

Lunds universitet
Socialhögskolan
SOL065 vt-06

Vägen ut

Metadonpatientens sociala rehabilitering

Författare: Anna Svensson

Handledare: Dolf Tops

Abstract

The purpose of the study was to examine what possibilities and obstacles, according to the personnel and patients in a methadone treatment, exist in the patient's social rehabilitation. How does the methadone treatment encourage the patient's social rehabilitation, what possibilities/obstacles are there according to personnel and patients? What does the patient see as important aspects of his/her social rehabilitation and what importance does the methadone have on the treatment? The results show that there are difficulties for patients to rebuild their life, find employment, start new social networks and get by with everyday tasks. The support from friends and family will simplify the patient's social rehabilitation, otherwise they get isolated and alone. Patients feel that they are fighting for a successful treatment so that they can have a relationship with friends and families again. Several patients and personnel, have experienced that patients often get a negative reception from society because parts of the society hold the opinion that methadone are a substitute for heroin and therefore not an accepted treatment program. Some of the patient's goals are to start work, earn their own money so that they will not have to rely financially on the social services.

Innehållsförteckning

<i>Förord</i>	4
1. Inledning	5
1.1 Problemformulering	5
1.1.1 Syfte och frågeställningar	6
1.1.2 Centrala begrepp.....	6
1.2 Metod och urval	7
1.2.1 Studiens uppläggning	7
1.2.2 Resultatens tillförlitlighet	9
1.2.3 Urvalsmetoder	11
1.2.4 Etiska frågor.....	12
1.3 Disposition	12
2. Bakgrund	13
2.1 Historik	13
2.2 Tidigare forskning	16
2.3 Teoretiska utgångspunkter	19
3. Analys av intervjuer	23
3.1 Socialt nätverk	23
3.2 Metadonpatientens bemötande	24
3.3 Sysselsättning och ekonomi	26
3.4 Motivation	27
3.5 Det nya drogfria livet och risken för återfall	28
4. Sammanfattande slutdiskussion	31
5. Källförteckning	35
Bilaga 1 - Intervjuguide	
Bilaga 2 - Informationsbrev till patienterna	
Bilaga 3 - Informationsbrev till personalen	

Förord

Jag skulle vilja rikta ett stort tack till personal och patienter på metadonprogrammet i Helsingborg. Min uppsats hade inte genomförts utan personalens hjälp, samt att patienterna var så vänliga att låta mig ta del av deras liv och historia.

Ett tack till min handledare, Dolf Tops, för tips och idéer.

Sist skulle jag vilja tacka min familj och mina vänner för att de alltid tror på mig.

Anna Svensson

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Inte lång tid efter att metadonbehandlingen påbörjats, på 1960 talet, blev den ifrågasatt av personer inom den drogfria narkomanvården (Svensson, 2005). Konflikten kring metadonprogrammet bestod framförallt av vårdideologiska motsättningar mellan ett medicinskt och ett socialpolitiskt synsätt på missbrukets bakomliggande orsaker. Det medicinska synsättet stod läkarna vid metadonbehandlingen för och det socialpolitiska synsättet stöddes av socialtjänsten, Riksförbundet för hjälp till läkemedelsmissbrukare (RFHL), frivilligorganisationer och den drogfria narkomanvården samt politiker och massmedia (Johnson, 2005). Motståndarna till metadonbehandlingen menar att metadonet är ett substitut för heroin och att de personer som deltar i behandlingen blir känslomässigt avtrubbade, samt att risken finns att metadonet läcker ut på den svarta marknaden (Svensson, 2005). Ledaren i Dagens Nyheter 2004-03-20, representerar den sida av debatten som stödjer metadonbehandlingen. Förespråkarna för metadonprogrammet menar att rätten till metadon inte enbart handlar om minskad kriminalitet och prostitution utan om rätten till något slags liv över huvud taget. Förespråkarna anser även att metadon, oavsett hur goda behandlingsresultat man får, inte har en plats i samhället så länge det finns en nolltollerans mot narkotika i samhället och de menar att man måste anpassa politiken efter hur samhället ser ut och inte tvärt om.

Många studier har visat på goda resultat för metadonbehandlingen. En av dessa utfördes av Marlene Stenbacka och Anders Romelsjö, 1993, och visade på en positiv utvärdering av programmet. Behandlingen resulterade i en markant minskning av patienternas sjukhusvård, kriminaliteten, samt dödlighet. De såg även en klar förbättring gällande patienternas livssituationer (Svensson, 2005). Det har även framgått i en rapport från Socialstyrelsen (1997:22) att patienternas situation kring boende, arbete/studier, ekonomi, socialt umgänge, kontakt med föräldrar, ökad aptit samt fysisk och psykisk hälsa har förbättrats markant efter inträdet i metadonbehandlingen. Av de patienter som deltog i undersökningen uppgav 38 procent att de ser en förbättring på sex av de totalt sju ovannämnda områdena. Metadonbehandlingen har alltså haft positiva resultat på många olika livsområden för patienterna, både fysiskt och psykiskt.

Fokus i min uppsats är på hur patienterna och personalen på metadonbehandlingen ser på de mer psykiska och sociala delarna av rehabiliteringen.

Att ha ett missbruk betyder i regel att man blir stämplad av samhället. Missbrukarna möts ofta av en negativ syn, att de på grund av sitt missbruk saknar moral och människor undviker dem gärna eftersom de uppfattas som annorlunda (Ebaugh, 1988).

Det som är intressant är hur personal och patienter i metadonbehandlingen ser på patientens framtid. Vad anser de att det finns för möjligheter och hinder i den sociala rehabiliteringen? Bidrar den negativa synen på metadonbehandlingen till eventuella hinder i patienternas sociala rehabilitering?

1.1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med min undersökning är att studera vilka möjligheter och hinder det, enligt personal och deltagare i metadonbehandlingen, finns i metadonpatientens sociala rehabilitering.

Mina frågeställningar är:

- Vad görs i metadonbehandlingen för att främja patientens sociala rehabilitering?
- Vilka möjligheter och hinder ser patienten i sin sociala rehabilitering?
- Vilka möjligheter och hinder ser personalen i patientens sociala rehabilitering?
- Vilka faktorer, utöver metadonet, anser patienten spelar en roll för deras sociala rehabilitering?
- Vilken betydelse har metadonet i den sociala rehabiliteringen?

1.1.2 Centrala begrepp

Social rehabilitering

Inom metadonbehandlingen får patienterna det medicinska preparatet metadon men även hjälp på andra område, det vill säga med den mer sociala aspekten av livet (Svensson, 2005).

Enligt Nationalencyklopedin (2006) består rehabilitering av medicinska, psykologiska, pedagogiska samt sociala åtgärder för att personen ska få tillbaka bästa möjliga funktionsförmåga. Personen får hjälp att återanpassas och en möjlighet till ett normalt liv.

Med social rehabilitering menar jag de områden som uppkommer utöver drogberoendet och suget efter heroinet, som till exempel bekymmer och problem med ensamhet, familjen, att hitta en sysselsättning, bostad och få en ordnad ekonomi.

Patient

Jag har valt att använda mig av begreppet *patient* när jag talar om de personer som går i metadonbehandlingen. Detta var ett begrepp som personalen på metadon-teamet använde sig av och jag valde därför att enklast använda mig av samma begrepp som dem. Metadonet är ett medicinskt preparat och deltagarna i behandlingen ses därför som patienter. Nationalencyklopedin (2006) förklarar *patient*: ”en person som p.g.a. sjukdom eller jämförbart tillstånd har kontakt med hälso- och sjukvården i avsikt att få någon form av råd, behandling eller omvårdnad.”

1.2 Metod och urval

1.2.1 Studiens uppläggning

Jag har valt att använda mig av en kvalitativ studie på en begränsad mindre grupp, samt ett helhetsperspektiv för att få täckande empiri på mitt avgränsade område och den grupp jag ska studera (Davidson & Patel, 1994). Ett antal metadonpatienters berättelser om sin livssituation och deras sociala rehabilitering är grunden i min undersökning.

Min uppsats utgår ifrån ett hermeneutiskt förhållningssätt, att tolka och skapa förståelse. Forskarens för-förståelsen är inte ett hinder utan en tillgång i tolkningen av forskningsobjektet (Davidson & Patel, 1994). Holme & Solvang (1997) beskriver för-förståelsen som den uppfattning man har på olika företeelser tack vare sina erfarenheter tidigare i livet. Det är omöjligt att inte få med sin för-förståelse i sin undersökning med tanke på att den alltid finns med oss och det är detta vi präglas av.

Nackdelen med det hermeneutiska synsättet är om forskaren inte arbetar med att inte låta sig styras av sina socialt grundade fördomar, då blir undersökningen vinklad på ett sätt som överensstämmer med forskarens värderingar. Fördelen är om forskaren, trots sina egna värderingar, är mottaglig för den empiri som inte överensstämmer med hans/hennes fördomarna och på så sätt skapar en bild av både det som bekräftar fördomen men även det som ifrågasätter forskarens värderingar.

Det hermeneutiska synsättet är en motsats till det positivistiska och strävar efter att förklara olika företeelser. Att inom det hermeneutiska synsättet skapa förståelse innebär att forskaren försöker återskapa den studerade individens tankar, synsätt och känslor med hjälp av empati (Hilte, 1996).

Induktiv analys

Det finns två system att dra slutsatser utifrån sitt material, deduktiv och induktiv. Jag har valt den induktiva analysen. Det innebär att man drar allmänna och generella slutsatser utifrån sin empiriska information. Med denna metod kan man tyvärr inte vara hundra procent säker, men man kan dock få fram större eller mindre sannolikheter (Thurén, 1991). Patel & Davidson (1994) förklarar det induktiva synsättet med att man utan tidigare teorier undersöker forskningsobjektet och formulerar sen en egen teori utifrån den empiri som framkommer. Men detta synsätt betyder inte att forskaren samlar empiri helt utan förutsättningar, forskaren har alltid egna idéer om det samlade materialet som färgar teoribildandet.

Jag valde detta system att analysera mitt material eftersom jag inte ville studera metadonbehandlingen utifrån tidigare teorier för att se om de fortfarande stämmer, utan jag ville hellre studera metadonbehandlingen utan några konkreta förkunskaper. På grund av mitt begränsade antal intervjupersoner kan jag inte påstå att jag utifrån min empiri kan dra generella eller allmänna slutsatser som passar in på alla i samma situation, och inte heller skapa någon teori, men jag har gett en inblick i ett fåtal individers livssituationer på metadonbehandlingen.

Analysen av mina intervjuer har jag valt att dela upp i fem olika teman; socialt nätverk, metadonpatientens bemötande, sysselsättning och ekonomi, motivation samt det nya drogfria livet och risken för återfall. Under dessa teman knyter jag min empiri med tidigare forskning och de teoretiska utgångspunkter jag valt att använda mig av.

Standardisering och strukturering

Standardisering är frågornas utformning och ordning under intervjun (Patel & Davidson, 1994). Med standardisering menas i vilken grad frågorna och situationen är den samma för alla tillfrågade. En standardiserad intervju kännetecknas av en avsaknad av variation (Trost, 1997). Min uppsats är upplagd på ett ostandardiserat vis, det vill säga att jag inte ställde exakt samma frågor till alla mina intervjupersoner. Enligt Trost (1997) består en ostandardiserad intervju av att den intervjuades språkbruk, och det som kommer fram under intervjun, bestämmer i vilken ordning frågorna ställs, samt vilka frågor som används. Följdfrågor formuleras allteftersom intervjun pågår.

Patel & Davidson (1994) beskriver en ostrukturerad intervju med att intervjupersonen får mycket utrymme att svara fritt på frågorna, inga fasta svarsalternativ. Även Trost (1997) tar upp olika grader av struktur på intervjuerna. En kvalitativ intervju kan innebära en viss grad av strukturering, vilket betyder att man innan intervjun bestämt sig för vilka delar man vill

veta mer om. Jag har valt att använda mig av en semi-strukturerad intervjuform, det vill säga att det är den sociala rehabiliteringen i metadonprogrammet jag vill titta närmare på men intervjupersonerna får fritt berätta utifrån vissa punkter (teman) jag följer för att hålla mig till mitt syfte och mina frågeställningar (intervjuguide, se bilaga 1).

Fördelar och nackdelar med den kvalitativa studien

En kvalitativ undersökning ger en helhetsbild som gör att det blir enklare att skapa förståelse och öppnar upp för en inblick i den enskilda individens livssituation. Nackdelen är att det endast blir ett litet urval som studeras och risken är att den grupp man studerar kanske inte representerar den typiska gruppen i stort. Inom den kvalitativa studien måste forskaren även vara beredd att under undersökningens gång kunna ändra sitt upplägg om det skulle komma upp nya vinklar och perspektiv som forskaren inte tagit med från början, vilket kräver flexibilitet. Vidare är en nackdel att intervjuerna ger olika mycket information eftersom vi under första intervjun inte har lika mycket kunskap med oss som under den sista intervjun. Varje ny intervju ger oss mer kunskap och bygger på vår syn på det studerade området och bidrar på så vis till att intervjuerna inte blir samma. Vi har förmågan att i de senare intervjuerna få fram mer empiri på grund av det vi fått med oss i bagaget (Holme & Solvang, 1997).

Holme & Solvang (1997) beskriver att den kvalitativa intervjuformen bidrar till att vi kan skapa en relation och fånga individens speciella livssituation. Informationen får vi under lediga förhållanden där intervjun liknar ett samtal och intervjupersonen får berätta fritt om sitt liv. Detta leder till att den information vi får blir trovärdig men kan kanske inte alltid vara giltig för andra i samma situation. Den skapar en bra bild av just denna persons situation men informationen säger inte att det är just så här för en annan grupp i samma situation. Författarna menar att den kvalitativa undersökningen har en hög grad av validitet, men en lägre grad av reliabilitet.

1.2.2 Resultatens tillförlitlighet

Validitet

Validitet handlar om att undersöka det man avsett att undersöka (Patel & Davidson, 1994). Till exempel om forskaren ska studera hur många gånger i veckan en person går på bio måste svaren eller svarsalternativen vara i dagar och inte sällan, ofta eller aldrig eftersom det kan betyda olika för olika personer (Troost, 1997). För att få en god validitet kan man använda sig

av en utomstående, som dessutom är kunnig inom området, som kan läsa igenom materialet för att se att man undersökt det man avsett (Patel & Davidson, 1994). Detta fick jag hjälp med av min handledare som under arbetets gång läste igenom mitt material och gav mig feedback, tips och idéer.

Möjligheten att få fram giltig information är större i kvalitativa intervjuer där vi går djupare in och närmare in på intervjupersonen. Men det kan vara svårt att som intervjuare avgöra bästa sättet för att få fram giltig information, genom passivitet eller aktivitet? (Holme & Solvang, 1997).

Med tanke på mitt val av få och öppna frågor använde jag mig mer av en passiv roll. Jag lät intervjupersonen få prata fritt och styrde upp ibland när jag kände att vi gled bort från ämnet, samt kom med följdfrågor för att få ut mer information om ett visst område.

Reliabilitet

Reliabilitet handlar om att det vi undersöker görs på ett tillförlitligt sätt. Samma mätning ska vid en annan tidpunkt ge samma resultat, detta gäller främst inom kvantitativa undersökningar och passar inte så bra till de kvalitativa (Trost, 1997). En hög reliabilitet får man vid intervjuer som har en hög strukturering och standardisering (Patel & Davidson, 1994). Mina intervjuer hade en låg grad av dessa båda vilket enligt Patel & Davidson resulterar i en ganska låg grad av reliabilitet.

Författarna menar även att det finns risk för att en så kallad ”intervjuareffekt” uppstår, det vill säga att intervjuaren uppträder på ett sätt som gör att intervjupersonerna förstår vad som förväntas av dem och vad de borde svara (Patel & Davidson, 1994). Men jag anser inte att jag har påverkat intervjupersonerna till specifika svar, bland annat eftersom jag använt mig av öppna frågor som gett utrymme till intervjupersonerna att själva välja vad och hur de vill berätta. Jag använde mig även av bandspelare så jag har kunnat gå tillbaka till intervjun och stämna av att jag uppfattat allt som sagts. Vidare anser jag även att jag under intervjuerna tänkte mycket på vilket intryck jag gav samt att inte ställa ledande frågor och ge intervjupersonerna tid att fundera och tänka till. Widerberg (2002) beskriver att man som intervjuare inte ska vara rädd för pauser och tystnad under intervjun. De är inte farliga, utan ger bara intervjupersonen god tid att reflektera.

Jag valde att utföra intervjuerna i metadon-teamets lokaler för att intervjupersonerna, och då speciellt patienterna, skulle befinna sig i en miljö som de är vana vid.

Det finns en möjlighet att det faktum att jag som ung kvinna kan påverka utfallet av intervjuerna eftersom patientgruppen i metadonbehandlingen mest består av män. Men i detta

fallet anser jag att den risken inte är stor med tanke på att jag inte intervjuade en stor skala patienter och både dessa samt personalen var av en ganska jämn fördelning mellan könen.

1.2.3 Urvalsmetoder

När jag bestämde mig för att skriva om metadonbehandlingen tog jag kontakt med metadon-teamet i Helsingborg. Där fick jag kontakt med personalen och de var villiga att ställa upp på intervjuer samt att hjälpa mig med att få fram patienter som jag skulle kunna prata med. Mitt urval av intervjupersoner har därmed varit i enighet med vad Holme & Solvang (1997) beskriver som ett icke slumpmässigt urval. Kvalitativa undersökningar vill skapa djup och förståelse och urvalet görs därför utifrån specifika kriterier.

Jag intervjuade totalt sex personer, en intervju med varje person á ca: 45 – 60 min. Tre av dessa var personal från metadonbehandlingen, en kurator och två sjuksköterskor som även tjänstgjorde som kontaktpersoner till patienterna. De resterande tre intervjupersonerna var patienter, två män och en kvinna. Detta urval gjordes för att jag ville få fram både personalens syn på behandlingen och patienternas. Jag gjorde ingen avgränsning i fråga om ålder, kön eller hur länge de varit i behandlingen. Självklart passar det mindre bra med patienter som endast varit i behandlingen någon vecka men jag lämnade det upp till personalen att avgöra vad som var ”lagom”. Sjuksköterskorna ville jag intervjua eftersom det är de som träffar patienterna när de får sina doser av metadonet och blir då de personer som patienterna har mest kontakt med. Kuratorn står för den psykosociala delen av behandlingen och arbetar mycket med patienterna i olika motivationsprogram.

Patienterna fick jag kontakt med via personalen på metadonbehandlingen. Jag hade ett brev om förfrågan av intervjupersoner borta på metadonbehandlings lokaler, samt att personalen frågade patienterna om de var intresserade. Några gick med på att ställa upp, medan andra inte var lika villiga. Personalen beskrev att de inte haft något speciell tanke med just dessa patienter utan frågade de flesta för att se om någon skulle vilja ställa upp.

En eventuell svaghet med valet av mina intervjupersoner är att de blev tillfrågade av personalen om de skulle kunna tänka sig att ställa upp på en intervju. Personalen har förförståelser och en bild av de olika patienterna som de använde sig av i valet. En annan brist är att de tre patienter som jag intervjuat förvisso befunnit sig i programmet en viss tid men inte i fler år. Patienter med längre erfarenhet inom behandlingen hade kanske kunnat ge en mer tillförlitlig syn på den sociala rehabiliteringen eftersom de varit med längre och känt av behandlingens positiva och negativa sidor bättre.

1.2.4 Etiska spörsmål

Efter att jag fått kontakt med mina intervjupersoner skickade jag ut ett informationsbrev (se bilaga nr 2 & 3) där jag förklarade vad min uppsats kommer att handla om, samt information om anonymitet, förfrågan om jag kunde använda mig av bandspelaren med mera.

Jag förklarade vid intervjun att deltagandet var frivilligt och att allt de säger behandlas med försiktighet och att de förblir anonyma. Det var upp till intervjupersonerna att själva avgöra hur mycket de ville berätta och jag förklarade att om det var någon fråga som de inte ville svara på hade jag respekt för det. Detta tar Widerberg (2002) upp i sin bok "Kvalitativ forskning i praktiken", där hon beskriver att det är viktigt att inte trycka på allt för mycket för att få fram svar på frågor som intervjupersonerna känner obehag av eller inte vill svara på. Intervjun får inte göra att personen känner sig utelämnad.

Enligt Holme & Solvang (1997) är det viktigt att sätta individens integritet i fokus. Personen ska själva kunna avgöra vilken information de vill förmedla, samt att intervjuaren ska respektera deras beslut. En annan aspekt författarna beskriver är att det ska finnas ett skydd för intervjupersonens psykiska och fysiska integritet. Med detta menar de att intervjupersoner kan vara i utsatta situationer och därför är det viktigt att lägga upp intervjun så att den inte medför några psykiska eller fysiska skador. Jag valde att lösa detta genom att om det eventuellt skulle uppkomma frågor kring intervjun efteråt var de välkomna att höra av sig till mig, samt att jag tog kontakt med sjuksköterskorna och meddelade patienterna att de stod redo om de kände att intervjun väckt mycket känslor och behövde prata. Dock tog ingen av patienterna kontakt med mig efter intervjuerna.

1.3 Disposition

Jag avslutar detta första kapitel med att ge en kort överblick av upplägget av min uppsats. I kapitel 2 tar jag upp den historiska delen av metadonbehandlingen, samt förklarar begreppet metadon och ger en kort inblick i hur debatten kring metadonbehandlingen sett ut. Jag ger även en kort beskrivning av metadonprogrammet i Helsingborg. I kapitel 2 tar jag upp tidigare forskning och mina teoretiska utgångspunkter som jag använt mig av. Kapitel 3 består av min analys av intervjuerna och är uppdelat i olika ämnesområden. Vidare följer en sammanfattande slutdiskussion, kapitel 4. Där finns en kortare summering av mina resultat, en diskussion av de resultat jag ansåg speciellt intressanta, samt egna reflektioner.

2. Bakgrund

I detta kapitel börjar jag med att beröra delar av metadonbehandlingens historia. Jag beskriver även preparatet *metadon*. Vidare tar jag upp delar av den debatt som förts kring metadonbehandlingen sedan den infördes i Sverige, samt tar upp exempel på de argument som motståndarna och förespråkarna använde sig av. En kort beskrivning av metadonprogrammet i Helsingborg finns även i detta kapitel. Efter det följer en resumé av den tidigare forskning som finns inom området och vad den har gett för resultat. Sist i detta kapitel presenteras de teoretiska utgångspunkter jag använt mig av.

2.1 Historik

1966 startades, vid Ullåkers sjukhus i Uppsala och på initiativ av professorn Lars Gunne, det första metadonprogrammet i Sverige (Svensson, 2005). Starten för metadonprogrammet blev ett slags antiklimax på grund av att Lars Gunne under det första halvåret endast fått remisser på två patienter som hänvisats till Ullåkers behandling. Detta kan till viss del bero på att opiatmissbruket vid denna tid inte var speciellt etablerat i Sverige (Johnson, 2005).

Kriterierna för att komma in på metadonprogrammet var, år 1969, att personen som sökte skulle ha fyllt 21 år och haft ett heroinmissbruk som varat i minst fem år och bestått av ett flertal avgiftningar samt återfall. Patienten fick inte lida av svåra psykiska sjukdomar eller ha ett avancerat blandmissbruk. Dessa kriterier var samma som USA hade använt sig av i deras metadonbehandling. Från och med augusti 2004 består kriterierna av att patienten skall ha fyllt 20 år och haft ett opiatmissbruk sedan 2 år tillbaka. Han/hon ska kunna ta till sig informationen om behandlingen och lämna sitt samtycke. Metadonbehandling får ej ges om patienten är beroende av andra preparat som kan innebära en medicinsk risk eller om det finns skäl att tro att annan behandling skulle vara tillräcklig, vilket innebär att annan behandling ska provas innan individen får prova på metadonbehandlingen (SOSFS 2004:8). Björn Johnson menar att det inte skall ställas lika höga krav på huruvida patienten har varit i annan behandling tidigare, mer vikt bör läggas vid om patienten blivit erbjuden drogfri vård. Han menar att man inte kan tvinga patienterna till vård som de inte vill ha (Johnson, 2005).

Metadonprogrammet får endast bedrivas inom öppenvården på särskilda kliniker där medicineringen kombineras med terapeutiska behandlingar. Målet är att när patientens sociala och psykologiska situation har stabiliserats kan metadonet tas bort, men detta kräver flera års rehabilitering (Johansson & Wirbing, 2005). Ytterligare mål med behandlingen är att patienterna med hjälp av metadonet och socialpsykologiska stödåtgärder ska kunna skaffa sig

en utbildning, fast anställning, boende, bilda familj och bryta missbruket. En stabil livssituation ska skapas för patienten så han/hon inte återfaller i missbruket och kan lämna behandlingen (SoS, 1990:22).

Metadon

Från opium framställs med hjälp av en enkel kemisk bearbetning morfinbas, morfin och heroin. Till denna grupp hör också de syntetiskt framställda preparaten, så kallade morfinderivat som till exempel metadon. Metadon är ett morfinersättningsmedel som används bland annat för att behandla svåra smärtor, till exempel till cancer patienter. Preparatet används även vid underhållsbehandling av heroinmissbrukare och dricks då upplöst i juice och ger ingen berusningsverkan (SoS, 1990:22). Metadonet ges i en dos så att alla opiatreceptorer blockeras. Detta leder till att en eventuell tillförsel av morfin eller heroin blir meningslös eftersom "kicken" uteblir. Utöver detta tar metadonet även bort patientens sug efter opiater. När metadonet dricks, upplöst i juice, ger det en långsam och stabil verkan. Men det är av stor vikt att metadonet ges i rätt dos och utan sidomissbruk annars kan det bidra till ett omfattande missbruk (Johansson & Wirbing, 2005).

Metadondebatten

Detta avsnitt ska illustrera de motsättningar som uppkom i samband med metadonprogrammets inträde i den svenska missbruksbehandlingen. Argumenten från motståndarna och förespråkarna av behandlingen kan sättas i relation till hur rehabiliteringen i metadonprogrammet ser ut nu samt hur synen på patienten är ute i samhället.

Debatten bestod av ett medicinskt synsätt och ett socialpolitiskt (Johnson, 2005). Den socialpolitiska sidans argument var bland annat att när heroinisterna får metadon är det inte en behandling utan enbart en ersättning av drogen. Motståndarna pekar även på att risken är stor att metadonpatienterna säljer sitt metadon på den svarta marknaden och använder andra droger istället. De menade vidare att metadonet gör patienterna känslomässigt avtrubbade och drog paralleller mellan metadonets effekter och en kemisk lobotomering. Till sitt försvar hävdade metadonförespråkarna att terapeutisk behandling är fullt möjlig inom programmet. De nekade inte till att metadon påverkar känslolivet men de jämförde med att det var i så pass mindre grad än om patienten skulle ha ett pågående heroinmissbruk. De framhöll även att många heroinister vill ha metadon trots att de känner till biverkningarna. Förespråkarna för metadonprogrammet förklarade till sitt försvar att metadonet inte ger eufori utan endast tar bort suget vilket gör att patienten då kan klara av att sköta sitt jobb och ha en normal tillvaro.

Risken för läckage förhindras genom de stränga reglerna som kontrollerar metadon innehavet ordentligt (Svensson, 2005). Även Johnson (2005) berör frågan kring läckage av metadonet. Han menar, precis som Bengt Svensson, att Ullåkers metadonprogram redan från början var välkontrollerat och läckage inte var någon omfattande företeelse.

Som ett exempel på argument från motståndarnas sida av debatten skriver Inger Atterstam (1998-04-02, sid 7) i en artikel i Svenska Dagbladet om effekterna av metadonbehandlingen. Hon menar att det inte är någon skillnad mellan metadon och heroin samt att hennes erfarenhet av intervjuer med metadonpatienter har visat på att det är svårare att sluta med metadonet än med heroinet. Avgiftningen blir värre eftersom metadonet sitter kvar i kroppen längre än heroinet, bara ett ytterst fåtal har lyckats sluta helt utan att falla tillbaka i något missbruk.

Den utdragna konflikten kring metadonprogrammet ledde till att många miste livet i väntan på vård, exakt hur många är oklart. Under tiden som metadonprogrammet hade ett intagningsstopp, 1979 till 1984, dog femtio procent av de drygt 100 personer som väntade på att få komma in i programmet (Johnson, 2005)

Metadonprogrammet i Helsingborg

Metadonprogrammet i Helsingborg öppnade januari 2000 och startades som en filial till metadonprogrammet i Lund (Region Skåne, 2006). På grund av intagningsstopp, samt att 40 procent av patienterna i Lund var bosatta i Helsingborgs området, beslöts att en metadonbehandling även skulle finnas i Helsingborg (DrugNews, 1999-11-16). Sedan juni 2003 är metadonprogrammet i Helsingborg en av Sveriges fem självständiga behandlingsprogram (Region Skåne, 04-06-03). Metadonprogrammets lokaler i Helsingborg finns på sjukhusområdet och behandlingen är ett samarbete med psykiatri där resurser distribuerats till metadonbehandlingen (DrugNews, 1999-11-16) På programmet arbetar läkare, sjuksköterskor, socionom (kurator), psykolog och läkarsekreterare (Region Skåne, 2006).

Patienterna som kommer till behandlingen får först läggas in för avgiftning och har sen daglig kontakt med personalen på metadonprogrammet där de hämtar ut sin dos samt lämnar urinprov. Behandlingen erbjuder även sina patienter motivationsprogram och akupunktur för att få hjälp med att slappna av och bli av med det psykiska suget (Region Skåne, 2006).

2.2 Tidigare forskning

Den sociala rehabiliteringen bestod på 1960-talet av att patientens sociala förhållanden utvärderades och han/hon fick hjälp med att ordna arbete, studier och/eller bostad. I början av behandlingen fick patienterna ta metadonet under kontrollerade former medan allt eftersom tiden gick kunde patienten få med sig doser hem för att själv kunna sköta intaget. På 1970-talet blev det trendigt med behandlingshem för missbrukare där individerna själva samverkade till goda behandlingsresultat med hjälp av gruppterapeutiska medel. Detta arbetssätt påverkade även metadonprogrammet genom att patienterna aktivt fick delta i avdelningens skötsel och annat praktiskt arbete. I USA, som var före Sverige i användandet av metadon, fick patienterna ingen social rehabilitering utan försågs endast med metadonet. Detta på grund av det stora antalet missbrukare och en expansion av behandlingen som ledde till försämrade villkor för patienterna. Detta var en av de många orsakerna till att metadonprogrammet inte var speciellt omtyckt och accepterat i Sverige. 1981 kom Socialstyrelsen med en utvärdering av metadonprogrammet och de konstaterade att behandlingen var väl kontrollerad och inte alls kunde kopplas samman med de negativa erfarenheter av behandlingen som USA hade haft. Rapporten visade på att behandlingen gav goda resultat och ledde till en avsevärd förbättring för patienterna vad gällde arbete, studier och minskad kriminalitet (Johnson, 2005). Dock underströk rapporten att resultaten var osäkra på grund av problem med metoden, mycket tack vare det ringa materialet som använts (Johnson, 2003).

En utvärdering utfördes 1973 av Leif Grönbladh, programchef vid beroendekliniken vid Ullåker i Uppsala. I studien deltog patienter i åldersgruppen 20-24 år. De valdes slumpmässigt ut i två grupper. En kontrollgrupp med 17 personer som fick traditionell narkomanvård, samt en annan grupp på 17 personer som fick behandling i metadonprogrammet. Patienterna följdes under en tidsperiod på sex år. Resultaten visar att 81 procent av patienterna i metadongruppen var drogfria och hade en sysselsättning antingen i form av arbete eller studier. Motsvarande siffra i kontrollgruppen för samma områden var endast en person. Även mortaliteten i metadon-gruppen uppvisade goda resultat. Ingen hade avlidit under de sex åren som undersökningen ägde rum, medan kontrollgruppen hade en dödlighet på 7, 2 procent under samma period (Grönbladh, 1996).

Enligt Svensson (2005) sammanställde Socialstyrelsen, 2004, en kunskapsöversikt som de kallade "Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare". Rapporten var en omfattande genomgång av forskning inom området samt vetenskapliga artiklar. Resultaten visade att metadonet var det mest beprövade preparatet och att patienter med metadon stannar kvar i behandlingen i större utsträckning jämfört med andra preparat. Patienterna får även en

förbättrad social situation och ökar sina chanser till överlevnad. Läckagerisken av preparatet måste programmen vara vaksamma över och övervaka intaget i kontrollerade former. Rapporten lägger vikt vid att en behandlingsplan noggrant upprättas för att ge patienten så goda chanser som möjligt till rehabilitering. Nytt regelverk för metadonprogrammet började gälla 2005, vilket innebar att det slogs fast att en behandlingsplan ska gemensamt upprättas mellan socialtjänsten och metadonprogrammet (Svensson, 2005).

Flertalet av patienterna i metadonprogrammen försörjer sig med hjälp av bidrag från samhället, till exempel socialbidrag, sjukbidrag eller en kombination av de båda. Under år 1989 var det enbart 18 procent av de 261 patienterna som deltog i undersökningen som inte erhöll socialbidrag. Andelen steg 1997 till 47 procent, men detta berodde inte på att patienterna klarade sig bättre utan samhällets stöd utan ökningen berodde snarare på att fler gått över till sjukbidrag (Socialdepartementet, 2001).

För en missbrukare är de första känslorna efter att individen bestämt sig för att ändra sin livssituation fyllda av ångest och osäkerhet. "being scared I couldn't do it,.....scared shitless, not knowing if I could really do it or not" (Ebaugh, 1988 s. 143). Det tar ungefär ett halvår innan missbrukaren kan börja känna optimism över att förändringen ska kunna genomföras (Ebaugh, 1988). Arne Kristensens (2000) intervjuade missbrukare som beskrev att de kände sig otrygga och osäkra i början av sina drogfria liv. Rädslan leder till en känsla av hopplöshet, att bara släppa allt och fly in i missbruket igen. Motivationen sätts på prov och de tvivlar på hur de ska orka ta sig an problemen som drogfriheten för med sig. Suget efter drogen var något alla i Kristensens undersökning fick tampas med. Saknaden efter drogen påverkade individerna på både ett psykiskt och ett fysiskt plan. Det som andra ser som vardagliga och enkla sysslor blir, för dem som kämpar med att bli fri ett missbruk, oerhört svåra och tidskrävande.

Att missbrukaren trots osäkerhet väljer att lämna missbruket kan bero på många olika faktorer. Bland annat har individen fått upp ögonen för hur slutkörd han/hon är, både fysiskt och psykiskt, och orkar inte längre upprätthålla det som en missbrukande livsstil innebär (Kristiansen, 2000). När individen når sin "personliga botten" och tröttnat på sitt missbruk blir han/hon mer mottaglig för behandling (Blomqvist, 2002).

Alla kanske inte klarar av att stå emot suget och för de flesta inträffar några återfall under deras väg bort från missbruket. Att ta sig ur missbruket liknar mycket vid vägen in i missbruket. I början provar man drogfriheten lite då och då, men råkar ut för flera återfall. Efter detta gäller det att anpassa sig till den drogfria världen och skapa sig en ny livsstil, men även nu händer det att individen återfaller i missbruket. Även om många ser återfall som en

del av systemet att lämna missbruket för återfallet med sig många problem. Till exempel blir individen dömd av samhället och dessa reaktioner kan i sin tur bidra till fler återfall. Återfallet kan vara en början till att individen ifrågasätter det nya livet och drogfriheten och återfallet blir en process av flera tillfällen. Om individerna får mycket kunskap och information om återfallen och vad som kan leda dem till återfall blir det enklare för dem att ta itu med problemen när de uppstår. Individerna kan då förutse och förhindra suget efter drogen och kämpa för att inte börja med drogerna igen (Svensson, 2005).

Jan Blomqvist (2000) drog slutsatsen att för att få fram en lösning på missbruksproblematiken bör individens nivå av negativ stress och påfrestningar i vardagen minska kraftigt. En låg nivå av stress bidrog nämligen till att utveckla en positiv psykisk hälsa, samt bättre livsvillkor. Tydligast märktes en förbättring hos dem som tidigare haft problem med kriminalitet, en förbättring i individernas sociala relationer, samt en mer positiv framtidsutsikt på arbetsmarknaden.

En viktig aspekt av den sociala rehabiliteringen anser Ebaugh (1988) är det sociala nätverket. Hon menar att de som har svårast att lämna ett missbruk är de som saknar det sociala stödet och får på så vis även svårt att skapa en ny identitet utanför missbruket. Att känna sig ensam, isolerad och utan stöd leder till att missbrukaren lättare faller tillbaka in i missbruket. Familj, släkt och nära vänner är nyckelpersoner i missbrukarens förmåga att etablera ett nytt liv och en ny identitet. Men även om missbrukaren har ett stöd från familj och vänner innebär uppbrottet med missbruket att individen ska lämna vännerna från den livsstilen bakom sig och skapa nya relationer. I sin förra vänskapskrets kände individen sig hemma och bekväm men tvingas nu ta kontakt med människor som inte missbrukar. Här blir stödgrupper så som Anonyma Narkomaner (NA) en viktig del i relationsskapandet.

Positiva faktorer som verkat för att individen ska fortsätta i sin drogfrihet har visat sig vara bland annat stöd från betydelsefulla andra, nya levnadsvanor och nytt socialt liv. Dessa ses som en vinst för att individen genomgått en förändring och upprätthåller denna nya livsstil. Det som hjälper till att fylla det tomrum som drogen lämnat efter sig är arbete, familj, livet i sig, fysiska aktiviteter, ny identitet, sociala aktiviteter samt andra substitut som till exempel NA-möten (Blomqvist, 2000).

2.3 Teoretiska utgångspunkter

Stämplingsteorin

Ett intresse väcktes under 1960 talet för den symboliska interaktionismen och dess syn på det sociala samspelets inverkan på individens självkänsla och självbild. Ur den symboliska interaktionismen lanserade Howard S Becker, Erving Goffman, Thomas Scheff och Edwin Lemert stämplingsteorin (Hilte, 1996). Det engelska ordet för stämplingsteorin är "labeling-theory" eftersom man anser att sociala problem uppfattas som en etikett, eng. "label", som fastnar vid en person och han/hon stämplas som en avvikare. Teorin studerar hur människor definierar varandra som avvikare, samt hur omgivningen sedan behandlar den avvikande personen (Ejrnäs & Kristiansen, 2002). Stämplingsteorin grundar sig på en felaktig uppfattning (profetia) av en person och följs sedan uppfattningen av en handling i linje med vad folk tror leder detta till att profetian blir sann, "Vad var det jag sa" (Östnäs, 2000).

Samhällets definition av en person som en avvikare, till exempel en missbrukare, gör att han/hon övertar den definitionen på sin självbild. Samhället "dramatiserar ondskan". Den person som blir utpekad som avvikare drivs på så vis längre och längre bort från det som samhället anser vara det normativa och knyter sig till avvikande gäng (Hilte, 1996). Självbilden beskrivs som en persons uppfattning av sig själv i förhållande till hur samhället anser att man skall vara. Självbilden föds man inte med utan den utvecklas i samspel med bland annat föräldrarna (Goldberg, 2005). Goldberg (2000) menar att när en person blir stämplad som avvikare leder detta till personliga bekymmer som ångest och en negativ självbild. Att handla i enighet med den stämpling personen har fått leder till att stämplingsreaktionen blir större och problemen förstärks ytterligare i en negativ spiral. Stämplingen är inte enstaka händelser utan ett förlopp av negativa reaktioner från andra människor, vilket gör att personen tvingas omdefiniera sin självbild till det mer negativa. Avvikandet blir en karriär där personen arbetar sig igenom olika stadier, där varje stadium är en grund för nästa. Eftersom stämplingen finns med under långt tid är det svårt att snabbt förändra en persons självuppfattning till det mer positiva, precis som stämplingen är detta en lång process. Goldberg (2005) menar att samhället är en av dem som stämplar individerna. Detta kan börja redan i barndomen när barnet tar steget ut från familjen och in i till exempel skolans värld. Samhället ger en respons på personens beteende och man lär sig vad som är normativt beteende, en del handlingar är bra och andra dåliga. Samhället utsätter individen för smärta och personligt lidande på grund av hur samhället väljer att bemöta individerna.

När individen förändrar sin livssituation skapas en ex-roll som samhället reagerar mot. Individen blir helt enkelt känd som ett "ex". Att lämna rollen som missbrukare ses som en positiv förändring från samhällets sida. Individens status som ex-missbrukare är högre än som missbrukare. Trots detta ser samhället många gånger det som att en gång missbrukare alltid en missbrukare. Individerna får kämpa med att välja att berätta om sitt missbruk eller ej. Om de förnekar döljer de en del av sig själva, men att berätta kan innebära att de till exempel mister chansen till jobbet de var intresserade av. Före detta missbrukare berättar att när de förklarar sin historia blir människor ofta obekväma i deras närhet. Detta leder till att före detta missbrukare lättare dras till samma grupp av människor som de själva för att undvika att behöva förklara och stå till svars (Ebaugh, 1988). Även Arne Kristensen (2000) framhåller att individer som ska lämna ett missbruk känner skuld, skam, att de är mindre värda samt är rädda för vad människor ska tro och tänka om dem. Kristensen beskriver hur de personer han intervjuat valt att inte berätta om sin missbruks historik för att undvika andras frågor och dömande blickar. De som berättade för människor om sitt missbruk var ofta oroliga över om de vänliga reaktionerna var äkta eller ej. Detta gällde i högre grad bland de kvinnor som Kristensen intervjuat. För männens del fanns också skuld och skam och en rädsla över hur de ska komma att bli bemötta men blev inte dömda lika ofta som kvinnorna hade uppfattat det. Möten med individen i samma situation, som till exempel Anonyma Narkomaner (NA), är ett stort stöd för att kunna handskas med samhällets stämpling. Där behöver man inte möta människornas alla frågor och reaktioner. De personer som Kristensen intervjuat säger att NAMötena varit till hjälp i deras väg ut ur missbruket, där har de kunnat känna sig trygga.

Transteoretiska modellen

Jag valde att titta närmare på den transteoretiska modellen eftersom det är denna modell som kuratorn på metadonprogrammet i Helsingborg använder sig av i sitt arbete med patienterna och deras motivation. Modellen ska jag koppla ihop med empirin från intervjuerna och tidigare forskning.

Motivationen rör sig i en cirkulär process där individen lätt kan följa med i sin utveckling genom de olika faserna (Johansson & Wirbing, 2005). Modellens olika stadier följer med individen i dess skapande av nya beteenden, bearbetning av redan existerande beteenden samt brytande av det destruktiva beteendet. Med hjälp av den transteoretiska modellen kan individen och behandlaren följa och identifiera viktiga element i förändringsprocessen (DiClemente, 2005).

Den transteoretiska modellen består av fem stadier:

- **Före begrundan:** Missbrukaren ser inte sig själv som en missbrukare. Det är under detta stadium viktigt för behandlaren att påpeka för individen om de negativa följder som kommer av han/hennes beteende. Detta måste göras på ett sätt som gör att individen är mottaglig för informationen och tar till sig den för att kunna röra sig till nästa stadium (Johansson & Wirbing, 2005).
- **Begrundan:** Individen är nu klar över att det föreligger ett problematiskt beteende och funderar över sin situation (Svensson, 2005). Individen är mycket ambivalent och behöver hjälp med att formulera anledningar till att vilja förändra. Behandlaren måste även ge individen en ökad kunskap om konsekvenserna av sitt beteende, samt visa på hur ett alternativt beteende skulle kunna se ut. Individen måste arbeta med att försöka se sig själv och sin situation på ett nytt sätt (Johansson & Wirbing, 2005).
- **Förberedelse:** Tankar blir till handling (Svensson, 2005). Mål formuleras och planering inför en förändring påbörjas. Behandlaren bör i detta stadium ställa frågor som stimulerar till förändring (Johansson & Wirbing, 2005).
- **Handling:** Individen slutar nu med sitt missbruk. I detta stadium krävs i de flesta fall någon form av vårdprogram. Detta är det mest tids omfattande stadiet i den cirkulära processen (Svensson, 2005). Individens nya beteende ska byggas upp för att kompensera problembeteendet. Han/hon måste lära sig att hantera det stimuli som leder till missbruket. Behandlaren ska stå för en stödjande relation och ge kunskap om fallgroparna (Johansson & Wirbing, 2005).
- **Bibehållande:** Drogfriheten är mer stabil och fokus läggs på att stå emot lusten till återfall (Svensson, 2005). Att ge individen en fortsatt information om fallgroparna och förstärka det nya beteendet och den nya livsstilen (Johansson & Wirbing, 2005).

Återfall ses som ett steg tillbaka i stadierna och en förändring sker inte tvärt utan gradvis steg för steg (Johansson Wirbing, 2005). Ett återfall beror på att individen inte har slutfört uppgifterna i något stadium och är på grund av detta inte redo att ta sig vidare till nästa. Detta betyder inte att individen inte kan förändra sin situation, utan beror på att det krävs mer kunskap och information (DiClemente, 2005).

Den transteoretiska modellen lägger vikt vid hela beslutsprocessen och inte vid enskilda beslutsfaktorer. Det gäller för individen att skapa en fungerande vardag och fylla tomrummet

som drogen lämnar kvar (Svensson, 2005). Vägen till en förändring består av många olika element (stadierna) som individen måste ta sig igenom för att kunna fortsätta framåt och skapa ett nytt beteende (DiClemente, 2005).

3. Analys av intervjuer

3.1 Socialt nätverk

Ebaugh (1988) lägger vikt vid det sociala nätverkets betydelse när individen ska lämna missbruket. Författaren menar att en stödjande familj eller vänskapskrets bidrar till en positiv förändring. Det sociala nätverket hjälper individen att göra framsteg i sin sociala rehabilitering samt finns där för stöd i svåra stunder. Det finns ett visst samband mellan de som inte klarar av att fullfölja behandlingar för att bli drogfria och avsaknaden av ett socialt stöd. Känslor av att vara ensam och utelämnad i sitt förändringsarbete leder till att individen har svårare att lyckas fullfölja behandlingen och att lämna missbruket bakom sig.

Personalen på metadonteamet i Helsingborg anser även de att det sociala nätverket har en viktig roll i patientens behandling. De patienter som har ett drogfritt nätverk får det enklare att finna stöd i förändringen av sin livssituation. Personalen ser att ett flertal av patienterna, oftast de som är något äldre, är mycket ensamma eftersom det umgänge de hade förut var inom missbruket och när de nu ska lämna det bakom sig blir det ensamt och tomt. Missbruket påverkar även patientens relation till familj och vänner och har patienten missbrukat länge tappar de ofta kontakt med sitt drogfria sociala nätverk.

Denna åsikt delar även de patienterna jag fick kontakt med på metadonprogrammet. De känner att det blir en viss tomhet på det sociala området, jämfört med hur det en gång var. Men de förstår även hur viktigt det är att bryta med sitt förflutna för att kunna gå vidare samt att de befinner sig i en annan del av livet nu när de går i behandlingen och har inte samma relation till de vänner som de hade förut.

...jag kan ju ändå känna att det, det umgänget jag hade, det vi pratade om, det vi hade gemensamt....det, det har man ju inte längre så att det tycker inte jag känns speciellt konstigt. Jag vet första gången jag gick in på behandling sa de till mig att du måste sluta umgås med dom och dom, jag tyckte inte dom va kloka i huvudet. Det gör jag aldrig, det e mina vänner och så....men nu efter många behandlingar så tycker jag att nä, det , det behövs att man bryter (citat, patient).

Patienterna som jag intervjuade var ganska unga, tillhörde den något yngre gruppen i metadonprogrammet. De var glada för att en del av dem hade kvar barndomsvänner och familj, samt nu fått kontakt med sina barn igen som de på grund av missbruket tappat kontakten med.

Att lämna en missbrukskarriär innebär ofta att individen ska skaffa sig ett nytt socialt nätverk. Många blir introducerade till möten så som Anonyma Alkoholister (AA) och

Anonyma Narkomaner (NA). Där kommer individerna i kontakt med personer i samma situation som de själva och får stöd och tips i hur de kan bemöta svårigheter i vardagen. Individer trivs tillsammans med människor som är lika och på dessa möten delar alla samma historia och problematik och de behöver inte försvara sig eller förklara (Ebaugh, 1988).

Personalen på metadonprogrammet berättade att deras patienter ofta inte är välkomna på NA möten eftersom NA anser att metadonet är en drog och personerna måste vara drogfria för att kunna delta. Detta såg både personalen och patienterna som en brist. Patienterna saknar den gemenskap som finns på NA mötena och efterfrågar gärna något liknande inom metadonbehandlingen. Personalen berättar att det har tidigare funnits på prov att sätta ihop träffar och göra aktiviteter tillsammans, bland de som går på metadonbehandlingen i Helsingborg. Men intresset var inte stort och inte många deltog när det väl blev aktuellt. Det diskuteras nu om det ska provas något liknande igen. En patient menar:

Man gör ju inga grejer själv så att...det e ju inget kul att gå och träna själv eller... man möter dom mest lite flyktigt här. Man säger hej och snackar lite så men inte att man gör något tillsammans. Vi umgås ju inte med varandra. Det gjorde man förr men inte nu...sen man började här så umgås man ju inte så... (citat, patient).

3.2 Metadonpatientens bemötande

Metadonprogrammet har varit mycket omdebatterad sedan behandlingen introducerades i Sverige på 1960 talet. Fortfarande finns det människor som anser att metadon är en bra behandling medan andra anser motsatsen eftersom de tycker att metadonprogrammet endast byter en drog mot en annan. Goldberg (2005) anser att samhället stämplar individerna och det är samhällets reaktioner på handlingar som lär människor vad som samhället anser vara rätt och fel beteende.

Personalen på metadonbehandlingen i Helsingborg ansåg att patienterna kan ha svårigheter att komma in i samhället på grund av att åsikterna finns kring metadon som ett substitut till heroin. På detta sätt beskrev en av personalen situationen:

Dom har svårt att komma ut på arbetsmarknaden, vissa sysselsättningsprojekt är de inte välkomna i, dom e inte välkomna till KRIS, det e svårt för dem att gå på NA emellanåt. Men folk har ju börjat ändra uppfattning, även media lite börjat ändra uppfattning om subutex och metadon. Vilket har underlättat på vissa, när det gäller vissa saker i samhället. Men dom e ju fortfarande inte, subutex och metadonpatienter e fortfarande inte välkomna på särskilt många ställen. Och där e mycket fördomar inom t.ex. arbetsförmedling och liknande (citat, personal).

På metadonprogrammet i Helsingborg har personalen sett att det finns en stor okunskap bland myndigheterna runt om patienterna. De ska därför, i samarbete med socialtjänsten, gå ut till bland annat anstalten i Helsingborg, frivården och arbetsförmedlingen och informera om

metadonprogrammet för att det inte ska bli några missförstånd om vad behandlingen innebär. Personalen anser att det är viktigt att samarbeta med andra myndigheter och att skapa en relation som kan bidra till att patienterna får en bättre behandling. Anders Östnäs (2000) menar att människor kan ha en felaktig uppfattning av en person och ser endast personen på detta sätt, personen stämplas till ett visst beteende och att vara på ett specifikt sätt. Detta försöker personalen på metadonprogrammet motverka genom ökad kunskap hos myndigheterna.

Patienterna har skilda erfarenheter av hur de har blivit och blir bemötta på grund av att de går på metadonbehandlingen. En del ansåg att de fick ett negativt bemötande när de till exempel kom i kontakt med andra myndigheter. ” Ja, folk anser ju att det e en drog. Så e det ju så att...dom anser ju inte att man e ren så e det ju...” (cit. patient). Även patienterna ser att synen kan bero på okunskap om missbruk och metadonbehandlingen. En av patienterna tycker att lösningen ligger i mer kunskap medan andra ser på det hela mer hopplöst och tänker att det inte gör någon skillnad eftersom allt grundar sig i Sveriges nolltollerans kring narkotika och att det är den som gör att en del människor ser negativt på metadonbehandlingen. Ebaugh (1988) menar att samhället ofta kan stämpla missbrukare som just missbrukare och även om individerna lagt missbruket bakom sig förblir de missbrukare. Individerna kan ha problem med att veta om de kan berätta om sin missbrukshistoria eller om det kan kosta dem jobbet de ansökt om. Vid en av mina intervjuer med patienterna kom det fram att detta var något som denna person tänkt mycket på. Han/hon hade varit med om att vid tidigare behandlingar valt att inte berätta att han/hon gick i behandling för att slippa skämmas eller vara rädd för att bli bortstött. Men sedan personen börjat på metadonprogrammet har han/hon inte känt att det varit något att dölja. Personen känner att metadonbehandlingen är hans/hennes räddning och känner därför inte att det är något att skämmas för utan berättar gärna att han/hon går på behandlingen. Även Arne Kristensens (2000) intervjupersoner menar att det kan vara svårt att veta för vem man kan berätta om sin bakgrund utan att bli negativt bemött och om de reaktioner man får är äkta.

Andra patienter hade en mer positiv erfarenhet och blivit bemötta av samhället på ett vänligt och tillmötesgående sätt.

Nä jag har varit i kontakt med många myndigheter och....Nä, inte nått...nä faktiskt inget otrevligt. Utan det har i så fall varit tvärtom, ett par som jag träffade det var ju då i och för sig också inom sjukvården, som tyckte det var jätte roligt att jag fått hjälp och att det fungerar liksom. Den reaktionen har jag mer fått. Men det kanske beror på vilka sorts myndigheter man stöter på, så dom jag stöt på har bara varit positiva (cit. patient).

Inom stämplingsteorin förklarar Goldberg (2000) att när en individ blir stämplad, vare sig det är som missbrukare eller något annat, leder detta till personliga bekymmer och negativa konsekvenser för individens självkänsla. Individen ser ner på sig själv och uppfattar sig som den stämpling andra gett honom/henne och detta leder till ångest. Patienterna på metadonprogrammet berättade att de alla hade någon slags ångestproblematik eller depression. Detta var något en del haft problem med sedan de börjat missbruka, andra på grund av svårigheterna att förändra sitt liv och sluta med drogerna.

3.3 Sysselsättning och ekonomi

Enligt personalen på metadonprogrammet i Helsingborg är det inte helt enkelt att få arbete eller annan slags sysselsättning som patient på metadonprogrammet. En del patienter har turen att få en praktikplats eller plats på någon dagligverksamhet, men långt ifrån alla. Eftersom de inte har något arbete och då inte heller någon egen inkomst får de klara sig på socialbidrag och sjukbidrag. Men personalen informerar mig om att patienterna nästan aldrig får sjukbidrag nuförtiden eftersom Försäkringskassan har skärpt sina regler och krav. Enligt Socialdepartementets rapport (2001), var det 82 procent av de patienter som deltog i undersökningen som fick socialbidrag. Siffran ökade något under följande år men detta berodde på att en del gått över till sjukbidrag istället för socialbidrag.

Patienterna jag kom i kontakt med har en stark önskan om att skaffa sig ett riktigt arbete, kanske börja studera, och kunna försörja sig själva. En patient beskrev hur han/hon har som mål att bli drogfri för att kunna skapa sig ett ordentligt liv med ett fungerande arbete och på så vis kunna slippa vara beroende av socialen på det ekonomiska området. Aspekter som för ”vanliga” människor enbart är en del av vardagen, som att till exempel vara med i facket, beskriver en patient som ett oerhört viktigt mål att sträva efter. En annan patient beskrev hur han/hon skulle vilja ha sin ekonomiska situation i framtiden:

.. det spelar ingen roll va jag jobbar med, bara man får pengar. Så spelar det ingen roll, jag kan gå här ute och plocka papper det gör mig inget. Så att...bara betalningen e så man klarar sig. Det e det som e det viktiga. Det e inget kul att gå på soc. precis så...jag tror inte man har mycket mer pengar att röra sig med när man jobbar men det blir ju det att man slipper ha dom som kontroll hela tiden (citrat, patient).

En patient berättade att hon hade haft turen att få komma med i en dagligverksamhet där missbrukande kvinnor med barn kan gå för att sysselsätta sig under dagarna. Hon tyckte det var skönt att få komma ut om dagarna och göra något, samt att få träffa folk och kunna prata av sig om det skulle behövas. En annan patient hade precis fått reda på att han/hon ska få en

praktikplats i Helsingborg, som socialtjänsten hjälpt till att skaffa. Han/hon kan förstå om det i framtiden inte blir så enkelt att skaffa sig ett ”riktigt” arbete, eftersom patienterna kanske måste försvinna från jobbet för att hämta sitt metadon eller lämna urinprov. Att det borde ställas mer krav på dem som får socialbidrag anser en av patienterna. Han/hon anser inte att missbrukare bara ska få hämta ut sina pengar utan att krav ställs på dem. Han/hon menar att krav på någon slags sysselsättning borde ställas: ”i alla fall nån timme om dan. Det skulle dom väl kunna tvinga folk till” (citat, patient).

Leif Grönbladh (1996) fick, av en undersökning 1973, fram att 81 procent av undersökningsgruppen i metadonprogrammet hade någon form av sysselsättning eller hade börjat studera. De patienter jag kom i kontakt med hade de flesta någon form av sysselsättning om dagarna, eller var på väg att få. Det beror även på vad Grönbladh definierade som sysselsättning. Ett ”vanligt” arbete verkade, enligt personal och patienter på metadonprogrammet i Helsingborg, svårt att få. Mycket hängde på om socialtjänsten kunde få fram praktikplatser eller liknande. Personalen menade på att det är svårt att motivera personer som varit missbrukare i 20-30 år att börja arbete, men även svårt att hitta arbetsplatser som är villiga att ta emot dem.

3.4 Motivation

Att arbeta med patienternas motivation är något som personalen gör genom hela behandlingen. Kuratorn arbetar med Prochaskas och DiClementes transteoretiska modell där patienten går igenom olika stadium i sin väg ut ur missbruket, detta illustreras i form av ett hjul. Detta hjul följer patienten i dess skapande av den nya livsstilen, samt i bearbetningen av de gamla och problematiska beteendena (DiClemente, 2005). Patienterna på metadonprogrammet ansåg att denna modell var bra att arbeta med och gjorde det enkelt att följa utvecklingen i behandlingen.

I mina intervjuer med både personal och patienter på metadonprogrammet kom det fram att en del patienter har mer motivation till en förändring än andra. Att alltid se de ljusa punkterna i tillvaron är inte alltid enkelt för patienterna. En patient förklarade att han/hon provat på motivationsprogrammet, som kuratorn bistår med, men att detta inte gett honom/henne något eftersom det inte finns någon energi till att göra saker eller själva bidra till en förändring. När det finns problem i så många olika områden, sysselsättning, boende och så vidare, tappar patienterna lusten att göra något åt saken. Som en patient sa: ”Det enda jag

gör när jag kommer hem e att sätta mig och titta på tv. Så att...och det e inte så intressant att prata om” (citrat, patient).

Sjuksköterskorna arbetar även de med motivationen i deras möte med patienterna. En ur personalen berättar för mig om vikten av att ha någon liten ”morot” i behandlingen som bidrar till att patienten har något att kämpa för.

... igenom kommunen nån sån här träning där de får bo där och visa då under nått års tid att de kan sköta sånt och gör man det under ett års tid så brukar det ofta att dom får ta hand om kontraktet. Att i början, under ett års tid då står det soc. och att om dom inte sköter det kan dom plockas ut. Men sköter man det då kan man få överta kontraktet själv (citrat, personal).

I den transteoretiska modellen finns hela tiden behandlaren med i processen för att guida, ge råd och stöd och ställa de rätta frågorna som får patienten att fortsätta framåt i sin behandling (Johansson & Wirbing, 2005). En sjuksköterska ansåg att det stadium som patienterna skulle kunna behöva mest stöd och motivation är ”bibe hållandet”, när det gått bra för patienten några månader men att patienten nu börjar tvivla och ifrågasätta att det skall vara så här resten av livet. Han/hon menar att då är det viktigt att uppmuntra dem på alla sätt och vis och att det kan vara bra med någon slags ”morot”, som att få ta över kontraktet på sin lägenhet, för att visa på de positiva effekterna som drogfriheten bär med sig.

Kuratoren berättar att i motivationsprogrammet, där man arbetar med den transteoretiska modellen, arbetar man mycket med den sociala förändringen. Att identifiera och bearbeta olika beteendemönster, stötta när problem uppstår och att patienten ska kunna lära sig att hantera sin vardag. De flesta patienterna brukar finnas i stadierna ”begrundan”, ”förberedelse” och ”handling” när de börjar på metadonbehandlingen. De är medvetna om att det finns ett problem men de har oftast ännu inte förberett sig eller tagit något beslut om hur denna förändring skall ske. Enligt kuratören är ”bibe hållandet” det stadium som patienterna har svårast med. ”... att detta ska faktiskt fortsätta och att man inte ska gå tillbaka. Där e det ju faktiskt många som faller också av olika anledningar ” (citrat, personal).

3.5 Det nya drogfria livet och risken för återfall

Även de mest vardagliga sysslorna, som att gå till banken eller att handla mat, blir energikrävande och ansträngande för de som försöker lämna ett missbruk (Kristensen, 2000). I intervjun med en av sjuksköterskorna på metadonprogrammet i Helsingborg framkom att det fanns en önskan om att det skulle finnas insatser i behandlingen just för att hjälpa patienterna

med det vardagliga livet, detta kunde personalen se att det skulle vara behövt. Även patienterna berättade om hur svårt det är att få styr på dagarna och skapa struktur.

När jag började här fick jag ha schema över allt jag skulle göra, gå upp äta frukost och sånt. Dammsuga, diska och sånt. Och ändå så kände jag att jag inte hade tid med allting. Jag förstod ju inte hur jag skulle kunna ha en dag där jag skulle hinna göra något annat än att bara ta hand om dom grejerna. Så det e jäkligt svårt (citrat, patient).

Enligt den transteoretiska modellen är återfallet ett tecken på att individen inte slutfört allt som krävts i ett stadiet innan han/hon gått vidare in i nästan och är därför inte förberedd på nästkommande stadium. Detta leder till att individen tar ett steg tillbaka i sin väg ut ur missbruket. För att hjälpa individen tillbaka på rätt spår krävs mycket information och kunskap om farorna och hur patienten ska hantera dessa (DiClemente, 2005). Bengt Svensson (2005) menar på att återfall ger problematiska följder för individen. Även om återfall ses som en del av vägen ut ur missbruket blir individen trots detta stämplad av samhällets negativa reaktioner av handlingen vilket bidrar till att individen kanske känner en hopplöshet och utsätter sig för ytterligare återfall.

En patient beskrev vilken enorm lättnad det var att personalen på metadonprogrammet inte var dömande om det skulle inträffa ett återfall. Han/hon berättar att i tidigare behandlingar har individen åkt ut direkt om något sånt skulle inträffa men nu känner han/hon att det går bra att komma och berätta vad som hänt och att personalen lyssnar och sen arbetar med motivation och förstärkning utifrån var patienten befinner sig just nu.

... jag har aldrig kunnat ta EN gång och sen avsluta det. Sen har det varit igång och sen har man stuckit från behandlingen och kommit tillbaka några månader senare. Här har jag kunnat ta ETT fix, ångra mig, gå hit och må skit dåligt över det som hänt och då hjälper dom mig därifrån, pratat med mig, hjälpt mig hur jag ska lära mig tänka för att inte ta en till och allt det här. Andra behandlingar tror ju att det hjälper att ge en straff, men det går ju inte. Det går ju inte att straffa en narkoman...(citrat, patient).

Svensson (2005) uppfattning är att de individer som återupptar ett heroinmissbruk har svårt för att endast ta ett "fix", utan de faller enkelt tillbaka i samma mönster som tidigare och drogmissbruket är igång igen.

Den transteoretiska modellen lägger vikt vid att, speciellt under stadierna av "handling" och "bibehållande", förse individen med mycket kunskap om återfall och vad som utlöser dessa samt vad individen kan göra för att förhindra att de inträffar (Johansson & Wirbing, 2005). Detta arbetade kuratorn, och även resten av personalen, med på metadonprogrammet i Helsingborg. Att hela tiden motivera och främja en utveckling av en drogfri tillvaro. Kuratorn menar att även om man är drogfri och inte går på någon behandling så finns alltid risken att falla tillbaka och det måste individen lära sig att leva med. "...när man pratar om missbruk så

e det kanske aldrig så att man går ur för att det e alltid något man måste vara uppmärksam på och alltid ha med dig i bakhuvudet att detta e ett bekymmer” (citat personal). Svensson (2005) instämmer med Prochaskas och DiClementes transteoretiska modell, att information och kunskap om återfall är viktiga element i individens drogfrihet. Desto enklare och tidigare individen kan identifiera signaler på ett kommande återfall desto snabbare kan han/hon arbeta med detta och förhindra att det inträffar.

Att hålla sig ifrån drogerna är i den transteoretiska modellen den femte fasen, den så kallade bibehållande fasen. Här är det betydelsefullt för behandlingspersonal att ge patienten information och vägledning kring fallgroparna, samt ge en positiv förstärkning på den förändring som individen genomgått (Johansson & Wirbing, 2005). Enligt Jan Blomqvist (2002) är stöd från familj och vänner är viktiga faktorer för att individen ska hålla sig från drogerna. Även de nya vanor och den nya livsstil som individen skapar, som till exempel intressen och fritidsaktiviteter, hjälper till att hålla individen drogfri. Att skapa en ny fungerande vardag bidrar till att individen kan ersätta det tomrum som drogen lämnat efter sig.

När jag frågade patienterna vad de ansåg var speciellt positivt med framtiden svarade en av dem: ”Det som e mest positivt e ju att jag har kommit hit och kan ha min dotter. Jag menar att hon kan börja lita på en så...att hon vet att man kommer när man säger det. Att man inte bara uteblir som det var innan” (citat, patient). Familjen är något som patienterna jag intervjuade på metadonprogrammet ansåg vara en stor anledning till att de kämpade för att hålla sig drogfria. Positiva följder av drogfriheten, som att kunna umgås och skapa en relation med sina barn som man under missbruket inte kunnat ha mycket kontakt med, ger patienterna ett mål att sträva efter. En patient berättade om sina planer inför framtiden och de mål som drev honom/henne att hålla sig drogfri, vilka var att skaffa sig ett så kallat ”Svensson-liv”. ”...jobba åtta timmar om dan, med familj och allt, hund och villa. Allting, det hade varit super! Sånt som man inte vågat skaffa innan för man vet inte hur länge man ska leva” (citat, patient).

4. Sammanfattande slutdiskussion

Syftet med min uppsats var att studera vad det finns för möjligheter och hinder i metadonpatientens sociala rehabilitering, enligt patienterna själva men även personalen.

Mina totalt sex intervjuer med både personal och patienter på metadonprogrammet i Helsingborg visar att det fanns en hel del hinder i patienternas sociala rehabilitering som både personal och patienter kunde identifiera. Givetvis fanns det även möjligheter men det verkade som att det var enklare att sätta ord på vad som skulle kunna bli problematiskt än tvärtom. Det var som en av intervjupersonerna i personalen berättade att: ”... möjligheter finns väl i stort sätt, ser jag inte nått stopp inte utan finns väl i stort sätt att man kan gå hur långt som helst” (citrat, personal). En stor möjlighet för en god rehabilitering, ansåg både personal och patienter, är ett socialt nätverk. Att ha kvar familj och vänner eller att ha skapat nya betydelsefulla sociala kontakter gav en stor positiv inverkan på utgången av behandlingen. Stödet från det sociala nätverket, intressena i den nya livsstilen, hobbyer, vanor och aktiviteter håller individen borta från drogerna. Patienterna menade även att det faktum att de nu kan ha en regelbunden och stabil kontakt med sina barn gör otroligt mycket för att de ska känna att det är det drogfria livet de strävar efter.

En annan drivande kraft till ett drogfritt liv var, från patienternas sida, önskan om ett ”normalt Svensson-liv”. Patienterna beskrev en önskan om att kunna bygga upp allt som de alltid velat ha men innan, på grund av missbruket, inte kunnat skaffa sig. Sådant som man annars kanske tar för givet som att vara med i facket eller ha familj och hus, ansåg patienterna var ett högt mål att sträva efter nu när de var i metadonbehandlingen. De kämpar för att skaffa sig sysselsättning så de kan stå på sina egna ben och slippa gå på socialbidrag eller få sjukpension. Det positiva som några patienter berättade var att en del patienter hade någon slags sysselsättning eller skulle påbörja en och fick därmed dagliga rutiner och kom ett steg närmare ett ”vanligt” arbete. Men trots detta såg både personal och patienter att bristen på sysselsättning tyvärr kan vara ett hinder i deras rehabilitering. Det har även på senare år blivit allt svårare att få sjukbidrag eftersom kraven har höjts, lösningen blir därmed socialbidrag vilket patienterna inte är stolta över.

Det negativa bemötandet från samhället, på grund av att patienterna går i det omdebatterade metadonprogrammet och därmed är beroende av ett läkemedel, kan ses som ett hinder. En del av patienterna hade erfarenheter av att bli bemötta på ett negativt sätt eftersom de gick på behandlingen, medan andra hade enbart positiva erfarenheter från sina kontakter med bland annat myndigheter. Stämplingen från samhället leder till svårigheter när

patienterna till exempel ska ut och sök arbete eller skapa sig en fungerande vardag. Personalen menar att det negativa bemötandet grundar sig ofta i okunskap om metadonprogrammet och dess patienter och de har därför bestämt sig för att, i samarbete med socialtjänsten, ta kontakt med olika myndigheter och informera om behandlingen. En annan svårighet, som patienterna ser det och som troligtvis grundar sig till viss del i det negativa bemötandet, är frågan om patienterna vågar berätta för sin omgivning och personer de möter att de går i behandlingen. Enligt den tidigare forskningen är det många missbrukare som tvekar och är rädda för vad människor ska säga om de berättar sin missbruks historia. Men på metadonbehandlingen var en av patienterna väldigt stolt över att han/hon gick på behandlingen och berättade gärna det för personer han/hon kom i kontakt med, vilket han/hon inte gjort vid tidigare behandlingar. Patienten kände att metadonbehandlingen var det som skulle komma att rädda honom/henne och hade på så vis inget att skämmas för.

Ytterligare en svårighet i metadonpatientens väg ut ur missbruket är risken för återfall. Detta menar DiClemente (2005) beror på att patienten inte varit klar i ett stadium av den transteoretiska modellen innan han/hon gick vidare till nästa stadium. Kraven i det nya stadiet blir för höga och patienten får ett återfall. Men trots risken för återfall visade patienterna på en lättnad inför att de inte behövde smyga med det om det skulle inträffa. De kände att personalen var stödjande och om ett återfall skulle inträffa så hjälper personalen dem att börja kämpa igen. En patient menade på att metadonprogrammet utöver tryggheten att inte bli avstängd, vid ett första återfall, även hjälpt honom/henne att kunna ta endast ett återfall och sen ångra sig för att sen känna att han/hon kan be personalen om stöd och råd. Vid tidigare behandlingar hade ett återfall för samma patient alltid inneburit att han/hon var tillbaka i missbruket i några månader. Att få kunskap om återfall och känna till vad som leder till dem är något som kuratorn arbetar med. Patienterna får i sina samtal med kuratorn råd och stöd för att kunna identifiera signaler till att ett återfall kan vara nära.

Det är inte alltid att motivationen finns för att anstränga sig (att delta i olika aktiviteter), det är då viktigt för personalen att arbeta med patienten kring just motivationen. Kuratorn erbjuder ett motivationsprogram för att underlätta den sociala rehabiliteringen och som har varit givande för de flesta, men det finns även patienter som känner att det inte gör någon skillnad. Det är svårt att se det positiva i tillvaron när det är så mycket som är svårt och att man alltid måste kämpa. Personalen menar på att det är viktigt att betona positiva element som patienten kan ha som mål att kämpa för.

Något som en av sjuksköterskorna efterfrågade för att underlätta för patienterna i deras nya drogfria liv var stöd och kunskap i hur man sköter sin vardag. Hur går man på banken? Hur

städar man sin lägenhet? Hur uppför man sig när man bor i en lägenhet? Hur går man och handlar? Det var många dagliga aspekter som patienterna skulle behöva mycket stöd i, men som det inte fanns speciella resurser till just nu. Tillvaron blir extra svår när patienterna utöver själva metadonbehandlingen ska behöva kämpa med sysslor som människor i allmänhet klarar av på några minuter och som känns som en självklarhet att man klarar av. Även patienterna uttryckte en önskan om mer hjälp på just det området, eftersom de kände att de mest enkla sysslor var svåra och krävande.

En annan brist som kom fram utav intervjuerna med personal och patienter var avsaknaden av gemensamma träffar och aktiviteter bland patienterna på metadonprogrammet. Tidigare förklarade jag vikten av det sociala nätverket för att få en så god rehabilitering som möjligt, samt att synen på metadonet som ett substitut för heroin gjort att patienterna på metadonprogrammet inte är välkomna på de flesta av Anonyma Narkomaners (NA) möten. Personalen berättade att någon direkt uttalad efterfrågan på gemenskap inom programmet inte förekom. Det har varit på prov tidigare men då blev intresset inte så stort, vad detta berodde på visste inte personalen. Patienternas vilja till gemensamma träffar och aktiviteter var blandad, även om en del var mindre positiva att delta skulle de vilja att alternativet fanns så att det kanske kunde bli övertygade att delta.

Slutdiskussion

De mest intressanta resultaten var bland annat patienternas inställning till kontroll. De visade på ett starkt missnöje till socialtjänstens kontroll av att till exempel behöva stå under deras makt för att kunna få socialbidrag. Denna typ av kontroll ville patienterna gärna klara sig utan. Dock hade de, vad som framkom av intervjuerna, inga uttalade problem med att komma till metadonprogrammet och lämna urinprov regelbundet. Kan detta bero på att personalen på metadonprogrammet i Helsingborg hanterar frågan om urinproven på ett sätt som leder till att patienterna inte känner att kontrollen av urinproven är något negativt utan att de utförs i syfte av att hjälpa patienterna?

Ett annat område av intresse är aspekten av återfall. Patienterna visade på en lättnad över att inte behöva, eller för den delen ha möjligheten att, smyga med återfall eller eventuella sidomissbruk. Grönbladh (1996) gjorde 1973 en studie där resultaten pekade på att mortaliteten för patienterna i metadonprogrammet hade minskat. Ingen hade under studiens sex år avlidit medan kontrollgruppen hade haft en dödlighet på 7,2 procent under samma period. Svensson (2005) menar att trots att återfall är en del av vägen till drogfrihet leder det till stämpling från samhället eftersom återfall innebär ett steg tillbaka och på ett sätt att

individerna har misslyckats. Är det så att det faktum att metadonprogrammet i Helsingborg har en policy där patienterna inte automatiskt blir avstängda från behandlingen vid ett återfall, leder till att patienterna känner en trygghet och därför klarar behandlingen bättre? Stödet från personalen på metadonprogrammet, och arbetet med den transteoretiska modellen, är bidragande faktorer för att patienterna ska kunna stå emot den stämpling som Svensson (2005) beskrev. Patienterna på metadonprogrammet i Helsingborg berättade även att de nu, i jämförelse med hur det varit på tidigare behandlingar, kunde ta endast ett ”fix” och sen ångra sig och berätta för personalen som därefter gav dem stöd och hjälp. Tidigare har patienternas återfall varit mer ihållande och varat under flera månader, samt att patienterna då avbrutit den behandling som de varit inne i. Leder vetenskapen om att patienterna inte automatiskt åker ur behandlingen vid ett återfall, samt den trygghet de känner till sina kontaktpersoner, till att återfallen blir kortare och att patienterna enklare och snabbare kan komma på rätt spår igen och kämpa vidare?

Egna reflektioner

Det borde enligt mig finnas mer hjälp att tillgå kring vardagens alla bekymmer. Hur ska patienterna klara av att kämpa och vara motiverade till ett drogfritt liv när de känner sig uppgivna eftersom annars enkla saker som att handla mat och betala räkningar känns omöjliga? Vidare anser jag även att trots att patienterna inte själva efterfrågar gemensamma träffar och aktiviteter så betyder inte detta att intresset inte finns. Det är naturligt att patienterna tar lite avstånd och kanske känner rädsla inför nya aktiviteter eftersom de provat så många liknande projekt tidigare utan resultat och är därför rädda för att det ska misslyckas. Men med rätt stöd från personalen tror jag att det skulle fungera att börja med gemensamma träffar eller aktiviteter. Intervjuerna med patienterna visade på en saknad av den gemenskap som de tidigare haft när de varit i andra behandlingar och haft möjligheten att gå på NAMöten, att kunna prata med personer i samma situation som de själva.

Jag kan förstå att det finns hinder för patienterna i vägen mot ett drogfritt liv, men samtidigt finns det oändligt mycket hopp och möjligheter. Det är upp till patienten hur långt han/hon vill komma och så länge viljan finns och stöd från omgivningen anser jag att metadonpatienten kan uppnå allt det som han/hon drömmer om.

5. Källförteckning

Blomqvist, Jan (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. Stockholm, FoU-rapport 2002:2.

Davidson, Bo & Patel, Runa (1994) *Forskningsmetodikens grunder; att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund, Studentlitteratur.

DiClemente, Carlo (2005) Conceptual models and applied research: The ongoing contribution of the transtheoretical model. *Journal of Addictions nursing*. 16:5-12.

Ebaugh, Helen Rose Fuchs (1988) *Becoming an Ex – the process of role exit*. Chicago, The University of Chicago.

Ejrnäs, Morten & Kristiansen, Sören (2002) ”Perspektiv på sociala problem i USA och Skandinavien” i Meeuwisse, Anna & Swärd, Hans, red,: *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm, Natur och Kultur.

Goldberg, Ted (2000) ”Narkotika” i Goldberg, Ted, red,: *Samhällsproblem*. Lund, Studentlitteratur

Goldberg, Ted (2005) *Samhället i narkotikan*. Solna, Academic Publishing Sweden.

Grönbladh, Leif (1996) ”Metadonbehandlingen i Sverige” i *Nordisk Alkohol Tidsskrift* nr 5-6.

Hilte, Mats (1996) *Avvikande beteende – en sociologisk introduktion*. Lund, Studentlitteratur.

Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn (1997) *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund, Studentlitteratur.

Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2005) *Riskbruk och missbruk – Alkohol – Läkemedel – Narkotika*. Stockholm, Natur och Kultur.

Johnson, Björn (2003) *Policyspridning som översättning. Den politiska översättningen av metadonbehandling och husläkare i Sverige*. Malmö, Daleke Grafiska AB.

Johnson, Björn (2005) *Metadon på liv och död – en bok om narkomanvården och narkotikapolitiken i Sverige*. Lund, Studentlitteratur.

Kristiansen, Arne (2000) *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare*. Stockholm, Bokförlaget Bjurner och Bruno AB

Socialdepartementet (2001) *Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling*.

Socialstyrelsen: *Granskning av metadonbehandlingsprogrammet*. PM 174/87. Stockholm

Socialstyrelsen (1990) *Narkotikaboken – Historik – Preparat – Missbrukare och missbruksorsaker – Förebyggande insatser – Lagstiftning – Vård*. SoS-rapport (1990:22) Stockholm, Modin-Tryck AB.

Socialstyrelsen (1997) *Metadonbehandlingen i Sverige – beskrivning och utvärdering*. SoS-rapport (1997:22) Stockholm, Grafisk Systems.

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

Thurén, Torsten (1991) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm, Liber AB.

Trost, Jan (1997) *Kvalitativa intervjuer*. Lund, Studentlitteratur.

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

Östnäs, Anders (2000) ”De äldre i samhället” i Goldberg, Ted, red.: *Samhällsproblem*. Lund, Studentlitteratur.

Internet

Atterstam, Inger (1998-04-02) *Narkos stoppar metadonberoende*. (s. 7) Svenska Dagbladet
<http://www.btj.se/sb/FrontServlet?session=2329431&service=10&brick=AsokFulltex...>
2006-03-01

Dagens Nyheter (2004-03-20) *Ett anständigt liv*. Ledaren, sid A02.
<http://www.btj.se/sb/FrontServlet?session=2325445&service=10&brick=AsokFulltex...>
2006-02-28

DrogNews (1999-11-16): *Metadonprogrammet utvidgas till max 800 patienter*.
<http://www.drugnews.se/articleprint.asp?id=183> 2006-04-25

Nationalencyklopedin (patient) 2006-04-18:
http://80-www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=280754&i_word=patient

Nationalencyklopedin (social rehabilitering) 2006-04-18:
http://80-www.ne.se.ludwig.lub.lu.se/jsp/search/search.jsp?h_search_mode=simple&h_advanced_search=false&t_word=rehabilitering

Region Skåne (2006):
<http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=7548> 2006-04-25

Region Skåne (04-06-03): *Slutrapport från Arbetsgruppen Helsingborg Pilotprojekt – Psykisk ohälsa och psykisk sjukdom i närsjukvården Version 1*.
<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Sk%C3%A5nsk%20livskraft-v%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa/Dokument/Pdf/Bil4psykslutrap.pdf>
2006-04-25

Socialstyrelsens författningssamling. SOSFS (2004:8). 2006-04-10
http://www.sos.se/sosfs/2004_8/2004_8.htm

Bilaga 1. Intervjuguide

Sjuksköterskorna

- Vad görs för att ge metadonpatienten social rehabilitering?
- Vilka möjligheter och hinder ser ni i patientens sociala rehabilitering?
- Någon speciell insats som ni anser vara viktigare än någon annan/mer behövlig?
- Hur ser samarbetet ut med andra myndigheter?
- På vilket sätt påverkar synen på metadon den sociala rehabiliteringen?

Kuratorn

- På vilket sätt bidrar du till patientens sociala rehabilitering?
- Vad ser du för möjligheter och hinder i patientens sociala rehabilitering?
- Du arbetar med Prochaskas och DiClementes modell (transteoretiska modellen), på vilket sätt? Fungerar den bra? Eventuella brister/möjligheter med modellen?
- Någon insats som du anser fungera bättre/vara mer behövlig än andra?
- På vilket sätt påverkar synen på metadon den sociala rehabiliteringen?

Patienterna

- Bakgrund: ex. Ålder? Bor? Hur länge har du haft ett missbruk? Hur länge har du gått på metadonbehandlingen?
- Vad har du fått hjälp med i din sociala rehabilitering?
- Hur skulle du beskriva att den sociala rehabiliteringen har fått för resultat?
- Vad ser du för möjligheter inför framtiden?
- Vad ser du för hinder inför framtiden?
- Vilken betydelse har metadonet fått i din sociala rehabilitering? På vilket sätt påverkar synen på metadon den sociala rehabiliteringen?
- Något speciellt som du fått hjälp med som du anser vara viktigare än något annat/mer behövligt? Något du vill ha hjälp med som du inte får hjälp med?

Bilaga 2. Informationsbrev till patienterna

Hej!

Först vill jag börja med att tacka att Ni valt att ställa upp på intervju och på så vis bidra till min c-uppsats!

Som Ni redan vet ska min uppsats handla om metadon och den sociala rehabiliteringen, samt vad det finns för hinder och möjligheter i den sociala rehabiliteringen.

Intervjun kommer att ta ungefär en timme och jag skulle vilja be om tillåtelse att använda mig av bandspelare under intervjun. Detta för att jag lättare ska kunna koncentrera mig på intervjun samt att det som sägs ska bli så korrekt som möjligt. Efter intervjun gör jag utskrifter av allt som sagts, om Ni vill får Ni gärna titta på detta material så Ni känner att allt blev korrekt.

Självfallet förblir Ni anonyma och det som sägs under intervjun behandlar jag konfidentiellt, samt att jag givetvis inte delar med mig av det som framkommer på intervjuerna med någon annan i metadonteamet.

Om det är någon fråga som Ni inte känner att Ni vill besvara så respekterar jag givetvis detta. Det är Ni som bestämmer hur mycket Ni vill berätta under intervjun. Allt är frivilligt och Ni kan när som helst avbryta intervjun.

Era kontaktpersoner står till förfogande om Ni känner att intervjun väckt många tankar. Jag har pratat med dem om detta så de är beredda om Ni känner att Ni behöver prata med någon efter intervjun.

Om Ni både innan och efter intervjun har frågor och funderingar kring uppsatsen är Ni välkomna att kontakta mig.

Med Vänliga Hälsningar

Anna Svensson

Mail: sol03asv@student.lu.se telenr: 0702-210713

Bilaga 3. Informationsbrev till personalen

Hej!

Först vill jag börja med att tacka att Ni valt att ställa upp på intervju och på så vis bidra till min c-uppsats!

Som Ni redan vet ska min uppsats handla om metadon och den sociala rehabiliteringen, samt vad det finns för hinder och möjligheter i den sociala rehabiliteringen.

Intervjun kommer att ta ungefär en timme och jag skulle vilja be om tillåtelse att använda mig av bandspelare under intervjun. Detta för att jag lättare ska kunna koncentrera mig på intervjun samt att det som sägs ska bli så korrekt som möjligt. Efter intervjun gör jag utskrifter av allt som sagts, om Ni vill får Ni gärna titta på detta material så Ni känner att allt blev korrekt.

Självfallet förblir Ni anonyma och det som sägs under intervjun behandlar jag konfidentiellt, samt att jag givetvis inte delar med mig av det som framkommer på intervjuerna med någon annan i metadonteamet.

Om det är någon fråga som Ni inte känner att Ni vill besvara så respekterar jag givetvis detta. Det är Ni som bestämmer hur mycket Ni vill berätta under intervjun. Allt är frivilligt och Ni kan när som helst avbryta intervjun.

Om Ni både innan och efter intervjun har frågor och funderingar kring uppsatsen är Ni välkomna att kontakta mig.

Med Vänliga Hälsningar

Anna Svensson

Mail: sol03asv@student.lu.se telenr: 0702-210713