



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

SoL 065

Höstterminen 2004

METADONBEHANDLING

– en studie kring två klinikers sociala arbete

Handledare: Anna Angelin

Författare: Camilla Paulsson

Ulrica Månsson

Abstract

The purpose with this essay was to study how the social work is shaped in the methadone programme and how the staffs treat and work with the social integration for the patients. We have studied the experience of a medical assisted treatment from two different treatment clinics and focused on their treatment programme. We have chosen to focus on the social aspect but we have also been taking part of the medical treatment – the methadone. In order to get a bigger picture of our problem area we also studied how Sweden's narcotic politic is constructed and how a narcotic life could look like before the entrance in the program. We describe this with the help of the theory about the narcotic carrer and the society's view on a normal living.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord	5
1. Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte och frågeställningar	7
1.3 Centrala begrepp	7
2. Metod och urval	8
2.1 Val av metod	8
2.2 Resultatens tillförlitlighet	9
2.3 Urval	10
2.4 Bearbetning av litteratur	10
2.4.1 Genomförande och bearbetning av intervjuer	11
2.5 Fortsatt framställning	11
3. Bakgrund	12
3.1 Sveriges narkotikapolitik	12
3.1.1 Harm reduction	13
3.2 Behandlingsprogrammets framväxt	14
3.2.1 Heroin	16
3.2.2 Metadon	17
3.2.3 Positiva och negativa aspekter på metadon	17
3.3 Livet efter missbruk	19
3.4 Normalitet – den ideala människan	21
3.5 Normalisering	22
4. Teori	23
4.1 Symbolisk interaktionism – stämplingsteorin	23
4.2 Psykosocialt arbete	24
4.3 Missbrukskarriären	26

5. Empiri och kommentarer	27
5.1 Metadonbehandlingen i Lund	27
5.2 Metadonbehandlingen i Malmö	28
5.3 Hur ser behandlingsarbetet ut på klinikerna?	28
5.3.1 Kommentar	30
5.4 Hur ser det sociala arbetet ut i behandlingsprogrammen?	31
5.4.1 Kommentar	33
5.5 Hur ser den sociala integrationen ut för patienten?	34
5.5.1 Kommentar	36
5.6 Hur ser kliniken på patientens möjligheter till social anpassning?	36
5.6.1 Kommentar	38
6. Sammanfattning och slutdiskussion	39
7. Källförteckning	43
7.1 Bilaga med intervjuguide	45

Förord

Vi vill passa på att tacka Lunds och Malmös metadonprogram för Ert vänliga bemötande och att Ni med så kort varsel bokade in tid för intervjuer med oss. Ett särskilt stort tack till Inger Bergh på Malmös metadonklinik och till Mats Svensson och Jan Hermansson på Lunds metadonklinik för att Ni så vänligt ställde upp på våra intervjuer.

Vi vill även tacka vår fantastiska handledare Anna Angelin för all den hjälp vi fått på vägen fram till den slutliga versionen av vår uppsats.

Lund den 27 december 2004.

Ulrica Månsson

Camilla Paulsson

1. Inledning

1.1 Problemformulering

När vi diskuterade ämne till vår C-uppsats kom vi in på underhållsbehandling med metadon för opiatmissbrukare. Det som bland annat väckte vårt intresse var att det i denna behandling förekommer något som vi anser är dubbelmoral, att byta ut ett beroende mot ett annat men under arbetets gång har vårt fokus främst inriktat sig på patients återanpassning till ett normalt liv. Vi har även många funderingar kring hur det sociala arbetet ser ut och hur man åstadkommer detta genom behandlingen.

Metadon är ett narkotikaklassat läkemedel som minskar suget efter heroin och andra opiater. Det används för att avgifta narkomaner. Läkemedlet har använts sedan sextiotalet och en övervägande majoritet av de tunga opiatmissbrukare som fått metadon har återgått till ett normalt liv utan kriminalitet och prostitution. Heroinberoende är förenat med kraftig överdödlighet och under 2001 registrerade 354 dödsfall i Sverige och dödligheten hos obehandlade heroinmissbrukare är uppåt 60 gånger högre än hos normalbefolkningen. Heroinberoende medför också omfattande sjuklighet och sociala komplikationer såväl hos missbrukaren som hos närstående. Läkemedelsassisterad behandling har fått en allt viktigare plats, både vid akuta tillstånd och vid långtidsbehandling och en omfattande dokumentation visar på effektiviteten av metadonunderhållsbehandling (www.sos.se).

Sedan 60-talet har det utvecklats en motpol, harm reduction, till den dominerande svenska modellen prohibition som betyder förbjuda. Harm reduction förespråkar att minska skadornas omfattning kring narkotikaproblematiken till skillnad från prohibition som har en strikt nolltolerans mot narkotika. I Sverige förekommer inslag av harm reduction i form av sprututbytesprogram och metadonunderhållsbehandling (Goldberg, 2000).

Hur arbetar man med att integrera patienterna inom metadonprogrammet tillbaka till det ”normala samhället”? Vilken målsättning har behandlingskliniken samt vilka medel använder

de sig av för att ta sig dit? Vi har även fört diskussioner om begreppet normalitet, innebär ett normalt liv att leva enligt normerna?

Vad är det som förväntas av patienten från samhället och från kliniken? Är det som är normalt för patienten samma sak för behandlingspersonalen och vems värderingar och vems mål är de ”rätta”?

1.2 Syfte och frågor

Vårt syfte med undersökningen är att undersöka hur behandlingspersonal ser på och arbetar med den sociala integrationen för patienterna inom metadonprogrammet.

Vi är intresserade av att studera erfarenheterna av en läkemedelsassisterad behandling från två olika behandlingskliniker samt få ta del av deras behandlingsprogram främst sett ur den sociala aspekten. Vidare vill vi få kunskap genom litteratur och forskning kring den medicinska delen det vill säga metadonet. Andra aspekter vi har studerat är dels hur Sveriges narkotikapolitik är konstruerad dels hur livet kan ha sett ut för patienten innan inträdet i metadonprogrammet. För att få en djupare förståelse för narkomanens livsstil har vi studerat missbrukskarriären och vi har även tittat på hur samhället ser på narkomaner och vilka krav som ställs för att passa in i det som anses vara ett normalt leverne.

För att uppnå syftet har vi valt följande frågeställningar:

- * Varför finns läkemedelsassisterad behandling i Sverige?
- * Hur ser behandlingsarbetet ut på klinikerna?
- * Hur ser det sociala arbetet ut i behandlingsprogrammen?
- * Hur ser den sociala integrationen ut för patienten?
- * Hur ser kliniken på patientens möjligheter till social anpassning?

1.3 Centrala begrepp

Centrala begrepp i vårt arbete är: metadon, integration, socialisation, harm reduction och patient.

- *Metadon* är ett syntetiskt morfinersättningsmedel för opiatmissbrukare.

- *Integration* innebär sammanförande till en enhet där delarna samspelar (Bonniers Lexikon nr:23, 1998). Att individen återanpassas till de normer och värderingar som råder i det samhälle han eller hon lever i (Vår egen definition).
- *Socialisation* är inläring hos (den växande) individen av samhällets normer (Bonniers Lexikon nr:23, 1998).
- *Harm reduction* Arbete som inriktas på att reducera skadorna som orsakats av ett missbruk, kan även beskrivas som skadereducering. Insatser enligt harm reduction kan bland annat vara sprututbytesprogram och metadonprogram (Goldberg, 2000).
- *Patient* kallas en person under läkarbehandling eller sjukhusvård (Bonniers Lexikon nr:23, 1998). Då vi genomfört vår undersökning inom sjukvården har vi genomgående i arbetet valt att använda begreppet patient istället för klient.

2. Metod och urval

2.1 Val av metod

Vår undersökning bygger dels på en empirisk studie där vi intagit ett kvalitativt förhållningssätt och genomfört intervjuer med tematiserade frågor och dels på en litteraturstudie där vi genom sekundärdata använt oss av tidigare skrivet material som böcker och aktuell forskning. Frågorna i intervjuerna har haft en låg grad av standardisering och vi har formulerat oss efter de intervjuades språkbruk. Våra intervjuer har varit ostandardiserade och ostrukturerade då intervjuerna syftat till att locka fram intervjupersonens värderingar av situationen och dennes åsikter och attityder lika mycket som ren fakta (Lundahl & Skärvad, 1982, s. 74).

Svarsalternativen har varit öppna vilket medfört att svaren skiljer sig åt i våra intervjuer. Genom att vi även använt oss av sekundärdata har vi fått ett bredare urval av fakta och en djupare förståelse i vår undersökning (Lundahl & Skärvad, 1982).

Den kvalitativa metoden syftar till att ge en djupare förståelse av det som studeras eftersom färre enheter undersöks (Holme & Solvang 1997, s. 14).

Det som ska vara centralt vid val av metod är undersökningens syfte, problemställning samt empirin av det studerade (Andersen 1998, s. 31-34). Vår undersökning blir inte heltäckande eftersom vi endast intervjuar två olika kliniker och därmed känner vi att vi inte kan dra generella slutsatser men genom att vi använder oss av denna form tror vi att variationsmöjligheterna blir större. Med en kvalitativ intervjustudie närmar vi oss den intervjuade samtidigt som det underlättar för oss att förstå hur den intervjuade bland annat tänker och känner och hur personens föreställningsvärld ser ut. Den kvalitativa analysens mål är att upptäcka variationer, strukturer eller processer hos till exempel individer, och detta är vad vår studie går ut på (Holme och Solvang, 1997, s. 78).

I vår undersökning har vi använt oss av en induktiv vinkling då vårt syfte varit att studera hur det sociala arbetet ser ut i metadonprogrammen. Induktion innebär att man drar allmänna, generella slutsatser utifrån empiriska fakta. Det är viktigt att slå fast att vi aldrig kan vara hundra procentigt säkra på en induktiv slutledning, eftersom den bygger på empiriskt material som sällan utgör en fullständig uppräknig. Vid induktion kan man alltså komma fram till större eller mindre sannolikhet, men man kan aldrig uppnå hundra procentig visshet (Thurén, 2000). Vi vill här åter betona att vi endast gjort två undersökningar vilket medför att vi inte kan dra generella slutsatser av vårt problemområde.

2.2 Resultatens tillförlitlighet

Vid vår kvalitativa undersökning försökte vi vara uppmärksamma när det gäller validiteten genom att vara tydliga vid våra frågor. Validitet innebär att man verkligen har undersökt det man ville undersöka och ingenting annat (Thurén, 2000) och vi anser att vi, efter våra förutsättningar, har en hög validitet. Eftersom vi ställde tematiserade frågor var det inte lätt att få exakt de svar som vi hade tänkt från början men vi har arbetat utifrån det material vi har haft. Vi har även haft möjlighet att situationsanpassa våra intervjuer genom att vi haft en chans att ställa följdfrågor. Vår förhoppning är att detta har höjt validiteten eftersom möjligheten att hitta den rätta informationen ökat.

Det är inte möjligt att generalisera utifrån den här undersökningen eftersom urvalet inte är tillräckligt stort. Vi är fullt medvetna om detta men vi tycker ändå att det klart framträder vissa likheter och skillnader i hur det sociala arbetet ser ut på de kliniker vi genomfört våra intervjuer.

I våra slutsatser har vi även tagit hänsyn till att det är behandlarens uppfattning som speglar hur de upplever patienternas syn på det sociala arbetet. Vidare har vi reserverat oss för skillnader när det gäller social anpassning för patienterna som kan förekomma i de olika kommunerna Malmö – Lund, då Malmö är en arbetarstad medan Lund anses vara en studentstad vilket klinikerna själv poängterade kunde utgöra en skillnad.

Vid författandet av vetenskapliga uppsatser är det nödvändigt att ha ett kritiskt förhållningssätt till källorna som används för att kunna värdera slutresultatet. Syftet med den källkritiska granskningen är att avgöra om källorna är relevanta för det syfte som uppsatsen har, om de är viktiga för frågeställningen samt om källorna är fria från systematiska fel (Eriksson & Wiederheim-Paul 2001, s. 150). Vi har genomgående sedan vi påbörjade vår uppsats försökt vara kritiska till de källor vi tagit del av för att få ett så tillförlitligt resultat som möjligt.

2.3 Urval

Det finns ingen direkt orsak till varför vi valde dessa kommuners metadonprogram utan valet styrdes av praktiska skäl. Vi tog kontakt med föreståndarna på klinikerna via telefon och bokade tid för intervjuerna. Eftersom syftet med uppsatsen handlar om hur det sociala arbetet ser ut inom programmen anser vi att vi gjort ett strategiskt urval när vi valde att intervjua behandlingspersonalen på mottagningarna. När det som i vårt fall gäller ett litet urval, är strategiska urval att föredra om man vill få fram så mycket information som möjligt (Halvorsen. 1992 s. 102). Vid intervjutillfällena befann vi oss på metadonkliniken och varje tillfälle tog ca en och en halv timme. Under intervjuerna använde vi oss av anteckningsblock och bandspelare för att försäkra oss om att inget material skulle gå förlorat. I Malmö intervjuade vi föreståndaren på kliniken, Inger Bergh och i Lund intervjuade vi både föreståndaren, Mats Svensson och socionomen Jan Hermansson.

2.4 Bearbetning av litteratur

Vid arbetet med vår uppsats har vi bearbetat en stor mängd data. Datainsamlingens främsta syfte var att ge en överblick över problemet och hur det uppfattades i litteraturen men också att finna data som vi kunde använda oss av vid vår analys.

Vid insamling av användbar litteratur till uppsatsen började vi med att söka i de olika elektroniska databaserna vid universitetsbiblioteken i Lund. Sökningar i LOVISA och LIBRIS gjordes på sökord såsom socialt arbete, social integration och social anpassning för att finna lämplig litteratur. Inom vårt problemområde finns mycket skrivet rent generellt men hur det specifika arbetet bedrivs på klinikerna kunde vi inte finna något som var relevant för vårt arbete. Den litteratur vi valt att ta del av och använda i vår uppsats har baserat sig på att den är relevant för vår studie. Vi ville ta del av tidigare forskning, ren fakta kring metadon och även försöka hitta kritiska synpunkter, både negativa och positiva. Vi har valt att inte ta upp ett kapitel med källkritik men självklart var det många gånger vi ställde oss frågande till varifrån författare fått sin information ifrån.

2.4.1 Genomförande och bearbetning av intervjuer

När vi intervjuade använde vi oss av bandspelare dels för att undvika att onödigt material skulle gå förlorat men även för att underlätta bearbetningen och höja tillförlitligheten. Efter varje avslutad intervju bad vi att få återkomma vid eventuella oklarheter med kompletterande frågor. Båda intervjuerna tog vardera en och en halv timme. Efter varje intervju gjorde vi en sammanfattning av materialet och sedan lyssnade vi av banden vid ett flertal tillfällen tills vi kände att vi införlivat dem i oss. Genom att använda citat tycker vi att empiridelen får en mer levande karaktär samtidigt som svaren styrks av personerna vi intervjuat. Vidare fortsatte vi att dela in materialet under respektive frågeställningar och först beskrivs Lunds metadonprogram som därefter följs av Malmös metadonprogram.

2.5 Fortsatt framställning

Vi kommer inledningsvis i kapitel tre att ta upp olika bakgrundsfaktorer till vårt problemområde. Vi tar upp en beskrivning av den svenska narkotikapolitiken där tonvikten läggs på inslaget av harm reduction. Sedan följer en kort beskrivning av behandlingsprogrammets uppkomst med underrubrikerna heroin, metadon samt positiv och negativ kritik. Vidare diskuterar vi hur anpassningen till ett normalt leverne kan se ut för patienten efter inträdet i metadonprogrammet.

I kapitel fyra beskriver vi våra teoretiska utgångspunkter som baserar sig i symbolisk interaktionism och detta kapitel avslutas med psykosocialt arbete och en teoretisk förklaring kring missbrukskarriären. Psykosocialt arbete har blivit ett väletablerat och fungerande begrepp och innebär ett arbete med människors såväl inre som yttre verklighet som samspelet mellan det inre och det yttre (Bernler, Cajvert, Johnsson & Lindgren, 1999).

I kapitel fem presenteras en sammanfattning av materialet som vi fått genom våra intervjuer och korta kommentarer efter varje fråga. Vi kommer till sist att avsluta med en diskussion kring det sociala arbetets likheter och skillnader.

3. Bakgrund

3.1 Sveriges narkotikapolitik

Då kliniken i Lund hänvisade till Sveriges narkotikapolitik när det gällde utformningen av behandlingsprogrammets sociala integrationsarbete har vi valt att se närmare på hur narkotikapolitiken är uppbyggd.

I Sverige är narkotika definierat genom lagstiftningen, narkotika är de preparat som regeringen bestämmer ska anses vara narkotika. Det innebär att en mängd preparat med mycket olika verkningar förs samman i Läke-medelsverkets narkotikaförteckningar, allt från heroin till marijuana. I narkotikapolitiken görs ingen distinktion mellan farliga droger och mindre farliga droger. Sverige skiljer sig här från de flesta andra europeiska länder som bedömer cannabispreparaten (hasch och marijuana) betydligt mildare än amfetamin, heroin och kokain. Den svenska lagstiftningen gör all befattning med narkotika kriminell, även det egna bruket. Straffen är stränga för framställning, smuggling och försäljning.

Narkotikahanteringen har därmed en stark koppling till kriminella miljöer, som ofta organiseras runt en drog – heroin, amfetamin eller hasch. I centrum finns människor vars liv fullständigt domineras av narkotika (Johnsson, Laanemets och Svensson, 2000).

Prohibition som Goldberg (2000) beskriver, kallas det narkotikapolitiska paradig som länge varit dominerande i Sverige.

Prohibition som bygger på att allt icke-medicinskt bruk av narkotika är förbjudet ligger till grund för internationella fördrag och för narkotikapolitiken i många länder.

Ett konkurrerande paradig, harm reduction, har varit under utveckling sedan 60-talet.

Prohibition och harm reduction representerar motpoler i en alltmer polariserad internationell narkotikadebatt. Dessa utgör samtidigt en väsentlig teoretisk grund för var sin narkotikapolitisk organisation.

När det gäller det prohibitionistiska tänkandet kan man säga att konsumenten betraktas som objekt i förhållande till narkotika. Människor kan inte ges friheten att välja att ta droger eller inte eftersom om de skulle börja experimentera kommer de så småningom att förlora förmågan att avstå på grund av drogernas beroendeframkallande egenskaper. Uppfattningen vi fick av båda våra intervjuer var att klinikerna inte trodde på det prohibitionistiska paradigmet utan förespråkade mer det tankesätt som harm reduction företräder (Goldberg, 2000).

3.1.1 Harm reduction

Trots att det fanns hårt motstånd från prohibitionister förekommer inslag av harm reduction i Sverige idag genom bland annat sprututbytet och metadonunderhållsbehandlingen. Goldberg menar att ett grundantagande bakom harm reduction är att hur man än gör kommer narkotika att finnas i samhället vilket även de båda klinikerna belyste. Harm reduction innefattar alla åtgärder som vidtas för att minimera problem för såväl konsumenterna som övriga medborgare i samband med drogkonsumtionen.

Den ursprungliga prohibitionistiska narkotikapolitiken har som huvudsaklig målsättning att utplåna all icke-medicinsk konsumtion av psykoaktiva droger, medan det primära syftet med harm reduction är att minimera problem i samband med konsumtion. Betoningen läggs på att individen ska vara välinformerad för att kunna fatta egna beslut. I harm reduction, till skillnad från prohibition, är inte utgångspunkten att ”det enda rätta är att aldrig pröva illegala droger”, tanken är byggd på antagandet att somliga kommer att välja att använda vissa droger. ”Prevention syftar till att ge (potentiella) konsumenter tydlig och användbar information som tillåter dessa att använda eller experimentera (om de så väljer) med droger på ett sätt som minimerar riskerna för dem själva och omgivningen” (Marshall & Marshall s. 209, i Goldberg 2000).

3.2 Behandlingsprogrammets framväxt

Metadonbehandling beskrevs första gången 1965 av forskarna Vincent Dole och Marie Nyswander vid Rockefellerinstitutet i New York. Här har senare metadonet vidareutvecklats och praktiserats av professor Mary Jeanne Kreek. När metadonbehandlingen introducerades i Sverige var det först professor Lars Gunne och medarbetare som under slutet av 1960-talet tog vid efter erfarenheterna från USA. Det svenska metadonprogrammet, som startade 1967 på Ulleråkers sjukhus i Uppsala, är därmed ett av de äldsta i Europa. Verksamheten bedrevs i början som en försöksverksamhet. Denna behandling är sedan dess att betrakta som en reguljär verksamhet inom sjukvården, om än med speciella restriktioner i form av föreskrifter från Socialstyrelsen. Behandling med metadon ges för närvarande vid enheter inom allmänpsykiatri i Uppsala, Stockholm, Lund och Malmö (SoS-rapport 1997:22).

Patienten ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter (26) om underhållsbehandling med metadon (SOSFS 1990:16) ha:

- minst fyraårigt dokumenterat intravenöst opiatmissbruk
- prövat drogfri behandling
- fyllt 20 år
- uppgifter som visar att avancerat blandmissbruk inte föreligger
- ha en acceptabel valfrihetssituation (ej vara arresterad, häktad, dömd till fängelsepåföljd eller intagen i kriminalvårdsanstalt).

På samma sätt finns det regler för när någon måste lämna programmet:

- vid försäljning av metadon eller annan narkotika
- vid hot mot personal
- vid fusk med urinprov
- vid allvarligt sidomissbruk

Enligt SoS-rapport 1997:22 finns det ett antal gemensamma riktlinjer som de fyra metadonprogrammen ska följa. I dessa riktlinjer, som undertecknats av cheferna för de fyra svenska metadonprogrammen, framkommer bland annat att grunden för verksamheten utgörs av de av Socialstyrelsen uppställda kriterierna för intagning av patient i metadonbehandling. Metadonbehandlingen är tvungen att organiseras som en egen specialiserad verksamhet och enheterna måste ha så stort patientunderlag att verksamheten i sig kan utgöra en egen specialitet inom psykiatrin. För att driva verksamheten behövs ett speciellt team av personal med den medicinska sociala och psykiatriska kompetens som bestäms av patienternas vårdbehov. Den medicinska verksamheten ska ledas av läkare med specialistkompetens i psykiatri samt särskild erfarenhet av narkomanvård. När det gäller behandlingsarbetet sägs det i de gemensamma riktlinjerna bland annat att det är viktigt att patienten ges tid och möjlighet att skapa varaktiga och djupa relationer till behandlingspersonalen. Kontakten med metadonmottagningen ska vara tät. Metadondosen ska drickas under sådan kontroll att eventuell illegal spridning förhindras. Förändring av dessa rutiner kan ske i relation till grad av sysselsättning och missbruksfrihet. Metadonbehandling måste ha tillgänglighet varje dag året runt.

Det står även i rapporten att målen för metadonbehandling alltid är missbruksfrihet, stabilisering, och rehabilitering. Enligt klinikerna som vi intervjuat är detta mål som inte alltid går att uppfylla. Det är även viktigt att ha i åtanke att målet för kliniken kanske inte alltid överensstämmer med patientens mål. Därför måste målet för varje patient tillämpas individuellt och vårdinsatserna kan variera för varje patient och måste vara långsiktiga. En person som har missbrukat narkotika i 10-15 år behöver många års behandling. På sikt bör behandlingen i de fall där det är lämpligt syfta till att patienten förmår avsluta metadonunderhållsbehandlingen (SoS-rapport 1997:22).

Det ska utformas ett regelmässigt samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, bland annat därför att ordnad bostadssituation, meningsfull sysselsättning och ett fungerande socialt nätverk är viktiga förutsättningar för en framgångsrik behandling. Behandlingsinsatser ska föregås av en strukturerad kriteriebaserad diagnostik, åtföljd av en systematisk skattning av patientens/klientens problem. Denna information ska ligga till grund för uppföljningsbara, individuella behandlingsplaner som upprättas i samverkan mellan patienten, hälso- och sjukvården, socialtjänsten och eventuella andra vårdgivare.

En metodisk och regelbunden uppföljning bör ingå i behandlingsplanen och ligga till grund för om behandlingsstrategin kan behöva förändras (www.sos.se).

Fugelstad och Rajs (1998) beskriver en balans som man måste försöka upprätthålla, att man både kan vara generös och skriva in dem som vill delta i programmet och samtidigt upprätthålla kvaliteten på behandlingen. Ett av problemen är de höga kostnader som är förknippade med metadonprogrammet. Sänks kostnaderna riskerar man att försämra kvaliteten med eventuell ökad dödlighet som följd. Överskrids budgeten, riskerar man hela programmets existens. Ur samhällsekonomiskt perspektiv bör dock kostnaderna för metadonbehandling ställas i relation till samhällets kostnader för aktiva heroinmissbrukare som tvingas stjäla för tusentals kronor varje dag.

3.2.1 Heroin

Valet av vår undersöknings inriktning, den sociala anpassningen inom metadonprogrammet innebär att vi anser att en fördjupad kunskap om heroin och metadon är nödvändigt för att få en helhetsbild av vårt problemområde.

Opium finns som mörkbruna bitar eller i pulverform och kan rökas eller ätas och utövar sin verkan via hjärnans opiatreceptorer. Rökheroin är lika beroendeskapande som heroin för injektion. Första gången preparaten injiceras kan illamående och obehag uppkomma, men vid fortsatt injektionsmissbruk inträder efter några sekunder ett häftigt lyckorus av lugn, välbehag och dåsig bekymmerslöshet. Den euforiska kicken minskar efter en tids missbruk och injektionernas främsta effekt blir till sist att undanhålla abstinens, det vill säga ångest och smärtor, och möjliggöra någon form av normal funktion (Johansson & Wirbing, 2003).

Missbrukaren glömmer smärtor, ångest, tristess och problem och tycker sig ”sväva på ett moln”. För en iakttagare ter sig den påverkade missbrukaren slö och frånvarande med långsamma rörelser, hans hy är torr och varm, ofta har han rosor på kinderna och hans pupiller är mycket små. Stora doser kan medföra medvetslöshet och andningsförlamning. Toleranspåverkan är mycket kraftig och begynnande abstinens märks genom oro, rastlöshet och svettningar (a.a.).

Enligt Socialstyrelsens rapporter är heroinmissbruk ett allvarligt och utbrett problem i Sverige idag. Ungefär 0,15 procent av alla svenskar i åldrarna 15-57 år är beroende av heroin. Denna andel tycks öka. Heroinberoende är förenat med kraftig överdödlighet.

Under 2001 registrerades 354 dödsfall i Sverige. Flertalet opiatnarkomaner behandlas idag inte med tillfredställande resultat (www.sos.se).

3.2.2 Metadon

Metadon är ett syntetiskt morfinersättningsmedel som utvecklades i Tyskland under andra världskriget. Det verkar framför allt ångestdämpande och smärtlindrande och är liksom andra opiater beroendeframkallande men ger inte upphov till lika kraftiga abstinensbesvär. I princip skiljer sig inte metadon från exempelvis morfin som rus- eller smärtstillande medel. Den väsentligaste skillnaden är att metadonet har en mycket längre verkningstid. Morfinet har en verkningstid på sex till sju timmar och metadonet på 36-40 timmar (SoS-rapport 1997:22).

Metadonets långa verkningstid utgör grunden för dess blockering av vissa opiaters effekter och verkar genom kroppens opiatreceptorer det vill säga de ställen på cellytan där opiater utövar sin aktivitet. Om metadonet ges i rätt dos utspätt i juice eller saft och dricks en gång per dag uppstår inga ruseffekter. Däremot dämpas ”suget” efter narkotika, vilket ger patienten en möjlighet att koncentrera sig på sin rehabilitering. Intag av heroin eller andra opiatpreparat ger heller inte någon ruseffekt om de tas under pågående metadonbehandling. När metadonet går ur kroppen infinner sig obehagliga kroppsliga abstinensreaktioner som yttrar sig i form av kräkningar, illamående, trötthet, slöhet och eventuellt andra symptom. Patienten behöver snabbt en ny dos för att motverka dessa obehag (a.a.).

3.2.3 Positiva och negativa aspekter av metadon

Ett problem med metadon som Ditzler tar upp är att metadonet är kraftigt beroendeframkallande. Många heroinister som ”behandlats” med metadon blir istället metadonberoende. Eftersom metadon förskrivs helt lagligt har narkomaner tills helt nyligen kunnat få det relativt lätt från narkomanvårdskliniker. Olyckligtvis är det mycket svårare att avvänja människor från metadon än heroin. Metadon säljs också ofta på gatan av narkomaner som sedan använder pengarna till att köpa heroin eller någon annan form av narkotika.

Ett annat problem de beskriver kan vara att metadonet gör att patienterna får onormala funktionssätt, ett exempel kan vara att de blir sega eller slöa. Narkomaner föreställer sig att de mår mycket bättre på metadon men ändå fungerar de faktiskt inte på ett normalt sätt. I den bemärkelsen kan metadonet fördröja deras tillfrisknande (Ditzler i samarbete med Haddon, 1986).

Ditzler menar att ge narkomaner förskrivna droger för att få dem att sluta med illegala droger är inte bara ett slöseri med resurser, de tror att det också försenar deras slutliga tillfrisknande. Metadonbehandling gör för det mesta bara heroinister till metadonnarkomaner. De menar att man kan göra en jämförelse med om man ger en alkoholist lugnande medel; man gör helt enkelt en alkoholist till en läkemedelsberoende narkoman. Det är som att ge farinsocker i stället för vitt socker till en diabetiker. Detta resonemang kände kliniken i Malmö igen, som fått höra att de var kommunala langare. Men enligt deras sätt att resonera var det lika legitimt att ge metadon till en heroinist som att ge insulin till en diabetiker.

Ditzler tar även upp det omdebatterade ämnet om barn till metadonmissbrukande mammor. Barnen är inte lika små vid födseln som heroinisternas barn men de kan drabbas av abstinenssymtom som kan pågå längre än de som drabbar barn till heroinister. Allmänt sett får de en lika ogynnsam start i livet eller till och med värre än barn till heroinmissbrukande mödrar vilket även klinikerna vi intervjuat höll med om (a.a.).

Fugelstad skriver i sin bok att hon anser att metadon kan rädda liv och förbättra livskvaliteten för narkomaner och att det är dokumenterat från många håll i världen. För att ett metadonprogram ska fungera på bästa sätt fodras det att det förutom själva utdelningen av metadon också innefattar socialkurativa åtgärder som ger narkomanerna möjlighet att skaffa bostad och arbete eller skola så att de verkligen kan slussas ut i ett missbruksfritt liv. En annan viktig faktor är att programmet är väl kontrollerat, vilket innebär regelbundna urinkontroller för att upptäcka sidomissbruk och för att konstatera att metadondosen verkligen tas. Om detta inte följs upp finns risken att narkomanerna säljer sitt metadon för att få ihop pengar till att köpa heroin. Dilemmat med metadonbehandling är dels att kunna erbjuda behandling till alla heroinmissbrukare som inte klarar av att bli helt drogfria och på så sätt sänka dödligheten dels att ha ett program som är väl kontrollerat och har resurser att verkligen ta hand om de narkomaner som skrivs in samt ge dem en chans till ett bättre liv. Annars kommer dödligheten inte att sänkas och man riskerar dessutom läckage av metadon till den illegala marknaden (Fugelstad och Rajs 1998).

Goldberg (2000) tar upp en registerstudie från Socialstyrelsen och den visar bland annat att metadonbehandling av opiatmissbrukare medför en markant minskning av kriminalitet, slutenvård och dödlighet samt en klar förbättring av livssituationen för många patienter.

Opiatmissbrukare som oplanerat lämnar metadonbehandlingen uppvisar däremot åter en ökad kriminalitet, kräver mer slutenvård och har högre dödlighet. Emellertid fungerar inte metadon för alla. En registerstudie på 655 individer som hade varit inskrivna i ett metadonprogram fann att 39 procent hade skrivits ut oplanerat och aldrig återvänt, sju procent hade minst en oplanerad utskrivning men återvänt, och nästan sex procent dog medan de deltog i programmet. Män som är högt brottbelastade, under 30 år när de påbörjar metadonbehandlingen och som fick låga doser av metadon uppvisar störst risk för oplanerad utskrivning.

3.3 Livet efter missbruk

Waldorf i (Kristiansen, 2000) menar att genom att ge upp en gammal livsstil och bygga upp en ny, skapas lika många problem som det löser vilket även de intervjuade klinikerna hävdade. Det är inte de fysiska och psykiska abstinensbesvären som är det främsta hindret för att sluta använda narkotika, utan snarare de problem som man ställs inför i det drogfria livet. Till exempel har de flesta att handskas med en rad sociala och ekonomiska problem som uppstått under missbrukslivet och för många skapar brytningen med narkotikakretsarna ensamhet. Om en person ska kunna bli fri från ett narkotikamissbruk så kräver detta vanligtvis för det första att hon eller han förändrar sin uppfattning om drogerna och missbrukslivet och för det andra att hon eller han förändrar sitt handlings sätt till drogerna. För det tredje att hon eller han bryter sig loss från missbrukslivet. För det fjärde att hon eller han har sociala kontakter som ger stöd åt hennes eller hans strävan att förändras. För det femte krävs att hon eller han etablerar sig i det drogfria livet.

En av de undersökningar som Kristiansen (2000) tar upp är Biernackis undersökning som belyser livet efter narkotikamissbruk. Undersökningen är gjord på heroinmissbrukare i USA som blev fria från heroinmissbruk utan behandling. De flesta av Biernackis informanter hade förbättrat sina sociala och ekonomiska situationer på ett sätt som motsvarar de kriterier som brukar anges för social integration (ej missbruk eller kriminalitet, ordnad sysselsättning och boende). Många uttryckte säkerhet över att de hade lagt narkotikan bakom sig.

Denna säkerhet i förhållande till narkotikan grundades ofta på att de inte ville mista vad de hade byggt upp i sina nya liv.

Trots att Biernackis informanter alltså hade skapat stabila sociala och ekonomiska situationer i det drogfria livet var det vanligt att missbruksbakgrunderna skapade problem för dem i förhållande till människor i det drogfria livet. Många av dem kunde uppleva skam- och skuld känslor. Av rädsla att bli negativt behandlade undvek en stor del av dem att i olika sammanhang berätta om att de varit narkotikamissbrukare. Av dem som hade valt att berätta om sina bakgrunder berättade en del att de hade blivit bemötta med misstänksamhet av personer som var skeptiska till deras möjligheter att leva utan narkotika. Av Biernackis undersökning kan man se att ett av de största problemen för före detta missbrukare är förknippat med den samhällsliga stigmatiseringen av narkotikamissbrukare. Här fick vi samma bekräftelse av klinikerna som berättade att ett av de största problemen för patienterna i metadonprogrammet var just hur samhället såg på dem. De var ofta väldigt rädda och osäkra på hur eller om de skulle berätta om sitt forna missbruk eller att de nu gick på metadonbehandling (a.a.).

Hilte (1990:140) har undersökt narkomanvården i Malmö och konstaterar att den person som skrivs in för institutionell vård "får svårt att värja sig mot att bli definierad som narkoman och klient". Missbrukaren placeras på en institution avsedd för just narkomaner. Kontakten med omvärlden skärs av och han får genomgå olika typer av degraderingsceremonier. Exempel på dessa ceremonier kan vara att patienten innan inträdet till institutionen tvingas få sina personliga tillhörigheter, kläder och sin egen kropp genomsökt. Han placeras tillsammans med personer som är identifierade narkomaner, han förväntas tala om sig själv och sin personliga bakgrund med personal, ibland inför andra hjälpsökande och hans öde läggs i händerna på experter som företräder och försvarar bestämda sociala värden. Samtidigt som narkomanvården utgör en "övergångsvärld" som hjälper människor att lämna de narkomana världarna förstärker den nykomlingarnas narkomanidentitet (Eriksson 1990). Målet med behandling är att individen ska bli en anpassad samhällsmedborgare, laglydig, utan drogproblem samt omtänksam mot sin omgivning (Bremberg 1974). Målet är också i växlande omfattning kopplat till en personlig frigörelse och att individen ska bli en så harmonisk människa som hans förutsättningar medger. De flesta behandlare ser enligt Hiltes erfarenhet ingen motsättning mellan vad han kallar anpassningsmålet, drogfrihetsmålet och harmonimålet. Alla målen anses ligga i den enskildes eget intresse (Svensson, 1996).

I Bengt Svenssons bok "Pundare, jonkare och andra" (1996) visar en undersökning att det hos de flesta i informantgruppen finns ett intresse för att lämna det narkomana livet. Det är främst betingat av en olust inför bristen på verkligt kamratskap, en trötthet gentemot de narkomana försörjningsformerna, en rädsla för att hamna i fängelse och ett missnöje med narkotikans höga pris, ojämna tillgång och bristfälliga kvalitet. De och andra narkomaner gör olika försök att lämna det narkomana livet och den narkomana världen. Narkotikakompetensen är värdefull i de narkomana världarna, utanför är den i närmaste värdelös. Den som lämnar de narkomana världarna kan inte längre dra fördel av sin narkotikakompetens för att få erkänsla och uppskattning från sin nya omgivning. Det som kommer i stället för den kriminella aktiviteten är oftast arbetslöshet. Att vara arbetslös innebär för många ett liv fyllt av sysslolöshet, ekonomiska problem, tomhet och otillfredsställelse.

Detta såg även klinikerna som ett stort bekymmer, just att inte vara sysselsatt och känna att man hade något värde eller var behövd. Kliniken i Malmö efterlyste i samband med denna diskussion ett mellansteg för att slussas ut i samhället, någon slags verksamhet som kunde hjälpa patienter som kanske inte hade någon utbildning eller kunde arbeta på grund av fysiska hinder. Ramström (1983:148) använder bilden att uppbrottet från ett narkotikamissbruk är som att emigrera till ett främmande land. Det är en metafor som missar en viktig poäng – "hemlandet" finns hela tiden alldeles i närheten. Samtidigt som man konfronteras med anpassningssvårigheterna i den vanliga världen finns narkotikavärldarna lättillgängliga i samma stad, i samma stadsdel (a.a).

3.4 Normalitet – den ideala människan

En viktig aspekt som skiljer sig åt mellan de narkomana världarna och det vanliga samhället är kravet på planering. I det vanliga samhället får man lön eller bidrag en gång i månaden vilket kräver att pengar sparas till hyra, andra räkningar och till uppehälle i en månad. I narkotikavärldarna är tidsperspektiven mycket kortare. Visserligen måste hyran betalas men det dagliga uppehållet kan ordnas på annat sätt än genom att pengar finns sparade. Många tillämpar kung för en dag strategin vilket innebär att månadsinkomsterna snabbt rinner iväg. Denna strategi, det ordnar sig alltid är ett synsätt som innebär att man av erfarenhet vet att det går att få tag i pengar till droger, mat och cigaretter på andra vägar. Inkomstvägarna är i allmänhet illegala och innehåller allt från narkotikaförsäljning till snatterier. En övergång till ett lagligt liv kräver en annan planeringsstrategi.

Det är svårt att gång efter annan ersätta förlorade pengar på laglig väg. Det kan gå att få en ny beviljning från socialtjänsten en enstaka gång, man kan låna av goda vänner, man kan sälja sina tillhörigheter eller tigga mat av släktingar och vänner. Dessa försörjningsstrategier är dock svåra att tillämpa under en längre tid (Svensson, 1996).

Goldberg tar i sin bok upp tre centrala funktioner som människor i ett modernt postindustriellt samhälle har. Den första funktionen är produktion vilket är en förutsättning för samhällets fortbestånd och innebär att producera varor och tjänster. Den andra funktionen är konsumtion och det krävs en stor mängd för att produktionen ska ge tillräckligt mycket vinst för att motivera fortsatt produktion i en modern marknadsekonomi. Reproduktion är den sista funktionen och innebär att nya individer måste födas då livet inte är evigt. Idealet ska kunna bidra till alla tre funktionerna men i praktiken är inte detta möjligt. Den sistnämnda funktionen att föda barn, alla blir inte föräldrar, fysiologiska problem hindrar vissa människor från att skaffa barn och vissa väljer att inte skaffa barn. Arbetsmarknaden innehåller inte arbetstillfällen till alla individer och det är ett stort problem att det finns fler arbetssökanden än arbetstillfällen. De funktioner som vi förväntas bidra med enligt samhället är för narkomanen svårare att fullfölja därför att missbruket ofta blir den dominerande verksamheten i narkomanens liv (Goldberg, 2000).

3.5 Normalisering

I socialt arbete är det vanligt att det finns en föreställning om att det finns tillstånd som är normala. Normalt tillstånd eller normalt beteende är något som följer vissa normer och regler. Normalitet kan vara en beskrivning av vad som är vanligt eller genomsnittligt och normalisering innebär att göra tillstånd normala. I socialt arbete förekommer normalisering som arbete i två olika sammanhang. Den första typen handlar om en individ eller en familj som uppför sig eller beter sig mot sig själv på ett sätt som är förbjudet, stötande eller farligt. Dessa individer och deras sätt att leva vill man ibland göra mera ”normalt” så att de följer de normer som anses vara önskvärda eller skapar mindre oro och förvåning i omgivningen. Den andra typen av normaliseringsarbete är inriktat på att skapa möjlighet för individen att leva ett normalt liv. Skälet är att individen anses sakna någon av de egenskaper som förmodas vara förutsättningen för ”vanlighet”. Det krävs en särskild sorts arbetsinsats i form av straff, uppfostran eller behandling för att försöka göra någon normal.

”Att upprätthålla normalitet är ett hårt arbete. En kropp måste vilas, tvättas, skötas och kläs varje dag, den måste utfodras tillräckligt och snyggt vid de riktiga tidpunkterna, och den måste vandra de rätta stigarna och tala om rätt saker” (de Swaan i Denvall och Jacobson, 1998).

Begreppet normalisering har ett skandinaviskt ursprung och myntades på 1950-talet. Normalisering ges fortfarande en vidsträckt och allmän betydelse i den allmänna debatten och det mesta kan låta sig göras eller försvaras i dess namn. Vardagliga varianter av normalitetsbegreppet är att det handlar om att göra de onormala mer normala vilket dock inte av teoretikerna anses vara målet. Författaren Stangvik menar att det är snarare den sociala relationen mellan individen och samhället som är störd och bör normaliseras. Störningen handlar minst lika mycket om samhällets brister av materiell, social och symbolisk karaktär som om individuella personegenskaper. En hög grad av aktivt deltagande i normalsamhället är viktigt för att motverka processer som leder till isolering, dålig självkänsla, passivitet eller resignation. Det är inte självklart att integrering eller individuell anpassning till majoritetskulturen är lika med god livskvalitet. Ibland förbises värdet av självvald segregering i normaliseringsivern. Det finns kritik mot föreställningen att välbefinnande automatiskt uppnås genom det som är vanligt eller det som har hög status (Stangvik i Denvall och Jacobson, 1998).

4. Teori

4.1 Symbolisk interaktionism - Stämplingsteorin

George Herbert Mead anses vara symbolisk interaktionismens grundare och han intresserade sig för människans sociala jag och hur det påverkades av hennes omvärldsrelationer. Meads grundläggande uppfattning är att människans jag växer fram i samspelet med andra. Det sker inte direkt i själva interaktionen med andra utan av att upplevelserna förmedlas via omgivningens reaktioner eller synpunkter. Relationerna till signifikanta andra är alltså enligt Mead oerhört viktiga för människans växande och hur denne sedan ser på och uppfattar sig själv, signifikanta andra kan till exempel vara en familjemedlem, en lärare eller en vän. Mead menar att vi får tillgång till vårt jag först när vi gör oss själva till ett objekt och ser oss själva med andras ögon.

Förmågan att vara både subjekt och objekt anser Mead är den väsentligaste skillnaden mellan människa och djur och inte att människan har både själ och intellekt.

Cooley som tagit vid efter Mead hävdar att individen och samhället är ömsesidigt beroende av varandra för själva sin existens. Det är omöjligt att tänka sig ett samhälle eller en social grupp utan individer och å andra sidan är det enligt Cooley omöjligt att tänka sig en individ utan ett samhälle eller utan ett socialt sammanhang. Cooleys huvudtes är att innehållet i en individs medvetande är förknippat med socialt samspel och med föreställningar och intryck av de olika grupper hon tillhör och av samhället som helhet. Stämplingsteorin är en skolbildning som innefattar en syn på uppkomsten och utvecklingen av avvikande beteende som vilar på symbolisk interaktionistisk grund. Den symboliska interaktionismen fokuserar på samspelet mellan individen och den sociala verkligheten (Nilsson, 1996).

Stämplingsteorin är till stor hjälp för förståelsen av problematisk konsumtion av narkotika.

Nedan följer en kortfattad presentation av det centrala i denna teori.

Stämpling är en process som börjar i det förflutna och fortsätter förbi dagens situation in i framtiden. ”En människas sätt att bete sig uppkommer inte över en natt utan utvecklas under hela hennes livstid.” (Goldberg, 2000 s. 110) Stämplingsteoretiker försöker följa de olika stegen i en människas utveckling både när det gäller de som leder individen bort från samhället och de som upprätthåller avvikande beteende när det väl börjat. Begreppet karriär används för att beskriva denna process. För förklaring till avvikelse är makt centralt i stämplingsteorin, makt i form av en stark normkälla. Stämplingen utgår ifrån definitionen det vill säga någon (stark normkälla) definierar någon som avvikare. Då denna process fortlöper under lång tid består den av upprepade negativa reaktioner från signifikanta andra som till exempel kan vara en förälder. Detta tillsammans resulterar i att individen omdefinierar sin självbild till att bli ännu mer negativ. Konsekvenserna av att bli stämplad kan liknas vid en negativ spiral för den stämplade vilket kan leda till inträde i avvikarkultur (Goldberg, 2000).

4.2 Psykosocialt arbete

Vår förförståelse om behandlingsarbetet inom programmen var att tyngden låg på den medicinska delen det vill säga att uppnå drogfrihet hos patienten. Efter det att vi genomfört våra intervjuer förstod vi att arbetet är mycket mer omfattande än så. Vi fick också klart för oss att en del av patienterna som söker sig till programmen tror att bara de blir drogfria så löser sig allt annat runt om kring.

Enligt behandlarna på klinikerna har det visat sig att den svåraste delen för patienterna inte varit att bli drogfri utan att kunna återupprätta ett normalt leverne i drogfrihet. Förutom metadonet innehåller behandlingen även såsom vi ser det psykosociala behandlingsinsatser. För att betrakta psykosocialt arbete som ett professionellt förändringsarbete bör det bland annat kännetecknas av att individen måste ses i sitt sammanhang och inre och yttre faktorer måste ses i ett samspel. Detta innebär att man som behandlare bör se olika förklaringar och även ha förståelse för sociala problem och processer. Behandlaren måste förena förändringsprocessen med kunskap om vad förändring är och hur detta kan komma till stånd.

För att belysa det psykosociala arbetet som bedrevs på klinikerna vill vi dra paralleller till ett av Paynes tre generella perspektiv på hur det sociala arbetet praktiseras. Inom det första perspektivet ses socialt arbete som en aspekt av social service till enskilda individer. Betoningen är social kontroll inom detta perspektiv. Det andra perspektivet innebär att socialt arbete har som mål att frigöra och hjälpa individen, gruppen och samhället att uppnå välbefinnande. Det är också detta perspektiv vi anser går att applicera på metadonklinikerna. För att uppnå ovan nämnda understöder behandlaren samtidigt som han skapar möjligheter åt patienten för personlig växt, utveckling och självförverkligande. Det sociala arbetet består av en interaktiv process mellan behandlaren och patienten där patienten tillåter behandlaren att influera och påverka, reflexivt. Patienten kan på så sätt få kontroll och makt över sina känslor och sitt levnadssätt. Det tredje och sista perspektivet på socialt arbete syftar till att understödja samarbete, kollektivitet och ömsesidigt stöd så att människor som är förtryckta och missgynnade kan återfå makten över sina egna liv. Betoningen här är att behandlaren roll är empowerment vilket innebär aktivt deltagande i en process av samarbete och gemensamt lärande för att skapa institutioner och förbindelser som alla kan delta i. Payne gör en koppling mellan de två sistnämnda perspektiven då båda syftar till empowerment. Empowerment kan bland annat göra det möjligt för patienter att tro på sig själva och se sina egna möjligheter till förändring (Bernler & Johnsson, 2001).

Att arbeta med människors såväl inre som yttre verklighet som samspelet mellan det inre och yttre ses i dag som en självklar och en mycket central del av det sociala arbetet, vid sidan om mer strukturinriktade och andra miljöpåverkande sociala insatser.

Det psykosociala arbetet är för behandlare och patient ett gemensamt arbete, där patienten tillmäts stort eget ansvar för att påverka sin situation. Den makt som ligger i behandlarrollen måste alltid användas för att öka patientens makt över sitt eget liv och sin livssituation. Syftet med behandling är förändring. Behandlaren kan med sina frågor sätta igång processer hos patienten. Att fråga är att påverka. När behandlaren samtalar med patienten ställer denne frågor. Genom samtalet får behandlaren inte bara ut information utan frågorna påverkar även patienten. Patienten får nya tankar, kan se nya samband då han eller hon till exempel får frågor om sina relationer, sina tankar och känslor eller sina problem. Frågorna kan bidra till en kreativ atmosfär och patienten får nya perspektiv vilket kan hjälpa denne att hitta nya lösningar. Syftet med frågorna är alltså inte enbart svaren som ger information, utan behandlaren sätter i stället igång processer hos patienten som kan leda till förändring och utveckling (Bernler, Cajvert, Johnsson, Lindgren, 2001).

4.3 Missbrukskarriären

Narkomaner genomgår en rad olika stadier, och det är denna utveckling som brukar kallas missbrukskarriären. I de flesta fall sträcker den sig över ungefär tio år. Narkomanerna genomgår i allmänhet under sin karriär följande stadier: (Tunving & Nordegren, 1997)

1. Vägen in i missbruket, det vill säga experiment och adaptationsstadiet. Orsakerna till varför man började använda droger kan vara allt ifrån nyfikenhet, grupstryck bland vänner till djupare personliga kriser. I detta stadium lär sig den blivande missbrukaren narkotikamissbrukets tekniska detaljer, socialiseringen. I övergången till nästa stadium drar sig den blivande missbrukaren allt mer undan sin familj och det övriga samhället.
2. Tvångsstadiet innebär att bruket av droger kommit att höra till vardagen. Missbrukaren blir nu psykiskt och fysiskt bunden till drogen. I denna fas blir drogen en integrerad del av narkomanens personlighet, den ger missbrukaren en identitet. Vanligt är också att missbrukaren i tvångsstadiet blir känd av polis och sjukhus. För de missbrukare som inte lyckas tas sig ur sitt tvångsartade beroende är prognosen dålig och överdödligheten är hög.

3. Vändpunkten innebär ett skede där narkomanerna känner att livet hunnit ifatt dem och ofta börjar de ifrågasätta sitt leverne. Det finns många olika positiva faktorer som kan innebära en vändpunkt för narkomanen däribland kan nämnas miljöombyte, förälskelse eller att de möter någon betydelsefull människa som de känner full tillit för och som visar ett stort engagemang för narkomanen. Under denna fas är narkomanerna mer öppna för de argument som talar för att sluta missbruka.

4. Drogfri med stöd och utan stöd. De före detta narkomanerna kan kanske leva drogfritt men de flesta är under många år i behov av psykologiska eller sociala stödinsatser. En del missbrukare byter tillvaro utan problem och går över till en annan livsföring medan en del narkomaner inte klarar av att bli en vanlig "Svensson" utan flyter omkring och missbrukar ibland.

Många forskare som studerat missbrukskarriären framhåller att narkomanerna inte knarkar oavbrutet. Det är snarare vanligare att de missbrukar periodvis och under lång tid. Mellan perioderna vill de flest narkomaner ta tag i sin egen personliga utveckling, till exempel skaffa sig ett arbete eller bilda familj. Många försök att på nytt etablera sig i samhället trasas dock sönder av häftiga återfall i narkotikamissbruk, häktningar, fängelsevistelser, sjukhusvistelser etc. Narkomanernas livslopp blir hackigt och ojämnt (Tunving & Nordegren, 1997).

5. Empiri och kommentarer

5.1 Metadonbehandlingen i Lund

Kliniken i Lund är en öppenvårdsmottagning och är belägen i sjukhusbyggnaden. Vi upplevde att mottagningen hade en stark sjukhusmiljö, vilket vi tror är på grund av att metadonprogrammet är en medicinsk behandlingsform. Personalen på mottagningen kallade sig själva för behandlare. Kliniken har 4 sjuksköterskor och 1 socionom/kurator. Vi intervjuade föreståndaren Mats Svensson (benämnd som M i empirin) och socionomen Jan Hermansson (benämnd som J i empirin).

5.2 Metadonbehandlingen i Malmö

Liksom i Lund är Malmös klinik också en öppenvårdsmottagning men den fanns i en fristående byggnad vid sidan av sjukhusområdet och vår känsla var att det upplevdes som mindre sjukhuslikt. Detta gjorde även att det kändes som mottagningen blev mer anonym och därmed också mer personlig. Här arbetar 4 sjuksköterskor, 1 läkare, 1 psykolog, 1 sekreterare och 1 socionom/kurator. Uppfattningen vi fick var att det var bra att ha alla yrkeskategorier samlade i ett hus, vilket även måste kännas som en trygghet för patienterna. Detta skilde sig åt mot Lund där patienten fick remiteras till exempelvis psykolog. Även i Malmö benämnde sig personalen för behandlare. Vi intervjuade föreståndaren Inger Bergh (benämnd som I i empirin).

5.3 Hur ser behandlingsarbetet ut på klinikerna?

Lunds metadonprogram

Klinikens personal kallar sig för behandlare och deras arbete går i stort ut på att hålla patienten borta från heroin. Tre gånger per vecka måste patienten lämna urinprov. Patienten får metadonet i utbyte mot ett rent urinprov. Efter en tid i behandling får patienten själv ansvara för sitt metadon. Kliniken har åtgärder om detta missköts exempel på en åtgärd kan vara att kliniken åter ansvarar för metadonet. Behandlingsarbetet innebär också att patienten får träffa sin kontaktperson. Dessa samtal är så kallade stödsamtal och brukar handla om vanliga vardagliga saker som klienten inte reder ut. Enligt föreståndaren skapar behandlarna en nära relation till patienterna och oftast vet de vilken problematik var och en har. Patienterna får även hjälp med att ringa och utveckla andra myndighetskontakter.

M: *”Vi lär känna patienterna jättenära.”*

När en patient söker till programmet får denne först träffa en läkare därefter träffar patienten både läkaren och en socionom som gör en bedömning. Sedan görs det en utredning om den psykiska och sociala situationen samt hur missbruket ser ut och hur det har sett ut. Även tidigare behandlingar ska utredas.

Kriteriet att man måste ha ett fyra års dokumenterat missbruk bakom sig beror på att man vill att alla andra behandlingsmöjligheter ska vara uttömda eftersom metadon är lika beroendeframkallande som heroin. Innan inträdet i programmet sker en avgiftning sedan trappas patienten upp på rätt dos metadon.

M: "Metadonet är lika beroendeframkallande som heroin."

Teoretiskt sett ska patienten bli utskriven vid ett allvarligt sidomissbruk men i praktiken är detta väldigt sällsynt. Då det förekommer utskrivningar beror det oftast på att patienten uppträtt aggressivt och våldsamt. Det finns en spärrtid för patienten om en utskrivning har skett och återinträde i programmet kan inte ske förrän tidigast ett år senare. Kliniken styrs helt efter socialstyrelsens regler och föreskrifter och det upprättas alltid en vårdplan tillsammans med socialtjänsten.

M: "Man skrivs inte ut från en metadonbehandling, vi försöker hjälpa dem, om de inte sköter sig bestämmer vi, sköter de sig bestämmer de själva."

Malmös metadonprogram

Patienten måste själv ta kontakt med kliniken och därefter gör de en bedömning där de tittar på hur missbruket ser ut, hur boendesituationen är och om de har genomgått andra behandlingar. En viktig kriterie är att blandmissbruket inte får vara för omfattande, då får de som söker till metadonprogrammet avslag.

De två första månaderna kommer patienten till mottagningen och dricker sitt metadon där och får en kontaktperson. Patienter har stödsamtal en gång i veckan samt lämnar urinprov två gånger i veckan. Sedan får patienten mer och mer eget ansvar beroende på att hon eller han sköter sig.

Den viktiga biten i programmet enligt föreståndaren är stödsamtalen där de bland annat pratar om hur patienten mår och vad de känner. Ofta har patienterna svårt att veta vad det är för känslor de känner, om de är hungriga eller ledsna och mycket av samtalen går åt att ge trygghet till patienten och att bena upp vad som är vad.

I: *"Man blir lite som en mormor, en förebild."*

Föreståndaren anser att det viktigaste med behandlarens arbete är att lyssna och visa respekt för patienten men samtidigt vara ärlig när det är något problem. De problem som kan uppstå är då patienten berättar något för behandlaren som denne inte kan hantera och går utanför dennes kunskapsfält. En trygghet för både behandlaren och patient är att det på kliniken arbetar en psykolog. Det är inte vanligt att patienterna remitteras hit men i de fall det sker brukar det röra sig om svårare psykiska tillstånd.

En förändring som kommer att ske efter årsskiftet är att kriterierna ska förändras. De främsta förändringarna är att spärrtiden halveras från ett år till ett halvt år samt att den dokumenterade tiden för missbruk också halveras från 4 år till 2 år, det ska alltså gälla samma regler för all underhållsbehandling. Föreståndaren tycker att dessa förändringar både har för- och nackdelar. Det hon främst syftar på är att det inte får vara spännande med droger på något vis, narkomanen måste vara trött på missbrukslivet. Två år kan vara för kort tid för narkomanen att komma till denna insikt och dessutom hunnit genomgå andra behandlingsmöjligheter. I samband med detta nämner föreståndaren missbrukskarriären. Förändring i spärrtiden var dock en fördel enligt henne, ett år kan vara för lång tid innan ett återinträde kan vara möjligt i programmet igen och föreståndaren menar att narkomanen hinner gå ner sig snabbt och en del till och med dör.

I: *"Fyra år ser ju mycket ut på pappret och jag kan förstå precis hur ni tänkt där, det är ju hemskt att de ska trilla så långt ner, fånga dem meddetsamma. Men någonstans tror jag för att man ska klara detta, metadonbehandling, så måste man ha gått igenom dessa år. Det får inte vara ett dugg spännande längre, det får inte vara att jag känner så för heroinet utan att jag är så trött, min kropp är så trött och jag måste jaga för att bli frisk."*

5.3.1 Kommentar

Generellt gäller samma kriterier för båda programmen då de styrs av SOSFS 1990:16.

Behandlingsarbetet på klinikerna är väldigt likartat, tyngdpunkten lägger båda på stödsamtalen och inte som vi trodde i vår förförståelse den medicinska delen.

Båda klinikerna betonade vilken viktig funktion stödsamtalen hade för patienterna i arbetet med att åstadkomma en dräglig tillvaro i drogfrihet.

Klinikerna menade att oftast var det inte drogfriheten i sig som var problemet för patienten utan problematiken låg i återgången till att leva ett vanligt "Svenssonliv". Efter årsskiftet kommer det att ske förändringar gällande spärrtiden och patientens tidigare dokumenterade missbruk. Spärrtiden ska halveras vilket båda klinikerna ansåg var bra då patienterna som "lyckas" bli utskrivna från programmet hinner gå ner sig väldigt mycket och en del till och med dör. Den dokumenterade tidigare missbruksbanan kommer också att halveras från fyra år till två år. Kliniken i Malmö kunde se både för och nackdelar med detta men hon menade att de fall hon varit med om hade patienten "behövt" dessa år för att helt tröttna på missbruket. På kliniken i Lund såg de en fara i att tiden halverades då metadonet är lika beroendeframkallande som heroin. De menade att har patienten minst ett fyra års dokumenterat missbruk bakom sig har också andra möjliga behandlingsmodeller prövats.

5.4 Hur ser det sociala arbetet ut i behandlingsprogrammen?

Lunds metadonprogram

I Lund har man som krav att samarbeta med socialtjänsten, patienten måste ha en kontakt på myndigheten för att få metadon. Kliniken arbetar parallellt med socialtjänsten då kriterierna för att komma in på programmet kräver att patienten skall ha bostad, ordnad ekonomi och gärna någon form av sysselsättning. Enligt föreståndaren är kontakten med socialtjänsten även en viktig del för patienten om denne skulle misslyckas i programmet. Socialtjänsten har då en skyldighet att ta över ansvaret för patienten. Kliniken i Lund anser att de har ett bra samarbete med socialtjänsten. Det förekommer dock faktorer som kan hindra samarbetet såsom ekonomiska resurser.

Patienten kommer till mottagningen och tar sitt metadon samt träffar sin kontaktperson. Dessa samtal är så kallade stödsamtal och brukar handla om vanliga vardagliga saker som patienten inte reder ut själv. Föreståndaren menar att vissa patienter som har varit heroinister inte vet riktigt hur det är att leva ett vanligt liv. De har kanske aldrig lagat mat eller har några bestämda mattider och de behöver vägledning för att komma in i ett "vanligt leverne". Kontaktpersonerna pratar med patienterna så mycket de kan, frågar hur det står till, hur de mår och hur det fungerar med olika saker såsom bostad ekonomi och sysselsättning. Enligt föreståndaren lär de känna patienterna väldigt fort och det uppstår en nära relation.

M: *”Vi lever i verkligheten och möter människor som haft sönder allting i sitt liv, de behöver hjälp med i stort sett allt som rör det vardagliga livet. De vet inte hur man betalar räkningar, fyller i en blankett eller dukar för en fika. Det är inte förrän efter ett tag de börjar ta tag i en sådan väsentlig sak som sin egen hygien.”*

Terapi och behandling var begrepp som gled isär enligt socionomen, han ansåg att man måste värdera dem på olika sätt. Vad vi förstod så var det inte terapi i traditionell mening som de prioriterade i första hand utan det var mer den vardagliga stöttningen men om patienten hade önsknings om terapi så fick han hjälp att få det.

J: *”Det krävs mycket stöd för patienten men frågan är vad man menar med terapi.”*

Malmö metadonprogram

Samarbetet upplevs av föreståndaren som mycket dåligt mellan socialtjänsten och kliniken och enligt henne berodde det främst på all omorganisation som sker inom socialtjänsten. Personalomsättningen gör att ingen kontinuerlig kontakt kan skapas och det dåliga ekonomiska läget gör inte situationen bättre. Kliniken har även försökt komma till stånd med ett samarbete med arbetsförmedlingen och socialtjänsten men det har aldrig fungerat. Dock har det aldrig förekommit att socialtjänsten avslagit en ansökan till metadonprogrammet. För socialtjänsten är detta ett billigt alternativ, då kostnaden enbart för patientens räkning är 1800 kronor till högkostnadskort istället för ett dyrt behandlingshem.

I: *”Samarbete med socialtjänsten är dåligt, vi tycker det är mycket dåligt. Det som är dåligt är att de har inga resurser eller möjlighet, det är inte personerna som sitter där utan all omorganisation som gör att det är ständigt nya ansikten. Vi har försökt både med socialförvaltningen och med arbetsförmedlingen att ha en kontaktperson men det går inte för det ändrar sig hela tiden.”*

Den viktiga biten när det gäller socialt arbete enligt Malmökliniken är stödsamtalen, där de bland annat pratar om hur patienten mår och vad de känner. Efter en tid kommer ofta många tankar om de traumatiska händelser som de upplevt och även orsakat sina nära under missbruksåren. Patienten brukar med stöd av sin kontaktperson finna olika lösningar för att hantera dessa känslor och händelser.

Ekonomin är en stor del vissa patienter behöver hjälp med, ibland har de stora skulder och har kanske inte arbetat någon gång. Dock behöver det inte alltid vara så problematiskt, enligt föreståndaren kan det handla om allt ifrån en middagsdukning till hur patienten fyller i en blankett. Det bör betonas att kliniken enbart stöttar patienten till att själv utföra själva handlingen och givetvis finns det patienter som klarar den dagliga livsföringen utan hjälp.

I: *”Jag hade en patient som ringde hit och frågade: Jag har en kompis som ska komma hit, ska kaffekopparna stå på bordet eller ska jag duka när han är här?”*

5.4.1 Kommentar

Det sociala arbetet framträdde tydligt på båda klinikerna. Enligt klinikerna ses stödsamtalen som en viktig funktion för att patienten ska klara av att förbli drogfri. Klinikerna ansåg att stödsamtalen uppfyllde många olika funktioner däribland även stöttning och hjälp med praktiska problem. Som vi tidigare nämnt i arbetet tror en del av patienterna att om de bara uppnår drogfrihet är alla deras problem lösta men enligt klinikernas erfarenheter är det inte så utan svårigheterna för patienterna handlar oftast om att klara ett normalt leverne i drogfrihet. Patienterna får alltså inte enbart hjälp med att bli drogfri utan behandlarna stöttar dem även med att klara av att leva i drogfrihet. Det psykosociala arbetet kännetecknas av att en individ måste ses i sitt sammanhang och inre och yttre faktorer måste ses i ett samspel. Vår uppfattning av klinikernas beskrivning av deras stödsamtal var att de innehöll en stor del av psykosocialt arbete det vill säga behandlarnas arbete bestod av stöttning kring hela patientens livssituation och inte enbart kring att patienten skulle bli drogfri.

Samarbetet mellan klinikerna och socialtjänsten i respektive stad skilde sig åt. Lund ansåg att deras samarbete fungerade utan anmärkning medan Malmö hade en negativ uppfattning. Detta gällde främst att det saknades kontinuerliga kontakter då det ständigt förekommit omorganisationer inom socialtjänsten.

5.5 Hur ser den sociala integrationen ut för patienten?

Lunds metadonprogram

En målsättning är att patienterna ska ha egen bostad och sysselsättning men verkligheten ser annorlunda ut. Idag räcker det med att patienten har så kallat ordnat boende och med det menas att denne kan vara inneboende hos någon. Att få sysselsättning är svårt då läget på arbetsmarknaden ser ut som den gör med få arbetstillfällen. Kommunen har dock bra sysselsättningsmöjligheter för personer med denna problematik. Enligt kliniken är det ca en tredjedel av patienterna som uppnår målsättningarna. Eventuella brister i målsättningarna ansåg kliniken till stor del låg i patientens personlighet. En viktig förutsättning är att de bryter helt med sitt tidigare liv och det är också de som klarar sig bäst.

M: "Social integration är något annat för oss än vad det är för dem, alternativet för en sådan patient är döden, heroinister dör."

Det är inte alla patienter som är meriterade för att klara ett eget boende och en del har inte längre förmågan till sysselsättning. Det förekommer system i kommunen så att dessa patienter kan få möjligheter att kvalificera sig, det vill säga genomgå det krav som krävs för att få boendestöd, förtidspension etc.

En annan viktig aspekt enligt kliniken av den sociala integrationen för patienten är att missbruksidentiteten ska omprövas, de behöver stöttning och realitetstestas för att hitta nya levnadsstrategier. Givetvis finns det undantag, vissa blir mycket deprimerade och de behöver mer stöd i form av psykologisk hjälp.

Själva begreppet social integration kunde inte kliniken utveckla, utan menade att det styrdes av ramarna inom den svenska narkotikapolitiken.

J: "Patienten behöver någon form av stöd, det är inte frågan om vad vi anser är social integration, det är Sveriges narkotikapolitik som styr arbetet."

Malmö metadonprogram

Kravet på att patienten ska ha sysselsättning är svårare att uppnå på grund av hur arbetsmarknaden ser ut. Det finns några åtgärder som bland annat försäkringskassan erbjuder såsom arbetsträning och många väljer att utbilda sig.

Kravet på bostad däremot är inte förhandlingsbart eftersom de måste kunna ta ansvar för sitt metadon men det är inte tvunget med egen bostad utan bara det är något slags ordnat boende.

Enligt föreståndaren har de patienter som bryter helt från sina gamla vanor och vänner bäst förutsättningar för att klara ett drogfritt liv.

Föreståndaren ansåg att det kunde vara svårt för patienten att hitta en egen identitet efter ett omfattande drogmissbruk då patienten efter inträdet i programmet inte definieras som narkoman men inte heller som någon vanlig "Svensson". Ett annat dilemma är att deras sociala nätverk, det sociala umgänge patienterna tidigare haft försvinner och en del har inte längre någon kontakt med sin ursprungsfamilj. Deras gamla vänner kan de inte längre umgås med och även om de gör det så inser de många gånger att de inte har något gemensamt förutom missbruket.

Många av klinikens patienter upplevdes av föreståndaren som socialt handikappade dock vill vi betona att detta inte sades i någon negativ bemärkelse utan bör ses ur föreståndarens erfarenheter från ett mångårigt arbete med denna typ av patienter. Enligt föreståndarens erfarenhet kan det vara lätt att uppfatta patienterna som enstöringar. Många patienter drar sig undan och väljer att fortsätta sina liv i marginalen då de känner att de inte hittar sin plats i det "normala samhället" och inte längre har någon tillhörighet i den narkomana världen.

I: "Många av våra patienter är socialt handikappade och vissa patienter kan man aldrig få in i ett socialt samhälle, de är enstöringar och köper hem sina chips och filmer och vill vara ifred. Vissa kommer en bit, sen är det ju de då som socialiseras helt ut."

Ett önskemål som kliniken hade var ett större nätverk runtomkring patienten. Föreståndaren ansåg att kliniken hade sina begränsningar precis som socialtjänsten hade sina. Det hon menade var att det saknas resurser till de patienter som inte klarar av att sköta ett jobb men ändå vill ha något att sysselsätta sig med.

Enligt kliniken vore det önskvärt med en lägre tröskel när det gäller sysselsättning som inte innebär för stora krav på patienten men som ändå skulle kunna hjälpa patienten att komma tillbaka in i samhället. Det är dock viktigt att alltid ha i åtanke vems behov man ska tillgodose, för behandlaren kan det tyckas vara självklart att målet ska vara någon form av sysselsättning medan för patienten kanske det räcker med att bli drogfri.

Efter en tids inställning på metadon kommer ofta många tankar om vad patienten gjort med sitt liv under missbruksåren och kanske har de även gjort sin familj illa på olika sätt. Många patienter har även mist vårdnaden om sina barn och de vill gärna få hjälp att återuppta kontakten med barnen. Kliniken stöttar patienten med det genom behandlingssamtalen. Föreståndaren på kliniken hade en bra metafor på social integration där hon applicerade sitt tänkande i bilder. Social integration kunde hon beskriva som en ö. När patienten började på metadonprogrammet var dennes värld som en liten ö där de knappt fick ner tårna. Efter en tids behandling växte ön och patienten kunde nu sätta ner hela sin fot. Desto fler år som passerade desto större blev ön och efterhand kunde patienten röra sig fritt på ön.

5.5.1 Kommentar

Båda klinikerna poängterade att det var ett krav att patienten skulle ha ett ordnat boende men att kravet på sysselsättning hade minskat då arbetsmarknaden ser ut som den gör. I Lund hänvisade de till Sveriges narkotikapolitik angående synen på social integration medan man i Malmö kunde ge en mer detaljerad beskrivning. En skillnad som Malmökliniken påpekade var städernas kulturella historia. Föreståndaren trodde att klientelet kunde skilja sig då Malmö är en arbetarstad medan Lund är en studentstad och med detta menade hon att patienterna i Malmö hade svårare att integrera sig då patienterna inte hade utbildning i samma utsträckning som patienterna i Lund.

5.6 Hur ser kliniken på patientens möjligheter till social anpassning?

Lunds metadonprogram

Det finns många svårigheter när det gäller social anpassning för denna patientgrupp. Kliniken underströk att det inte är en omöjlighet som många kanske tror, de menade att alla har olika levnadsstrategier att ta till för att orka gå vidare.

En viktig aspekt i detta arbete är att det är helt upp till patienten att ta ansvar för sitt eget liv, det är patienten som måste bevisa att de kan få förtroende av kliniken och sin respektive behandlare.

Föreståndaren på kliniken kunde inte se att det ibland förekommer en syn på dubbelmoral i samhället kring metadon. Det finns anhängare som är emot denna form av behandling då det anses som om man byter ut ett beroende mot ett annat. Föreståndaren ansåg att det enbart fanns positiva aspekter på metadonprogrammet. Som exempel tog han upp fördelarna med metadon för en kvinnlig heroinist. Han menade att med metadon får man bort patienten från en massa obehagligheter såsom kriminalitet och prostitution. Får heroinisterna inte metadon så dör de till slut av de konsekvenser som heroinet och levnadssättet för med sig.

M: "Konsekvenserna av ett heroinmissbruk om du är kvinna, är att du kan vara helt i händerna på din hallick. Om du är metadonbehandlad behöver du inte sälja dig en sekund... Eller stjäla."

Klinikens vision är att patienten ska bli metadonfri dock är det i praktiken inte många som blir helt drogfria men som lyckas trappa ner dosen till en mycket låg nivå. Kliniken är fullt nöjd med att patienten inte längre knarkar och kan leva ett något sånär bra liv.

Malmö metadonprogram

Synen på sig själv som narkoman eller före detta narkoman är ett problem enligt kliniken och många gånger har föreståndaren fått höra att kliniken är en kommunal langare. Detta märks i samtalen med patienterna, en vanlig fundering som patienterna har är om de ska berätta att de går på metadon till exempel när de söker jobb. Det har dock skett en förbättring då det har visat sig att de patienter som går på metadon ändå kan fungera i samhället. Föreståndaren gjorde en jämförelse mellan metadon och insulin. Hon menade att vissa diabetiker har blivit överviktiga och därigenom självförvållat sin diabetes. Genom att heroinisten drogat har denne i sin tur själv skapat ett drogberoende. Diabetikern måste ha sitt insulin för att överleva och likadant är det för heroinisten med metadonet. I båda fallen är det något som kroppen saknar som behöver tillgodoses och som patienten själv orsakat.

En erfarenhet som kliniken har är att många som börjar på metadonprogrammet tror att bara de får metadon så ordnar sig allting. Målet för patienten är i första hand drogfrihet men de glömmer bort den sociala biten och att de faktiskt måste vara ute i samma verklighet som innan. Det är ofta här som svårigheterna uppkommer i livet som drogfri. Ofta krävs det två vändor på metadonprogrammet för att det ska fungera och vid den andra vändan vet patienten att det riktiga jobbet handlar mer om den sociala biten. Viktigt är också att kliniken aldrig spelar ut sin makt över metadonet utan lägger över ansvaret på patienten själv och att det är deras val.

Många patienter börjar prata om uttrappning efter en 5-6 år, föreståndarens uppfattning är att detta beror på att metadonet börjar kännas som en vana för patienten. Föreståndaren anser att det är mycket viktigt att prata med patienten då det föreligger många svårigheter med uttrappningen. Det är ofta här det sker återfall och kliniken har uppmärksammat detta. Därför tar de bland annat upp återfallsrisken med patienterna när uttrappning blir aktuell och tillsammans kommer de överens om en individuell uttrappningsplan. Men det är inte alla som klarar av det och en stor del går på metadon livet ut. Det bör betonas att det inte enbart handlar om återfallsrisken utan metadon är ett ångestdämpande preparat och de patienter som försöker trappa ut sitt metadon upplever att ångesten blir outhärdlig att leva med.

I: "Vi har patienter som tar körkort och föder barn men när de trappar ner frivilligt säger de att där fanns en hinna kvar, och metadon är ju lite ångestdämpande."

5.6.1 Kommentar

Den sociala anpassningen för patienterna beskrevs av de båda klinikerna som svår men inte omöjlig. När det gäller synen från samhällets sida angående dubbelmoralen på metadon det vill säga att man ersätter ett beroende mot ett annat så hade klinikerna olika uppfattning. I Lund var uppfattningen enbart positiv och de menade att metadonet räddade liv.

De hade ingen förståelse för de som kände motstånd kring denna behandlingsform. I Malmö var synen annorlunda och föreståndaren var medveten om och kunde ha en viss förståelse angående den negativa kritiken kring metadon.

När det gäller uttrappningen av metadon fick vi en uppfattning att man strävade i större utsträckning efter detta i Malmö. Till skillnad från Lund så berättade föreståndaren i Malmö mycket kring arbete med uttrappningen och att det i Malmö ständigt var patienter som hade för avsikt att trappa ut helt. I Lund fick vi en känsla av att de var nöjda med att patienten lyckades med att trappa ner metadonet till en mindre dos.

6. Sammanfattning och slutdiskussion

Målen i SoS-rapporten 1997:22 är att patienten ska återanpassas till ett normalt leverne genom missbruksfrihet, stabilisering och rehabilitering. Faktorer som har stor betydelse för att patienten ska uppnå dessa mål är ordnad bostad, någon form av sysselsättning och gärna ett socialt nätverk runt om kring sig. Tyvärr är dessa faktorer i praktiken svåra att uppnå dels för att arbetsmarknaden ser ut som den gör idag och dels för det råder stor bostadsbrist. Det sociala nätverket är ofta runt dessa patienter ett stort dilemma, vanliga orsaker kan till exempel vara att patienten på ett eller annat sätt skadat sina närstående genom sitt missbruk eller själv tagit avstånd.

För vissa patienter kvarstår problemen även i framtiden och en del har stora skulder att dras med vilket bland annat kan göra det svårare för dem att få en bostad. En hel del har ingen utbildning eller arbetslivserfarenhet vilket i sin tur kan försvåra att få ett arbete. Det sociala nätverket är inte så lätt att bygga upp igen. Patienten kanske känner ett obehag eller är livrädd för att berätta om vad han eller hon gjort tidigare i sina liv och kanske hellre drar sig undan för att slippa få stämpeln som avvikare i kontakten med nya människor.

Vem är det då som bestämmer vad som är avvikande eller inte? Generellt tror vi att det handlar om makt det vill säga de som bestämmer vad som är avvikande eller inte är de som besitter makt. Detta leder till att vissa grupper i samhället som är svagare blir stämplade. Människor i sig är inte avvikare. Blir människan tillräckligt länge definierad som avvikare kommer denna person till slut att själv uppfatta sig som en avvikare. Vi har här haft stor hjälp av stämplingsteorin som understryker att avvikelser är en process som fortlöper under en lång tid. Består processen av upprepade negativa reaktioner från signifikanta andra kommer detta till slut att leda till att individen omdefinierar sin självbild till att bli ännu mer negativ.

Följderna av att individen blir stämplad innebär att individen leds bort från det ”normala samhället” och in i en avvikarkultur.

Enligt oss är det ett stort problem för denna samhällsgrupp. Att man ser narkomaner som avvikare har vi en viss förståelse för dels för att vi har normer i vårt samhälle som förbjuder narkotika dels att det finns en rädsla hos omgivningen. Denna rädsla tror vi grundar sig i en osäkerhet och att människor inte har tillräckligt med kunskap om den narkomana livsstilen. Å andra sidan har vi också en viss förståelse för de som till exempel ska anställa eller hyra ut bostad till narkomanen. Det är svårt att finna en balansgång, kraven är stora på narkomanen som ses som avvikare och denne måste ständigt bevisa sin skötsamhet enligt de normer som råder i samhället. Enligt klinikerna var detta ett stort problem. Många av patienterna kunde inte identifiera sig som en vanlig ”Svensson” och kände sig trots sin drogfrihet ändå som avvikare.

När betar sig människan normalt? Är det när man är som andra, när man har samma saker som andra eller helt enkelt lever som andra? Det måste krävas mycket resurser för en individ som inte är ”normal” att förverkliga vanligheten. Kanske borde samhället inrätta en frizon för alla ”onormala” människor där de tillåts leva, arbeta och umgås på sina egna villkor. Detta var också något som klinikerna underströk att patienterna levde drogfria men vägen tillbaka till det ”normala samhället” upplevdes av en del patienter som svår och ibland omöjlig. Vi tror att dubbelbudskapet med metadonet, från ett beroende till ett annat här finner en naturlig plats. Människor ute i samhället vet kanske lite om denna behandlingsform och avsaknaden av kunskap gör att man ställer sig skeptisk till denna behandlingsform.

En annan aspekt av arbetet med att återanpassa narkomanen till ett normalt liv är normaliseringsprocessen. Det ska enligt reglerna finnas ett välfungerande samarbete mellan programmen och socialtjänsten men som i praktiken inte fungerar vilket även kliniken i Malmö poängterade. Vår uppfattning är att socialtjänsten ser sig ganska nöjda med att patienten slussas in i metadonprogrammet och genom det ska återanpassas tillbaka till samhället. Det är en låg kostnad för socialtjänsten i relation till en annan behandlingsform samtidigt som mycket av ansvaret för patienten läggs över på programmet.

När vi genomförde våra intervjuer ute på fältet märktes det tydligt en skillnad mellan kvinnligt och manligt perspektiv på dubbelmoral som vi för övrigt tidigare nämnt.

Detta kan naturligtvis vara en tillfällighet eftersom de intervjuade är få men det var ändå så att vi noterade denna genusaspekt av synen på denna problematik och därmed omnämner den trots ovanstående reservation. När vi frågade om samhällets syn på metadonprogrammet kände vi att männen i Lund blev reserverade. De kunde inte se att det kan förekomma en negativ syn på denna behandlingsform och de pratade enbart om de positiva aspekterna. I sitt resonemang tog de även upp att när man arbetar med metadon är det en självklarhet att man måste se denna behandling i en positiv mening annars kunde man inte arbeta där. Vi tycker att vi även kunde se en tydlig skillnad mellan föreståndaren som var sjuksköterska och socionomen som var kurator, det fanns en distinktion mellan den medicinska utbildningen och den sociala. Vi vill lyfta fram ett exempel på detta fenomen genom frågan angående social integration där föreståndaren tyckte det handlade om liv och död medan socionomen såg en bredare helhet runt patienten och samhället samt samspelet där emellan. En annan känsla i detta sammanhang är att behandlarna i Lund ansåg att integrationen inte var högt prioriterat utan ett ”något så när bra liv” i drogfrihet var de fullt nöjda med. Vi upplevde det också som att de vi intervjuade i Lund hade blivit ”hemmablinda” och hade svårt att se sitt arbete ur andra perspektiv.

I Malmö intervjuade vi en kvinnlig föreståndare som vid frågan om dubbelmoral absolut kunde se de negativa aspekterna kring metadon och sa i en ironisk klang att kliniken kunde av samhället ses som en kommunal langare. Föreståndaren kunde argumentera och lyfta fram både för och nackdelar och kändes för oss inte lika inarbetad av sitt mångåriga arbete kring metadon. För henne innebar social integration mycket mer än bara drogfrihet till skillnad från Lund. Hon ansåg att det sociala kring patienten var oerhört viktigt för det var oftast här som patienten hade svårigheter. Känslan vi fick var att de i Malmö lade ner ett betydande arbete med denna del. Trots att föreståndaren hade en medicinsk utbildning kunde vi inte se att detta lyste igenom.

Våra egna tankar kring metadonets dubbelbudskap från ett beroende till ett annat har genom detta arbete fått en annan dimension. Vi anser numera att det finns fler fördelar än nackdelar med metadon. Ett framgångsrikt inträde i programmet för de som inte faller ifrån innebär att patienten kommer ifrån ett liv fyllt av kriminalitet, prostitution, sjukdomar och en ständigt stressad tillvaro med döden runt knuten.

När patienten väljer att ta steget in i behandlingen tycker vi att de även får en ny chans till livet. Vi vill här betona att man aldrig får glömma att det i slutänden handlar om att det är patientens val och ansvar att ta vara på denna möjlighet.

Metadonprogrammet är en form av harm reduction som är en del av den svenska narkotikapolitiken trots att denna till större delen är inriktad på prohibition. Syftet med harm reduction är att minska skadorna vid ett eventuellt missbruk av narkotika. Vi anser att inslaget av harm reduction är något bra eftersom nolltolerans mot narkotika aldrig kommer att uppnås och som samhället ser ut idag är det inte heller realistiskt. Metadonprogrammet är ett inslag i rätt riktning men tyvärr är metadon ett dyrt behandlingskoncept vilket medför att långt ifrån alla som behöver det kan få det. Enligt klinikerna fick de i stort sett dagligen tacka nej till narkomaner som ville påbörja ett metadonprogram.

Metadonbehandling är idag ett hett och omdebatterat område i vårt samhälle. Det har visat sig att behandlingen är effektiv men ändå läggs det inte mycket resurser eller pengar till den. Enligt tidningsartikeln som publicerades i Sydsvenskan den 16:e november är det upp till två års väntetid på att få starta en behandling och under denna tiden hinner många narkomaner gå ner sig. Det slår extra hårt mot kvinnorna som tvingas in i prostitution och ett avslag för att få komma in på ett metadonprogram kan leda till att narkomanen dör. Omfattande forskning visar på effektiviteten av metadonunderhållsbehandling och en övervägande majoritet som fått metadon av de tunga opiatmissbrukarna har övergått till ett normalt liv utan kriminalitet och prostitution. Då denna behandling har visat sig hjälpa så många narkomaner undrar vi varför det inte satsas mer resurser? Vi föreslår därför att resursfrågan blir föremål för framtida forskning.

7. Källförteckning

Andersen, Ib (1998) *Den uppenbara verkligheten – val av samhällsvetenskaplig metod*. Studentlitteratur, Lund.

Bernler, Gunnar & Lisbeth Johnsson (2001) *Teori för psykosocialt arbete*. Bokförlaget Natur och Kultur, Borås

Bernler, Gunnar, Lilja Cajvert, Lisbeth Johansson & Hans Lindgren (1999) *Psykosocialt arbete – idéer och metoder*. Bokförlaget Natur och Kultur, Borås

Denvall, Verner & Tord Jacobson (red.) (1998) *Vardagsbegrepp i socialt arbete – ideologi, teori och praktik*. Norstedts tryckeri, Stockholm.

Ditzler, James & Joyce i samarbete med Celia Haddon (1992) *Gör dig fri från beroende av narkotika*. Proprius förlag Stockholm (1986?)

Eriksson, Lars Torsten & Wiederheim – Paul, Finn (2001) *Att utreda, forska och rapportera*. Liber Ekonomi, Malmö. Sjunde upplagan.

Fugelstad, Anna & Jovan Rajs (1998) *Narkotika*. Bokförlaget Nya Doxa, Nora

Goldberg, Ted (2000) *Narkotikan avmystifierad*. Academic Publishing of Sweden, Solna

Hilte, Mats (1996) *Avvikande beteende*. Studentlitteratur, Lund

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

Johnsson, Eva, Leili Laanemets, Kerstin Svensson (2000) *Narkotikamissbruk*. Studentlitteratur, Lund

Johansson, Katarina & Peter Wirbing (2003) *Riskbruk och missbruk*. Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm

Kristiansen, Arne (2000) *Fri från narkotika*. Bokförlaget Bjurner och Bruno AB, Vaxholm

Lundahl, Ulf & Per-Hugo Skärvad (1982) *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*. Studentlitteratur, Lund.

Lundahl, Ulf & Per-Hugo Skärvad (1999) *Utredningsmetodik för samhällsvetare och ekonomer*. Studentlitteratur, Lund. Tredje upplagan.

Nilsson, Björn (1996) *Socialpsykologi*. Studentlitteratur, Lund

Nordegren, Thomas & Kerstin Tunving (1997) *Droger A-Ö*, Centraltryckeriet, Borås

Ramström, Jan (1983) *Narkomani: Orsaker och behandling*. Tiden/Folksam, Falköping

SOSFS 1990:16, *Socialstyrelsens föreskrifter (26) om underhållsbehandling med metadon*.

SoS-rapport 1997:22, Graphic Systems, (1997) *Metadonbehandlingen i Sverige*.

Svensson, Bengt (1996) *Pundare, jonkare och andra*. Carlsson Bokförlag, Stockholm

Sydsvenskan, Tisdagen den 16:e november 2004, del C8

Thurén, Torsten (2000) *Vetenskapsteori för nybörjare*. Torsten Thurén och Liber AB, Stockholm

www.sos.se

7.1 Bilaga med intervjuguide

- Hur ser behandlingsarbetet ut på klinikerna?
- Hur ser det sociala arbetet ut i behandlingsprogrammen?
- Hur ser den sociala integrationen ut för patienten?
- Hur ser kliniken på patientens möjligheter till social anpassning?