner, men att de upplever att det är mycket svårare att trappa ut

analgetika. Flera kvinnor känner sig obekväma på en missbruksmottagning då de inte tycker sig ha ett ”missbruk”, de har ju fått tableterna från vården. Kvinnorna är många gånger svåra att nå i behandling och jag upplever det svårt att skapa en behandlingsallians. Kvinnorna är ofta blockerade av tabletter och tänker ofta konkret, det verkar ibland som tableterna hindrar det abstrakta tänkandet. Min förförståelse är att gruppen är svårbehandlad vilket också gör att jag är intresserad av vad som finns bakom tablettmissbruket. Flera av kvinnorna har erfarenhet av många behandlingar och läkare. Detta är också en försvårande situation då det gäller att skapa en behandlingsallians. Kvinnorna är många gånger kompetenta och flera arbetar inom vårdsektorn. En annan förförståelse är att de ofta fått ge efter för egna behov och med hjälp av tabletter ändå orkar tillgodose andras behov framför sina egna. Litteraturen är knapphändig vilket gör det svårt att förkovra sig inom ämnet.

Riktadhet

Gadamer (1989) menar att en fråga alltid har en riktning, den är riktad. När en fråga ställs ringas det alltid in ett område inom vilket ett möjligt svar kan ges. Därför kan svaret aldrig bli vilket svar som helst. Frågans innebörd medför svarets riktning. Således kommer en felaktig fråga ge ett felaktigt svar och en oklar fråga ge ett oklart svar.

För att försöka lösa problemen med förförståelse och riktadhet försökte jag tygla min förförståelse. Jag försökte vidare vara så följsam som möjligt och ha ett öppet sinne. Ett öppet sinne innebär enligt Dahlberg et al (2001) att vara både receptiv och mottaglig, men också perceptiv och sensitiv. Under intervjuerna strävade jag också efter att vara både närvarande och distanserad för att samtidigt kunna reflektera. Reflektionen hjälpte mig att förlångsamma processen och hålla förförståelsen i schack samt att rikta frågan rätt. Enligt Bengtsson (1994) är reflektion en väg till synliggörande av sådan kunskap som vanligen är dold för oss. Förmågan att reflektera möjliggör ett distansering av kunskap. Bengtsson (1994) menar vidare att människor behöver distansera sig för att inte bli fastlåsta i det omedelbara görandet, för att kunna granska de handlingar som utförs och ta lärdom av det som sker.

Deltagare

Den målgrupp jag sökte var alltså kvinnor med ett kodeinberoende. Verksamhetschefen på en Beroendeklinik i Västra Götaland tillfrågades om lov för att genomföra studien. Verksamhetschefen gav klartecken och frågan gick därefter till sektionschefer och enhetschefer på berörda mottagningar. Förfrågan om intresse för att delta i intervju gjordes på flera missbruksmottagningar samt inom slutenvård. Kvinnorna tillfrågades av ordinarie kontaktperson/behandlare. Till en början svarade flera kvinnor ja. Kvinnan accepterade att jag ringde upp henne och bokade tid för intervju. I en del fall fick kvinnan mitt telefonnummer och ringde mig och bokade tid. Men när väl intervjudagen kom visade det sig att flera fått förhinder. Att få informanter visade sig således vara betydligt svårare än jag från början trott. Sökandet efter deltagare koncentrerades därför till den mottagning där jag tjänstgör.

Sju kvinnor i åldrarna 26 – 55 år intervjuades. Information om studien gavs via ordinarie kontaktperson/behandlare. Jag träffade kvinnorna och gav ytterligare information om vad intervjun innebar. Kvinnorna kunde närhelst de önskade avbryta studien. Intervjun spelades in på band och kvinnorna avidentifierades. Banden samt övrigt material förvaras inlåst.

Kvinnorna gavs också skriftlig information om studien. (Se bilaga) Vi bokade tid för intervju och kvinnorna fick under väntetiden möjlighet att fundera på forskningsfrågorna, samt ytterligare möjlighet att överväga sitt deltagande. Intervjufrågan handlade om: Kvinnans uppfattning om kodeinmissbruket. Intervjuerna spelades in på band och tog mellan 45 – 60 min. När intervjun var klar och bandspelaren stängts av tillfrågades kvinnan hur intervjun upplevts? Alla kvinnorna svarade att den upplevts bra. Två kvinnor fortsatte prata efter att bandspelaren stängts av. En kvinna gav goda råd hur vården kunde förbättras för målgruppen. Den andra kvinnan nämnde efter intervjun att hon också hade psykiska orsaker till sitt kodeinmissbruk.

Dataanalys

Analysen har genomförts fenomenografiskt (Uljens, 1984, Dahlberg, 1997). Målet för fenomenografisk analys är att identifiera den grundläggande meningsstrukturen/uppfattningen. Dessa delas in i kategorier.

För att nå till kategorier transkriberades intervjuerna för att möjliggöra analysen. Jag lyssnade sedan till varje intervju samtidigt som den lästes för att se att transkriberingen följde informanternas berättelse. Efter lyssnandet och läsandet övergick jag till att enbart läsa intervjun upprepade gånger tills dess helheten var bekant. Att bekantgöra sig med texten är av största vikt då det ger mig en övergripande förståelse för hela materialet för att sedan kunna vandra mellan helhet och delar. Därefter markerade jag kvalitativt skilda utsagor gällande informanternas uppfattningar hur kodeinmissbruket påverkat dem och skrev ner dem. Jag försökte föra en dialog med texten för att söka svar på vad som sades och på vilket sätt det uttryckts. Här försökte jag åter använda mig av reflektion och distansering. Jag försökte arbeta med likheter och skillnader för att se om jag kunde få fram något mönster. Eftersom jag sökte efter kvinnornas upplevelser fanns det många olika upplevelser men jag tyckte ändå märka att flera upplevelser rörde sig inom liknanden områden. Dessa områden blev kvalitativt skilda uppfattningar/teman som sedan fördes samman till övergripande kategorier. En kvinna kunde ha flera upplevelser av samma fenomen, analgetikamissbruket vilket gjorde att hennes upplevelse kunde hamna under flera kategorier. Kategorierna beskrevs därefter var för sig. Nu försökte jag åter se om kategorierna stämde med det material kvinnorna lämnat. Åter igen ställde jag frågor till texten om jag fått fatt på kvinnornas upplevelse av fenomenet. Stämde kategorierna med kvinnornas utsagor?

Etiska aspekter

Enligt den nya forskningsetiska lagen behöver en intervjustudie inte formellt etiskt tillstånd. Här räcker det att verksamhetschefen inom berört område gett sitt samtycke, vilket gjordes. Detta gör det ännu viktigare än förut att forskaren själv reflekterar och diskuterar sina etiska överväganden

Kvinnorna har i intervjuerna varit generösa att dela med sig av sina erfarenheter och materialet har behandlats konfidentiellt. Jag valde därför att transkribera intervjuerna själv och därmed fick ingen annan insyn i intervjuerna. De inspelade banden och forskningsmaterialet förvaras inlåst.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån följande fem kategorier:

Kategori A. Kodeinmissbruket är ansvarsbefriande, kategori B. Kodeinmissbruket är ångestdämpande, kategori C. Kodeinmissbruket är behovsreducerande, kategori D. Kodeinmissbruket är en skam samt kategori E. Kodeinmissbruket är en sorg.

Utsagor från intervjuerna kommer att användas för att belysa kategorierna. Informanterna benämns intervjuperson, IP 1- 7. Ibland har viss intervjutext utelämnats. Det markeras som // mellan meningar i en utsaga. En del av utsagan har utelämnats avsiktligt då den inte tillfört något ytterligare. För att ange paus har mellanslaggjorts.

Kategori A. Kodeinmissbruket är ansvarsbefriande

Kvinnorna beskriver kodeinmissbruket som ansvarsbefriande. När vardagen känns tung och svår kan tabletruset bli ett sätt att hantera vardagen. Kvinnorna beskriver att effekten av kodeintabletterna gör att de får en paus i vardagen. Pausen gör att kvinnorna kan känna sig lugna och harmoniska för en kort stund och den lilla stunden och pausen kan ibland göra livet värt att leva.

Pausen beskrivs också som en flykt från sig själv. Pausen kan hjälpa till att stänga av jobbiga situationer. Det verkar därmed som kodeinruset kan förhindra tankeprocesser. När tankarna är helt upptagna av kodein finns inget utrymme för andra tankar. Ruset gör att kvinnorna inte bryr sig om omvärlden. Kodeinruset kan göra att kvinnorna för en stund slipper ta ställning till olika val. Motgångar eller händelser kan lösas genom att ta ytterligare kodeintabletter.

Kvinnorna beskriver att tabletruset gör att de inte är riktigt närvarande och därmed fjärrade från den verkliga världen. Kvinnorna kan uppleva det som en bredvidgång av själva livet eller en parallell värld. Kvinnorna ser ut att ta del av det verkliga, vardagliga livet med dess bestyr men är avskärmade med hjälp av tabletter. Tankar och känslor är avtrubbade eller helt avstängda men kvinnorna gör ändå det som fodras av dem i den situation de befinner sig i dock utan att egentligen vara närvarande i nuet.

I-ja det blir morfin i kroppen i och för sig, det gör att man inte bryr sig om nånting egentligen, //
(IP 5)

I- Nej, de (tabl) hjälpte mig att inte ta ansvar alltså att jag, jag gick den lättare vägen ut. "Ni förstår att jag är så dålig idag så att.... eller det här orkar jag bara inte höra på" kunde jag sitta och säga, men alltså jag stängde av allt.
(IP 7)

I- Så det blir ju en parallellvärld, man bryr sig inte, jag brydde mig inte om nånting.....med en massa kaos som följd då va, jag kommer inte ihåg någonting// så det är ju inget.... Det är ju en parallellvärld, man går bredvid, jag tittar ju på mig själv....man ser det ibland. "Är det jag som går där?"
(IP3)

Kategori B. Kodeinmissbruket är ångestdämpande

Kvinnorna beskriver att kodeintabletterna maskerar ångest och oro. Med hjälp av kodeintabletter känner sig kvinnorna avslappnade, behagligt lugna och normala. Kvinnorna beskriver också att kodeintabletterna underlättar ångest, ibland livslång ångest. Kodeinet gör att kvinnorna kan må bra psykiskt. Tabletterna beskrivs skapa mod och ge lugn.

Tabletterna beskrivs också ta bort otrygghetskänslor. Kodeintabletterna kan på så vis skapa ett slags "tunneltänkande" där tid, rum och möjlighet för reflektion inte finns. Om kvinnorna inte ger sig tid till reflektion blir det svårare att hitta lösningar till olika problem. Det kan på så sätt bli till en ond spiral där problem finns men utan reflektion saknas ibland möjlighet att lösa problem. Om problemen inte löses eller bearbetas finns risk att de kvarstår eller till och med förstoras. Problemen kan på så vis läggas på hög och växa och spiralen kan fortsätta- mer tabletter för att döva grubblerier/tankar, utan tabletter mer grubblerier/tankar – ytterligare tabletter för att döva.

I- Ja, det var precis som dom dödade känslorna för jag vet ju, vet att jag har grubblat på mycket. Jag har alltid varit en grubblare och än värre har det blivit när jag blivit äldre, ja....jag har inte kunnat känna mig trygg va och.....det märkte jag ju när jag kom upp med dom (tabl) att jag tänkte inte så mycket på det då. Jag kunde vara mer avslappnad och normal.
(IP 4)

I- Jo så fort jag känt motgångar eller....smärta för egentligen så är jag en en person som inte har huvudvärk // då har suget blivit starkare när jag att jag tappat lite av den psykiska balansen eller mår dåligt å ja, så har jag nästan framkallat en smärta för att få en anledning till att söka då för att få det (tabl) utskrivet.
(IP 6)

I -//....och det här stora svarta hålet man får i sig när man får ångest det försvann ju på något sätt, för jag orkade ju inte....
(IP 3)

I-Äh, det var ju värk från och till...men det skulle ta tid innan dom fattade att jag åt dom för att må bra psykiskt. Jag tog till dom då va, för att jag mådde så dåligt psykiskt, så jag tog till Treo-Compen för värk hade jag ju, men den blev inte bättre av

Treo-Comp.....
(IP 4)

Kategori C. Kodeinmissbruket är behovsreducerande

Kvinnorna beskriver att tablettarna bildar en slags mur gentemot människor. De beskriver att kodein isolerar och tar bort behov av andra människor. Kvinnorna beskriver att de har svårt att lita på andra människor och att de inte vill göra sig beroende av andra personer. Kvinnorna har svårt att söka hjälp då de inte tror att det finns någon hjälp att få. De blir därmed ensamma och tablettarna blir som ett sällskap/hjälp. Tablettarna ersätter på så vis någon att tala med.

För att slippa konfronteras med känslor som av kvinnorna liknas vid obehag är kodein effektivt. Kodeinets effekt minskar kvinnornas känslighet och lyhördhet i relationer. Kvinnorna beskriver att de går in i ett tablettus där omvärlden blir otydlig och kvinnorna ter sig inte närvarande i relationer. I det rus som kvinnorna får av kodein blir kommunikation svår och onödig. Varför försöka kommunicera överhuvudtaget när det upplevs som onödigt. Ju större/starkare rus desto onödigare med kommunikation. Behovet av andra människor minskar och kan till slut bli obefintligt. Kodeintablettarna blir till slut kvinnornas enda relation

Kvinnorna upplevde att det var de själva som styrde över bruket/missbruket genom att själva bestämma tablettmängd och tidpunkt för tablettintag. Känslan av att ha kontroll kan vara viktigt speciellt om livet för övrigt ter sig okontrollerbart med relationer, separationer, sjukdom dödsfall osv. Kodeintablettarna var något som gick att kontrollera i en för övrigt okontrollerbar värld.

I.....relationer till nära och kära som jag har stoppat, alltså jag förstår det idag, att det är jag som, kom inte längre än hit för jag pallar inte det va, så jag har stängt dom ute under många år
(IP 7)

I- Jag hade inte, jag har ganska svårt att släppa folk inpå mej också, och såna där saker (tabl) gör inte saken lättare typ, och då har man ju nåt liksom ännu mer som står i vägen.
(IP 5)

I-// Så jag har fått tillbaka så mycket nu, ser jag efteråt, efter tablettarna om man säger vad jag förloradei form av, i form av folk. Jag hade ju inget behov av folk. Jag var ju i min lilla värld, det var tillräckligt. Det att det aldrig kom hem någon till mej det....det brydde jag mej inte om, för jag hade ju fullt upp med mig själv.....
(IP3)

*I- Um....och den kunde jag ju också kontrollera eller ge mig själv när jag själv behövde den um när jag ansågSå det var ju också en stor vinst att ha kontroll eller ja, egen kontroll på något sätt,// ja, jag behövde inte be någon annan, det behövde inte vara på någon annans villkor, det var på mina villkor.
(IP 6)*

Kategori D. Kodeinmissbruket är en skam

Kvinnorna klankar ner på sig själva för att de är beroende av tabletter. Kvinnorna upplever att de måste hålla försvarstal inför sig själva för att de använder tabletter. Kvinnorna skapar på så vis ett självförakt. Självföraktet lyste igenom i kvinnornas berättelser. Självföraktet handlade om att anse sig svag som människa på olika sätt bland annat genom att ha värk, att ha en funktionsnedsatt kropp samt att ha ett beroende. Kvinnorna beskriver det som en ilska som de vänder mot sig själva. Kvinnorna upplever skam för att de mår dåligt psykiskt. Kvinnorna föraktade också att tablettorna blivit det viktigaste i livet och gav dem livsinnehåll.

Missbruket vänds inåt i självdestruktivitet. Kvinnorna beskriver en självdestruktivitet som ger sig till känna genom försummelse av sig själva, genom att inte tillgodose sina basala behov som mat, vila och sömn. Kvinnorna skadar sig också med överdoser av tabletter eller andra självmordshandlingar. Kvinnorna beskriver en skam över att inte orka ta hand om sig själva.

När kvinnorna ser tillbaka har de gjort saker under rus som de aldrig skulle ha gjort nyktra. Kvinnorna får därmed svårt att se på sig själva med självrespekt. Kvinnorna beskriver också att de manipulerade sjukvården, nära och kära på ett sätt som de föraktade.

*I-//Och det värsta är ju att under denna tiden körde jag ju bil....det skulle jag ju inte ha gjort. // Och jag körde fullproppad med tabletter.....
(IP 3)*

*I...//fast helt enkelt har det inte varit, men jag har inte haft några större, några svåra abstinensbesvär förutom förkylningarna. Det har funnits en ilska men jag har vänt den mot mig själv då,
” Vad håller du på med? Är du inte riktigt klok”
(IP6)*

*I- // jag har känt mig som ett vandrande apotek.....där mitt liv har kretsat om mediciner, tabletter, försvarstal för mig själv och mot andra, som jag har svårt att kanske förstå i viss mån.
(IP7)*

*I- jag är inte sådära, vad ska jag säga....bara är längre, utan jag är glad och jag är förbannad, jag är ledsen, jag är....jag höll på att säga normal, jag lever.....det gjorde jag inte förut.....jag bara var.....
(IP7)*

Kategori E. Missbruket är en sorg

Kvinnorna beskriver att kodeinmissbruket ger en sorg. Beroendet av kodein framkallar sorg. Kvinnorna beskriver att de känner sig ledsna. För en del kvinnor blir sorgen så stor att de försöker ta sitt liv. Sorgen lyser igenom i berättelserna. Ibland uttalas sorgen, ibland uttalas den mellan raderna. Ibland maskeras sorgen med nervösa skratt. Det är som kvinnorna inte tar sig själva på allvar, vilket kanske inte är så lätt när de inte tas på allvar av sjukvård eller av nära och kära. Att inte tas på allvar, att inte bli sedd är en sorg. Att få tag på kodeintabletter och ta kodeintabletter blir det som ger livet innehåll. Övriga åtaganden i livet ställs åt sidan för att beroendet är så starkt. Kvinnorna beskriver med sorg hur de försummar nära, kära och vardagliga bestyr för att till slut i en del fall bli helt isolerade från omvärlden.

*I- Men det är ett gissel att hamna i det alltså....det är bortkastade år....
Många år av mitt liv där....som jag inte kommer ihåg.*
(IP 3)

*I- Men det är liksom det jag kommer ihåg var att jag var ledsen hela tiden
och sånt.*
(IP5)

*I- ja, jadet är ett jäkla beroende, det är fruktansvärt alltså.....
just det här att det finns inget annat i huvudet på en. Man tänker
bara på detta hela tiden, hela tiden, hela tiden.....hur ska jag få
tag i tabletter?. Nu har jag bara så och så många kvar och så räknar
man och så ja, och så har jag så här idag och så i morgon och så i
övermorgon och sen är dom slut. Och då måste jag , vart ska jag
ringa nu? och hela tiden. Det, man kan inte leva så ha ha. Men det
gör man ju. Och allting annat blir ju lidande på det.*
(IP 2)

*I- Och du ska tro att jag blev svett.....när jag märkte att jag var uppe
i såna doser.....sen blev jag ju deprimerad bara av det....*
(IP 4)

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att utifrån ett livsvärldsperspektiv belysa kodeinmissbrukande kvinnors uppfattningar om hur kodeinmissbruket påverkar deras vardag. För att få tillgång till kodeinmissbrukande kvinnors uppfattning om vardagen har studien utgått från en kvalitativ ansats där jag valt en fenomenografisk metod. Metoden bygger på intervjuer och sju kvinnor har intervjuats med frågeställningen: Kvinnans uppfattning av kodeinmissbruket? Intervjupersonerna har gett sin egen reflektion, och mina följdfrågor har riktats mot det som

kan fördjupa frågeställningen. Metoden är empirisk då den utgör ett försök att analysera och beskriva kvalitativt skilda uppfattningar om hur det är att leva med kodeinmissbruk. Detta innebär att jag fått ta del av innebörden i deras uppfattningar istället för förklaringar, samband eller frekvenser. Studien utgår alltså från det som inom fenomenografi kallas för den andra ordningens perspektiv (Uljens, 1984). Metoden innebär alltså att jag valt att beskriva hur kodeinmissbruket framstår för intervjupersonerna och inte hur det egentligen är i någon yttre objektiv mening. Kärnan i analysen är jämförelsen mellan olika uppfattningar.

I intervjuerna har jag strävat efter att inte ta något för givet, utan ställa frågor och göra kommentarer på ett sådant sätt att den intervjuade berättat mera, förtydligat sig, fördjupat sig och helst exemplifierat de beskrivna uppfattningarna. Den öppna intervjun har dock begränsningar. En forskningsdialog skiljer sig från vardagsdialogen genom att jag som intervjuare behållit initiativet och kontrollen i intervjun. Ytterligare en begränsning av dialogen är att forskaren och intervjupersonen inte deltar på lika villkor. (Dahlberg, 1997).

Min förförståelse är något som jag reflekterat över flera gånger. Är det till hjälp eller stjälp att jag har lång klinisk erfarenhet av målgruppen? Till slut beslöt jag mig med ledning av Gadamer att det viktigaste är att vara medveten om förförståelsen. Min förförståelse som forskare finns alltid med mig och kan ibland göra att jag ser vad jag vill se. Förförståelsen kan också ses som något positivt i den bemärkelsen att jag har en inre guide som gör intervjun meningsfull och fruktbar. Ett redskap för att hålla tillbaka förförståelsen är tyglandet. För att tygla förförståelse krävs en reflektion över den egna förförståelsen (Dahlberg, Drew & Nyström, 2001). Jag har försökt vara uppmärksam på att beakta min egen förförståelse. Detta har skett genom att jag i under studien reflekterat över min förförståelse i tal och skrift.

Att använda intervju som data var ett val som följde av den fenomenografiska metoden. Det gav rika data. Gällande frågornas ”riktadhet” upplever jag att frågorna varit rätt riktade och att jag fått svar på kvinnornas uppfattningar av kodeinmissbruket. Dock har en och annan oriktad fråga smugit sig in i materialet, då materialet är stort och innehåller mer utöver uppfattningen om kodeinmissbruk. Intervjuerna har spelats in på band. Alla kvinnor har försäkrat att de inte känt sig störda av bandspelaren. Men ett störande moment upplever jag som intervjuare när bandet tagit slut och ett nytt ska spelas in. Efter den paus som då blivit har det ibland blivit svårt att hitta tråden direkt. Sammanlagd bandad intervjutid uppgick till ca sju timmar. Speciellt två intervjuer var svåra att transkribera, en där kvinnan pratar otroligt snabbt och använder mycket slang och den andra där kvinnan och talar dialekt som bitvis var svår för mig att förstå. Transkriberingen har därmed tagit betydligt längre tid än intervjutiden. Under studiens gång har min ambitionen varit att förhålla mig datanära för att kunna beskriva fenomenet utan att tolka.

Intervju som forskningsmetod har passat mig bra då jag kliniskt arbetar med kvinnor i samtal utifrån ett helhetsperspektiv. I samtalen är jag van vid att fråga efter kvinnornas upplevelse av skilda slag. Ibland har kvinnorna svårt att få fatt på sin egen upplevelse och jag försöker få kvinnorna att reflektera vidare på sina svar och försöka hitta det som de känner passar och stämmer för dem. Således är jag van att i samtal arbeta med reflektion och distansering både för kvinnans del och för egen del för att ha struktur på samtalet. Ibland var det däremot svårt att låta bli att tolka under intervjun, utan låta intervjun ta sitt eget spår.

Jag trodde också att jag kunde få med två forskningsfrågor. Fråga nummer 2 var upplevelsen av hur kvinnorna blivit bemötta i vården med kodeinmissbruk. En intressant fråga, då kvinnorna hade mycket att berätta om frågan, men vid en första genomläsning av datamaterialet efter transkriberingen förstod jag att denna fråga skulle behöva en egen uppsats då materialet var så omfattande. Nästa forskningsstudie?

När jag började söka efter informanter räknade jag med intervjua tio kvinnor. Under processens gång visade det sig svårare än jag trott att få informanter och jag gav helt enkelt upp vid sju kvinnor för att helt enkelt bli färdig med studien. Jag förstod att det hade varit till hjälp om jag kunnat erbjuda kvinnorna någon form av ersättning, bidrag till reskostnad eller liknande då en kvinna frågade efter det. Då kvinnan fick besked att jag inte kunde ersätta henne avstod hon från intervjun. En reflektion är också att ersättning brukar utgå vid liknande intervjuer, och kvinnorna har i intervjuerna varit generösa med dela med sig av sina erfarenheter. Det hade känts bra att kunna ersätta dem med en mindre summa för besväret.

Resultatdiskussion

Analgetika med kodein förskrivs vid svåra smärttillstånd som exempelvis fibromyalgi, ryggsmärtor och migrän. Kodein omvandlas i kroppen till morfin och en del personer utvecklar ett beroende av preparatet. Tidigare forskning och föreliggande studie visar dock att det finns andra motiv än smärta för kvinnor att använda värktabletter.

I resultatet framgår att kodeinmissbruket är ansvarsbefriande. Kodeinruset gör att kvinnorna för en stund slipper ta ställning till olika val. När vardagen känns tung och svår blir tabletruset ett sätt att hantera vardagen. Motgångar och händelser löses genom att ta kodeintabletter. I studien beskriver kvinnorna att de lever i en parallell värld. Tabletruset gör att de inte är riktigt vakna och därmed fjärmade från den ”verkliga världen”. Ruset gör att kvinnorna för stunden inte bryr sig om omvärlden. Vad gör den verkliga världen så svår att leva i?

Kongsgaard, Bell och Breivik (2005) beskriver att personer med läkemedelsmissbruk har svårt att skilja mellan smärta, ångest och andra former av psykiskt obehag och stress. Kvinnorna ger sig själva inte chans att stanna upp och sortera vad de känner, vad som är vad. Vad är smärta? Vad är stress? Vad är ångest och andra psykiska obehag? Kodeinruset gör att kvinnorna hindras att tänka. Tablettmissbruket blir som en ond nedåtgående spiral. Ju mer problem som läggs åt sidan desto svårare blir det att till slut ta itu med dem. Kvinnorna behöver något eller någon som bryter spiralen.

Läkemedelsboken (2005/2006) beskriver att analgetika med kodein har en centralstimulerande effekt och ger förutom smärtlindring, avslappning och ett behagligt lugn. Vikander och Andersson (2000) visar i sin studie att 60 % av kvinnorna angav ångest, sömnproblem och i sista hand värk som egentlig anledning till att använda värktabletter. I samma studie anger 17 % oro för ekonomin som anledning att ta receptbelagd värkmedicin. Kvinnorna speglar därmed oro för ekonomi, ångest, sömnproblem och för stort

ansvarstagande? Är det också en ångest och oro att inte orka med allt som dämpas av kodeinruset? Dämpar kvinnorna sitt eget livsutrymme med kodein och slipper därmed tänka? En fråga som uppstår är om brukarna i den svenska studien har dåligt självförtroende innan medicinering eller om tablettbruk förstärker ett redan dåligt självförtroende? Kvinnorna i studien uttrycker att de använder kodeinpreparat för ångest och bla sömnproblem. Kan det ge dåligt självförtroende?

I Michna et al:s studie (2004) menar man att 70 % av patienterna kan ha hereditet för alkoholproblem eller droger. Författarna menar att detta kan väcka frågan om patienter som ordineras opioider sannolikt har en familjemedlem med beroendeproblematik. Om man tittar på psykologiska faktorer enligt Alborn (1997) kopplade till risk att utveckla missbruk, finner man brister i det tidiga omhändertagandet och till personlighetsdrag som utvecklas ur dessa brister. De som löper störst risk att utveckla ett missbruk har ofta upplevt brister i omhändertagandet under uppväxten. Att växa upp som barn till missbrukare är en stor riskfaktor. Barn imiterar vuxnas beteende och övertar lätt vuxnas inställning till droger. Barn till missbrukare riskerar dessutom att uppväxtvillkoren skapar så stora känslomässiga brister i den psykiska utvecklingen att detta i sin tur ökar risken för eget missbruk. Imiterar kvinnorna uppväxtfamiljens sätt att hantera konflikter och problem med hjälp av droger – alkohol - kodein? Hur stor betydelse har signalsubstanserna? Är det genetiskt? Gottfries och Balldin (1984 i Fahlke & Melin 2006-2007) menar att nedsatt dopaminfunktion i hjärnans belöningssystem kan tänkas göra individer sårbara för droganvändning då alla beroendeframkallande substanser ökar dopaminaktiviteten och på så sätt normaliserar underfunktionen i hjärnans belöningssystem.

Resultatet visar vidare att kodeinmissbruket är behovsreducerande. Behovsreducerande på så sätt att tabletterna bildar en slags mur gentemot människor. Kodein isolerar och tar bort behov av andra människor. Missbruket ersätter någon att tala med. Vad är det som gör att kvinnorna väljer att vara ensamma? Torper och Steines undersökning (2004) visade att medicinbruk påverkar självbilden, relationer samt initiativ och engagemang för omgivningen. Studien visade också att brukarna av tabletter ansåg sig underprioriterade av sjukvården i förhållande till alkohol och narkotikamissbrukare både när det gällde intresse och kompetens. Om man som patient känner sig ointressant och stigmatiserad är det då någon idé att söka vård? När deltagarna i Torper och Steines undersökning seponerat tabletter uttryckte de att de fått bättre kontakt med närstående. Detsamma uttrycker en kvinna i min undersökning efter att hon slutat med kodeinmissbruket. Kvinnan uttrycker att hon fått tillbaka mycket bl.a i form, av vänskap. Tidigare hade hon inget behov av folk när hon missbrukade kodeintabletter men efter seponering har hon åter fått kontakt med vänner och bekanta.

Torper och Steines (2004) undersökning visade att medicinering ofta ersatte stöd och samtal i krissituationer. Är det så kvinnorna blivit bemötta att de istället för samtal erbjudits medicin? Om det är det vanliga förhållningssättet inom sjukvården och kvinnorna har hereditet på missbruk med de brister i uppväxten det innebär, är det kanske inte konstigt att de väljer den väg de är vana vid. Tabletter istället för någon att prata med. Täkhä (1979) skriver att kontinuitet i relationen till kärleksfulla föräldrar är en förutsättning för att kunna etablera en kärleksfull relation till omvärlden. Finns missbruk i uppväxtfamiljen finns det risk att kvinnan utvecklar en tillitsbrist som kan bero på en tidig upplevelse av att man bara har sig själv att lita till. Tidigare forskning och föreliggande studie visar att tabletter ersätter mänskliga

relationer och att tabletter blir den relation man känner tillit till. Skårner (2006, i Fahlke & Melin 2006-2007) beskriver sk navigeringstrategier som utvecklas i samspel mellan budskap i omgivningen, egna erfarenheter och möten med andra. Vidare skriver författaren, att använda droger beskrivs som en individuell fråga, men hur man använder dem förefaller vara en fråga om kulturell tillhörighet. Hur ser kulturen ut där kvinnorna vistas?

Resultatet visar också att kvinnorna känner skam för sitt kodeinmissbruk. Kvinnorna klankar ner på sig själva för att de är beroende av tabletter. Kvinnorna upplever att de måste hålla försvarstal inför sig själva för att de använder tabletter. Kvinnorna skapar ett självförakt och känner en ilska som de vänder mot sig själva. Den belgiska undersökningen av Broekman, Vanderschueren, Morlion, Kumar och Evers (2003) visade att 69,4 % av sjuksköterskorna på ett Universitetssjukhus hade en negativ attityd till opioider med tanke på framtida missbruk. Finns denna attityd även hos sjuksköterskor i andra länder? Något som jag finner troligt. Är det då konstigt att patienter känner en negativ attityd till behandling och skapar ett eget självförakt. Om sjukvården upplever kvinnorna negativt tar kvinnorna på sig denna negativa attityd. Man kan likna det vi det gamla talesättet: som man blir behandlad så blir man. Eller som man ropar får man svar. Vidare visar företagsekonomiska institutionen (Lindberg, 2002 i Fahlke & Melin 2006-2007) att resurser för missbruksvård skurits ned, både inom öppenvård och institutionsvård. Påverkar det kvinnor med analgetikaberoende när de söker vård?

Slutligen visar resultatet att kodeinmissbruket är en sorg. Beroendet av kodein framkallar sorg. Kvinnorna beskriver att de känner sig ledsna. För en del kvinnor blir sorgen så stor att de försöker ta sitt liv. Var kommer sorgen ifrån? Är det en sorg att slippa ta ställning och leva i en parallellvärld? Är det en sorg att behöva använda kodein för att dämpa ångest och inte känna sig normal och avslappnad? Är det en sorg att kodein är behovsreducerande och ersätter någon att tala med? Är det en sorg att missbruket är en skam där ilskan vänds inåt och leder till självförakt? Tidigare forskning (Michna et al, 2004) visar att 70 % av patienter beroende av kodein har hereditet på missbruk. Är det en sorg att växa upp i en familj med missbruk? I familjer med missbruk är misshandel, sexuella övergrepp och psykiska problem vanligt hos föräldrar som missbrukar (Alborn 1997). Är det en sorg att känna sig stigmatiserad gentemot andra personer med missbruk (Kongsgaard, Bell och Breivik 2005)? Vid opiatberoende slutar kroppen slutar producera eget endorfin. Vad innebär det att inte producera eget endorfin? Detta är en fysiologisk konsekvens som förmodligen får stora återverkningar i livsvärlden.

Praktisk tillämpning

Kvinnor med ett tablettberoende behöver således stanna upp och bryta den nedåtgående spiral de befinner sig i. Ett sätt att bryta spiralen kan vara att tabletterna byts ut mot mellanmänniska relationer. Mellanmänniska relationer enligt Wiklund (2003) handlar om att stå mitt emot varandra, ansikte mot ansikte. Då kan man ge ett äkta gensvar på den andre personen i stället för att reagera utifrån sig själv och sina rädslor eller önskningar. Patienten måste alltså få stå framför behandlaren som "sig själv", och tillåtas att förbli sig själv. Det innebär att behandlaren aldrig kan begripa patienten helt och fullt. Det är alltså av stor vikt att behandlarens förståelse av patienten börjar i ödmjukhet inför den andre som person, så att beskrivningen av patienten inte tar sin början i till exempel diagnostiska kriterier. Ändå måste behandlaren också försöka begripa och använda sin kunskap. Det handlar om en dialektisk

balansgång mellan närhet och distans, subjektivitet och objektivitet. Vårdarens ansvar ligger i att svara an på den andre som hon är. Om man inte gör det, utan svarar på något annat (text sina egna bilder av hur en "missbrukare" är) överger man patienten och lämnar denne ensam. Det är den förståelse som väcks i mötet med annanheten som sedan kan kopplas samman med en tolkningsram. I vissheten om att man är sedd som "olik", kan man också upptäcka att man blir sedd som "sig själv", och inte som någon annans spegelbild. Det är när relationen med vårdaren på detta sätt har karaktären av en förbindelse, snarare än en formell kontakt, som samtalet blir vårdande. Relationen präglas av en ömsesidig anknytande beröring där bägge parter ger av sig själva, även om relationen är asymmetrisk i så måtto att det givande och tagande som äger rum sker med utgångspunkt i patientens behov (Wiklund, 2003).

När den mellanmänniska relationen uppnåtts kan den process starta som innebär att "lidandeberättelse" (Fredriksson & Eriksson, 2001) skapas och relateras till patientens liv. Lidandeberättelsen är en väg till hälsa. Lidandeberättelsen kan urskiljas i tre faser. Den första fasen utgörs av berättandet. Genom att berätta kan man börja formulera problem och söka svar på frågor som "varför just jag?" och "varför just nu?". I och med att detta att man börjar söka efter en ny förståelse av sig själv och sitt liv, och man börjar lägga grunden för en förståelse av varför lidandet har uppstått. Man synliggör här skillnaden mellan det som är, och det som patienten behöver och önskar. I det problemformulerande som de första berättelserna utgör står det också klart vad patienten måste kämpa med för att uppnå sina målsättningar.

I den andra fasen får patienten hjälp att skapa sin lidandeberättelse. Det innebär att man reflekterar över händelseförloppet och försöker förstå hur handlingar och händelser hänger ihop med varandra och med tiden. Genom att på detta sätt skapa en struktur runt det som är och har varit svårt i livet kan man skapa en mening i lidandet.

Den tredje och sista fasen i lidandeberättelsen handlar om att göra lidandeberättelsen till en del av patientens livsberättelse, då de i grund och botten inte går att skilja från varandra. Patientens lidande och liv hör ihop. Då lidandeberättelsen kan relateras till människans livsberättelse öppnas en möjlighet för patienten att se en mening med lidandet. Det innebär också att man kan upptäcka att man lärt sig något i sitt möte med lidandet. Att i det vårdande samtalet kunna skapa en lidandeberättelse innebär således en möjlighet att ordna och förstå sina erfarenheter och hur dessa påverkar det sätt på vilket man i nuet tolkar och reagerar på olika situationer. Relationen och skapandet av lidandeberättelsen innebär en möjlighet för patienten att på nytt förankras i sig själv, i världen och i tiden. Genom att sätta ord på det som man upplever kan man göra dessa erfarenheter till ens egna, och på det viset närma sig "sig själv". Förståelsen för vad som händer i samspelet med andra och med dem ny erfarenheterna av att i relationen "vara tillsammans", öppnar för ett nytt sätt att vara i världen. Berättelsen gör det möjligt att relatera det som händer till det som varit och till det som ska komma, på ett sådant sätt att man upplever mening och sammanhang. Detta innebär också att man kan förankras i tiden när människan börjar förankras i sig själv, i värden och i tiden initieras en hälsoprocess som leder mot en högre grad av integration där dessa olika aspekter förenas som samverkar. En lidandeberättelse kan således ses som en hälsoprocess- en väg mot hälsa. Samtidigt som patienten genomför sin lidandeberättelse är det viktigt att patienten ges hjälp med seponering av tabletter.

Slutsats

Föreliggande studie visar att kvinnor använder värktabletter med kodein av andra skäl än värk och det är därför viktigt att varje kvinna får möjlighet att berätta sin livsvärldshistoria för att därefter matcha behandling efter den. Alla kvinnor har sin egen historia som de bör ges möjlighet att berätta för en behandlare med kunskap och intresse av målgruppen, för att om möjligt utreda/behandla underliggande orsaker till tablettmissbruket.

Studien visar att kvinnor med ett missbruk av kodeintabletter är en heterogen grupp som har många uppfattningar om upplevelsen av missbruket, bl.a att missbruket är ansvarsbefriande och behovsreducerande. Missbruket innebär vidare, skam, sorg och isolering.

Vad innebär studiens resultat för primärvård och ortopedisk vård som är stora förskrivare av analgetika? Hur kan man använda studiens resultat konkret i klinik?

Mer forskning rekommenderas inom området för att besvara frågor som uppstått.

Referenser

Alborn, S-E. (1997). Psykosocialt perspektiv. I: Leissner, T (Red). *Alkohol. Ett psykosocialt, beteende- och samhällsvetenskapligt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Apoteksbolagets försäljningsstatistik. (2000-2004).www.apoteksbolaget.se

Ballidin, J., Gottfries, CG. (1984). I: Fahlke, C. & Melin, A-G. (2006-2007). *Riskbruk Missbruk Beroende. Forskning & Vård*. Intellecta DocuSys AB, Västra Frölunda, 2006.

Bengtsson, J. (1993). *Sammanflätningar*. Göteborg: Daidalos.

Broekmans, S., Vanderschueren, B., Morlion, B., Kumar, A. & Evers, G. (2004). Nurses attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital. *International Journal of Nursing Studies* 41, 183-189.

Cowan, T. & Allan, L. & Griffiths, P. (2002). A pilot study into the problematic use of opioid analgesics in chronic non-cancer pain patients. *International Journal of Nursing Studies* 39, 59-69.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Drew, N., Nyström, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM VI, 1994

Fahlke, C. & Melin, A-G. (2006-2007). *Riskbruk Missbruk Beroende Forskning & Vård*. Intellecta DocuSys AB, Västra Frölunda, 2006.

Fredriksson, L. & Eriksson, K. (2001). The patients narrative of suffering: a path to health? An interpretive research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Science* 15: 3-11.

Gadamer, H.G. (1989/1960). I: Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Kongsgaard, U., Bell, R. & Breivik, H. (2005). Smertelindring ved stoffmisbruk eller langvarig opioidbehandling. *Tidsskrift Nor Laegeforen nr, 20 125:2808-10*.

Michna, E. et al (2003). Predicting Aberrant Drug Behavior in Patients Treated for Chronic Pain: Importance of Abuse History. *Journal of Pain and Symptom Management* Vol, 28 NO. 3 September.

Kvale, S. (1996). *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publ.

- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys – fenomenet Fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.
- Leissner, T. (1997). *Alkohol. Ett psykosocialt, beteende- och samhällsvetenskapligt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindberg, Kajsa. (2002). I: Fahlke, C. & Melin, A-G (2006-2007). *Riskbruk Missbruk Beroende. Forskning & Vård*. Intellecta DocuSys AB, Västra Frölunda 2006.
- Läkemedelsboken 2005/2006. (2005). Apoteket AB, AO Konsult Almqvist & Wiksell Tryckeri AB Uppsala ISBN 91-85574-52-x Apoteket AB, Stockholm.
- Läkemedelsvärlden (2003). www.lakemedelsvarlden.nu
- Skårner, A (2006). I: Fahlke, C. & Melin, A-G. (2006-2007). *Riskbruk Missbruk Beroende. Forskning & Vård*. Intellecta DocuSys AB, Västra Frölunda 2006.
- Socialstyrelsen SOSFS 2004:8 *Underhållsbehandling vid opiatberoende*
- Spak, L. (2001). Women and alcohol. *Early background factors and aspects of comorbidity*. Göteborg: Göteborgs Universitet, Inst för allmän medicin.
- Torper, J. & Steine, S. (2004). Seponering av B-preparater- hvordan opplever brukerne det? *Tidskrift Nor Laegeforen* nr, 18 124: 2342-4
- Täkhä, J. (1979). *Alkoholism as an narcissistic disturbance*. Psychiatria Fennica, Finnish psychiatry.
- Uljens, M (1984) . *Fenomenografi- forskning om uppfattningar*. Institutionen för pedagogik Göteborgs Universitet.
- Uljens, M. (1988). *Fenomenografi-forskning om uppfattningar*. Fenomenografiska notiser 7. Göteborgs Universitet: Institutionen för pedagogik.
- Vikander, B. & Andersson, G.(2002). *Rehabilitering & Behandling- Ett samverkansprojekt för patienter med läkemedelsberoende*. Beroendecentrum Nord, Centrala Stockholms produktionsområde
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*.Stockholm: Natur och Kultur.