

METADONUNDERHÅLLSBEHANDLING



- en gråzon för kvinnor?

Författare: Caroline Bjäre & Marie Holmström
Handledare: Elizabeth Martinell Barfoed

ABSTRACT

The aim of this thesis has been to investigate women's experience of the Methadone maintenance treatment and what help they believe they need to be able to recover and to improve their social life and whether the medical- and social workers share the similar view.

Our method of investigation has been qualitative interviews with four women in the program, two nurses and a counsellor at the methadone clinic and two social workers, who have female clients in the program.

The questions at issue were:

- how did the women describe their life situation during treatment, compared to the situation they had while they were addicted to narcotics,
- did the women experience that the treatment they get in the methadone maintenance program is giving them a better social life situation,
- did the employees at the clinic and at the social office share the similar view about the treatments as the female patients?

Main problems seemed to be; meeting new non-addictive friends and finding something to do. We could see that, in different ways, they need more support. It wasn't always clear to the people who work with them whose responsibility it was, depending on workplace and/or personality.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	sid
FÖRORD	6
1. INLEDNING	7
1.1 Problemformulering	7
1.2 Syfte och frågeställningar	8
2. METOD OCH URVAL	8
2.1 Val av metod	8
2.2 Resultatens tillförlitlighet	9
2.3 Urval	10
2.4 Analys och bearbetning	11
2.5 Etiska överväganden	11
2.6 Presentation av intervjupersonerna	11
2.7 Fortsatt framställning.....	12
3. TEORETISKA PERSPEKTIV.....	12
3.1 Könsperspektiv – en kort introduktion	12
<i>3.1.1 Könsperspektiv inom socialt arbete</i>	<i>14</i>
3.2 Habitus, fält och kapital	14
3.3 Symbolisk interaktionism – Stämplingsteori	15
4. METADON OCH METADONUNDERHÅLLSBEHANDLING	16
4.1 Historik	16
4.2 Mer om metadon	17
4.3 Metadonunderhållsbehandling	17
<i>4.3.1 Kriterier för metadonunderhållsbehandling</i>	<i>18</i>
<i>4.3.2 Vårdplan</i>	<i>18</i>
<i>4.3.3 Planerad avveckling</i>	<i>18</i>
<i>4.3.4 Uteslutning</i>	<i>18</i>
4.4 Tidigare forskning	19
5. ANALYSEN.....	21
5.1 Kvinnornas situation i missbruksvärlden.....	21

5.1.1 Den mansdominerade missbruksvärlden.....	21
5.1.2 Vardagssituationen för den missbrukande kvinnan.....	22
5.1.3 Missbrukande kvinnor med barn.....	23
5.1.4 Kvinnor i parrelation med missbrukande män.....	24
5.2 Kvinnornas sociala situation.....	26
5.2.1 Familjen.....	26
5.2.2 Vänner.....	27
5.2.3 Gemenskap.....	28
5.3 Metadonmottagningen ur kvinnors perspektiv.....	29
5.3.1 Könsfördelning i personalgruppen.....	29
5.3.2 "Kvinnogrupp".....	31
5.3.3 Något att göra.....	32
5.4 Behandlingar utanför metadonmottagningen.....	33
5.4.1 Behandlingshem.....	34
5.4.2 Kurator, psykolog eller annan samtalskontakt.....	35
5.5 Arbete.....	37
5.6 Boendesituationen.....	39
5.7 Andra viktiga faktorer i behandlingen.....	41
5.7.1 Sidomissbruk.....	41
5.7.2 Självförtroende och identitet	42
5.7.3 Att se framåt.....	42
6. SAMMANFATTNING.....	43
7. SLUTDISKUSSION.....	44
KÄLLFÖRTECKNING.....	47

BILAGOR

- 1. Brev till respondenter**
- 2. Intervjuguide till respondentintervjuerna**
- 3. Intervjuguide till informantintervjuerna**

FÖRORD

Vi vill tacka alla som gjort det möjligt för oss att genomföra detta arbete:

Våra respondenter som, mycket generöst, har delat med sig av sina livserfarenheter, vilket för oss har varit väldigt lärorikt.

Våra informanter som genom sina kunskaper, sin erfarenhet och tankar kring ämnet har vidgat vår syn på socialt arbete med människor i metadonunderhållsbehandling i allmänhet och kvinnornas situation i synnerhet.

Både respondenter och informanter har sagt så mycket mer än vad vi har fått plats med i uppsatsen, men vi tar det med oss och kommer att, med all säkerhet, få nytta av det i vårt framtida yrke.

Vår handledare Elizabeth Martinell Barfoed för stöd, hjälp och alla uppmuntrande ord. Och för att du alltid funnits tillgänglig.

Alla på metadonmottagningen, i synnerhet kuratorn för att ni har hjälpt oss att kontakta och boka tid för intervjuer med respondenterna.

Våra familjer för att de har stått ut med oss.

Varandra för ett gott samarbete.

Caroline & Marie

1. INLEDNING

1.1 Problemformulering

Mellan 13 000 - 14 000 av alla svenskar i åldrarna 15-57 år är beroende av heroin och andelen tycks öka enligt Socialstyrelsen (2001). Heroinberoendet medför omfattande sjuklighet och sociala komplikationer, såväl hos missbrukaren själv som hos närstående. Flertalet opiatnarkomaner behandlas inte med tillfredsställande resultat därför har så kallad läkemedelsassisterad behandling fått en allt viktigare plats när det gäller behandlingsinsatser (ibid.). En av behandlingsinsatserna med läkemedel är metadonunderhållsbehandling.

Metadon kan enligt Metadon Patient Föreningens hemsida (2005) beskrivas som ett syntetiskt opiatersättningspreparat, vilket utvecklades av tyska forskare under andra världskriget för att användas som smärtstillande preparat men kan också lämpa sig för läkemedelsassisterad behandling.

Metadonunderhållsbehandling är en omdiskuterad behandlingsform av opiatmissbruk i vårt samhälle. Det finns personer och organisationer i samhället som anser att det är ett bra behandlingsalternativ för att missbrukarna ska få ett skäligt liv, medan andra anser att det är ett sätt att ersätta narkotika med narkotika på legal väg. Enligt Sveriges riksdag är det övergripande målet för svensk narkotikapolitik ett narkotikafritt samhälle och underhållsbehandling med metadon är ett led i den politiken. Metadonunderhållsbehandling ges till en begränsad och väl definierad grupp opiatberoende personer som har provat på andra insatser eller annan behandling utan tillfredsställande resultat. Underhållsbehandlingen har tidigare varit en behandlingsform för ett mycket begränsat antal opiatberoende. Socialstyrelsens tak för antalet behandlingar i hela landet var tidigare 450, men de har nu beslutat att behandlingsformen kommer att utökas. Det diskuteras bland annat att förlägga metadonkliniker på fler platser i Sverige (Socialstyrelsen, 2001).

Enligt personal på metadonmottagningen heter behandlingen metadonunderhållsbehandling för att betona dess medicinska aspekt. Metadonunderhållsbehandling syftar till en läkemedelsassisterad behandling och all medicinsk långtidsbehandling kallas underhållsbehandling.

Målet med metadonunderhållsbehandling är enligt Socialstyrelsens riktlinjer, bland annat, att

den som är opiatberoende ska upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation. Tidigare forskning har, enligt Socialstyrelsens rapport 1997:22, visat att de opiatmissbrukare som fullföljde metadonunderhållsbehandlingen fick socialt förbättrade levnadsvillkor. Denna forskningsrapport gjorde oss nyfikna på att undersöka *vad* det är i behandlingen som gör att de får socialt förbättrade levnadsvillkor. Är det bara metadonet ”i sig” som är anledningen till deras välmående eller finns det fler faktorer som spelar in?

För att ytterligare smalna av området har vi valt att fokusera på hur kvinnor i metadonunderhållsbehandling framställer sina levnadsvillkor i förhållande till samhället. Vi är nyfikna på om kvinnor menar sig ha speciella hjälpbehov utifrån sin position i en manligt dominerad missbruksmiljö. Därför vill vi ta reda på om behandlingen är annorlunda upplagd för kvinnor. Får kvinnorna den hjälp de anser sig behöva för att hålla sig drogfria och för att få socialt bättre levnadsvillkor?

1.2 Syfte och frågeställningar

Undersökningens syfte är att belysa kvinnors upplevelser av metadonunderhållsbehandlingen och vilken hjälp de anser sig behöva för att socialt förbättra sina levnadsvillkor. Vi vill också studera behandlingspersonals och socialsekreterares perspektiv på metadonunderhållsbehandlingen för kvinnor, utifrån respektive profession.

1. Hur uttrycker kvinnorna, i behandling, sig om sin livssituation i jämförelse med den livssituation de hade i missbruket?
2. Upplever kvinnorna att behandlingsinsatserna på metadonunderhållsprogrammet kan ge dem en bättre social livssituation i jämförelse med den sociala livssituation de hade i missbruket?
3. Vilka olika uppfattningar ger behandlingspersonal och socialsekreterare uttryck för utifrån sina respektive professioner om behandlingsinsatserna för kvinnorna i metadonunderhållsbehandlingen?

2. METOD OCH URVAL

2.1 Val av metod

Uppsatsen har en kvalitativ ansats och är baserad på djupintervjuer med fyra kvinnor i metadonunderhållsbehandling, tre intervjuer med personal från metadonmottagningen och två intervjuer med socialtjänsten.

Vi valde att göra så kallade respondentintervjuer (se bilaga 2) med kvinnor för att vi ville samla in information som kunde ge oss en djupare förståelse för kvinnornas upplevelser av livet och deras sociala livssituation före och under behandlingen. Vårt mål med dessa intervjuer var också att söka information om patienterna har fått de behandlingsinsatser som de ansåg sig behöva för att kunna förbättra sin sociala situation. Genom kvalitativa intervjuer med öppna frågor vill vi också få en närhet till intervjupersonerna för att ta del av deras upplevelser samt hur de tänker och känner (Holme & Solvang, 1997).

Med informantintervjuerna (se bilaga 3), där vård och behandlingspersonal intervjuades, ville vi få ett annat perspektiv på behandlingsinsatserna och använde även här kvalitativa intervjuer med öppna frågor.

I vår undersökning utgår vi endast från en mottagning och ett fåtal informanter och respondenter. Vi är medvetna om att vi inte kan dra några generella slutsatser utifrån ett så litet empiriskt material, men hoppas ändå att intervjuerna ger en god bild av variationer, strukturer och processer, vilket är den kvalitativa analysens mål (Holme & Solvang, 1997).

Vi är medvetna om att all forskning färgas av forskarens uppfattning och därigenom ger forskaren tolkningsmöjligheter när det gäller inhämtandet av information (Holme & Solvang, 1997; Trost, 2005). När det gäller undersökningsspersonerna kan de också få en speciell uppfattning av oss och därför är det viktigt att vi försöker att skapa ett förtroendefullt klimat.

2.2 Resultatens tillförlitlighet

I vår undersökning använde vi en kvalitativ intervjumetod med öppna frågor. Under intervjuerna försökte vi tänka på att verkligen få svar på det vi ville undersöka och menar därför att validiteten kan förmodas vara hög. Validitet betyder att man verkligen har undersökt det man vill undersöka (Thurén, 2000). Vi har även haft tillfälle att anpassa intervjun med hjälp av följdfrågor, vilket kan ha stärkt validiteten. Däremot vill vi återigen påpeka att det inte går att dra några generella slutsatser utifrån undersökningen eftersom urvalet inte är tillräckligt stort. Vi tycker ändå att det framkommer tydligt i intervjuerna vilka behandlingsinsatser som kvinnorna upplevde som viktigast för att få en förbättrad social situation samt behandlarnas och socialsekreterarnas perspektiv.

Vi har varit medvetna om att vi kan ha påverkat svaren genom vår medverkan under intervjuerna, men menar inte att det har påverkat resultatet negativt. Det har däremot gjort oss extra uppmärksamma på att försöka att inte styra intervjun för hårt eller lägga in egna personliga värderingar under arbetets gång eller i analysen.

2.3 Urval

För att få kontakt med kvinnor och personal tog vi kontakt med en metadonmottagning i Skåne där vi redan hade etablerat en kontakt sedan tidigare. Eftersom vi valt att göra respondentintervjuer anser vi att avidentifiering är särskilt viktig och kommer därför inte att nämna vilken metadonmottagning vi besökte.

Vi skickade ut ett brev (se bilaga 1) till metadonmottagningen där vi skrev vad vi ville undersöka och varför vi vill undersöka det. De klienter som var villiga att ställa upp på intervju fick via mottagningspersonalen hjälp att kontakta oss. Vi fick även hjälp av kuratorn på metadonmottagningen genom att hon pratade med några kvinnor på mottagningen och bokade in intervjuerna till oss, vilket gör att vårt urval blev styrt av det slaget som brukar kallas ”snöbollsurval” (t.ex. Hilde, 2001).

Vårt empiriska material består av fyra respondentintervjuer och fem informantintervjuer. Vårt mål var till en början att intervjua fem kvinnor från mottagningen men en intervju kunde inte genomföras och på grund av tidsbrist hann vi inte boka in någon ny. En av patienterna intervjuade vi på mottagningen, en i sitt hem, en på hennes arbetsplats och den sista intervjun skedde på ett behandlingshem. Kvinnorna fick själva välja i vilken miljö de ville att intervjuerna skulle ske, eftersom vårt mål var att de skulle känna sig trygga under intervjun. Intervjuerna tog cirka en och en halv timme och spelades in på bandspelare.

För att få en helhetsbild av mottagningen, där en tredjedel av patienterna är kvinnor, valde vi att intervjua två sjukskötare och kuratorn på den mottagning vars program kvinnorna deltar i. Vi intervjuade också en biståndshandläggare och en handläggare på vuxenenheten i den kommun kvinnorna tillhörde. Dessa intervjuer gjordes på respektive arbetsplats och tog cirka en timme och även dessa spelades in på band.

2.4 Analys och bearbetning

I bearbetningen av materialet har vi transkriberat intervjuerna och sedan läst igenom dem många gånger. Under arbetets gång har vi fokuserat på våra frågeställningar samt försökt lyssna till vad som sägs men även vad som inte sägs. Vi har också försökt tolka skillnader i sätt att uttrycka sig när det gäller professionella jämfört med patienter, men även *inom* respektive kategori.

När intervjumaterialet återges som citat är det inte språkligt bearbetat utan det är hur personerna verkligen uttryckt sig. Dock kan en viss varsam redigering vara gjord av utfyllnadsord som ”äh, hm” o.s.v. Detta menar vi inte påverkar innebörden av meningen utan i stället gör det den mer sammanhängande för läsaren.

2.5 Etiska överväganden

Alla intervjupersoner var innan intervjuerna informerade om att deltagandet skedde på frivillig väg och att de inte behövde svara på frågor som de av någon anledning inte ville eller orkade svara på. Vi informerade dem om anonymitet i uppsatsen och att vi inte avsåg att skriva vilken specifik metadonmottagning vi besökte.

För att förhindra att intervjupersonerna identifieras har vi fingerat namn och ålder på så väl intervjupersoner som på de anhöriga och vänner som nämns i intervjuerna. Vi har även talat om vad intervjuerna kommer att användas till.

2.6 Presentation av intervjupersonerna

Nedan följer en kort presentation av intervjupersonerna.

Observera att samtliga namn är fingerade.

Nina - ca 40 år. Hon har tidigare varit gift men bor nu ensam, hon har inga barn. Nina har missbrukat sedan tidiga tonåren och har haft metadon i två och ett halvt år. Nina har hittills fått sin försörjning via sjukbidrag.

Gunilla - ca 50 år. Hon har också tidigare varit gift men är nu ”singel”, hon har två vuxna barn. Gunilla har tidigare arbetat men är numera sjukpensionär/förtidspensionär. Hon började missbruka droger i tidiga tonåren och har haft metadon sedan 1994.

Lotta - ca 45 år. Hon är gift och har två barn. Lotta har arbete och har haft metadon sedan

1995.

Rebecca - drygt 25 år. Hon är ”särbo”, får sin försörjning via socialbidrag och har haft metadon i två och ett halvt år.

Biståndshandläggare på kommunens socialtjänst.

Handläggare på behandlingsenheten på kommunens socialtjänst.

Kurator och utredare på metadonmottagningen.

Sjukskötare nr. 1, på metadonmottagningen.

Sjukskötare nr. 2, på metadonmottagningen.

2.7 Fortsatt framställning

I vår fortsatta framställning kommer vi i kapitel *tre* att redogöra för våra teoretiska perspektiv genom kortare presentationer av könsperspektiv och könsperspektiv inom socialt arbete. Vi fortsätter sedan med sociologen Pierre Bourdieus teori om habitus, fält och kapital för att avsluta teoridelen med symbolisk interaktionism - stämplingsteori. I kapitel *fyra* presenterar vi en kort historik och tidigare forskning och annan fakta inom metadon och metadonunderhållsbehandling. Vår egen analys finns att läsa under kapitel *fem*. I detta kapitel presenterar vi vårt empiriska material och resultatet av vår analys. I kapitel *sex* ger vi en kort sammanfattning av vad undersökningen har visat. Vår slutdiskussion finns att läsa under kapitel *sju*.

3. TEORETISKA PERSPEKTIV

För att förstå skillnaden mellan kvinnligt och manligt i samhället, inom socialt arbete och i missbruksvärlden har vi valt att utgå ifrån ett könsperspektiv. Som teoretiska utgångspunkter har vi också använt oss av Bourdieus ”habitus, fält och kapital” och symbolisk interaktionism - stämplingsteori som förklaringsmodeller.

3.1 Könsperspektiv – en kort introduktion

Filosofen Simone de Beauvoir skrev redan 1949 att ”man föds inte till kvinna man blir det” (Larsson, 1996 s 5), vilket kom att bli ett mycket omdiskuterat uttalande. I vår kultur har det länge funnits en fast förankrad föreställning att kvinnligt och manligt är varandras eviga motsatser. Olikheter i uppfattningar, intressen och beteende anses ha en given, biologisk bas. Kvinnor föder barn, det gör inte män. Olikhet betraktas i allmänhet som grunden för det positiva i könsrelationen: attraktion, spänning och erotik. Edwards (2002) skriver att Harold

Garfinkel anser att kvinnor ur ett historiskt perspektiv är på ett visst sätt och män är på ett annat sätt och som kallar detta för "den naturliga inställningen" till kön/genus. En inställning som är näst intill omöjlig att ifrågasätta eftersom vi dagligen får dessa föreställningar bekräftade, genom att kvinnor beter sig som kvinnor förväntas göra och män beter sig som män brukar. de Beauvoir ser främst tanken om kvinnans "annorlunda väsen" som något som används *mot* kvinnor, som ett sätt att rättfärdiga den rådande könsmaktsordningen och inte som en orsak till kvinnors underordnade ställning (ibid.). De flesta forskare med ett genusperspektiv anser att kvinnans underordning inte kan diskuteras med hänvisning till olikheter utan bör diskuteras i termer av makt, kontroll och legitimering (jmf. Eduards, 2002; Larsson, 1996; Lundqvist & Mulinari, 1997).

Filosofen Judith Butler (Larsson, 1996) för de feministiska resonemangen om kön och genus ett steg längre. Hon menar att kön och genus är något som görs och skapas och att vi har en viss tendens att tolka genus utifrån ett könsbegrepp. Butler utvecklar de Beauvoirs tankegångar, som vi nämnt tidigare, och menar att ingen föds med ett genus utan att detta alltid förvärvas. Vidare är Butler kritisk mot att kön anses vara något biologiskt och "naturligt" och mot att det bildas en logisk kedja mellan kön och genus, d.v.s. att genus agerar som det förväntas utav könet. Med andra ord menar Butler att kön och genus är samma sak och att båda ska ses som konstruerade (ibid.). Butler förespråkar en användning av enbart begreppet "gender", vilket står för både kön och genus (Mattsson, 2005). Detta är något som Butler har kritiserats för eftersom hennes teori kan tolkas som att vi kan byta mellan olika kön från dag till dag (ibid.).

Pierre Bourdieu (1999) talar om vår kroppsliga "hexis", ett begrepp som refererar till konstitueringen av kroppen, dess funktioner och språk. "Hexis" är inte något som personen har utan något som personen är, vilket gör den betydligt svårare att förändra. Bourdieu (Andersen & Kaspersen, 2003) kritiserar forskning som anser att kvinnor i mansdominerade samhällen kan göra uppror och bryta de mekanismer som förtrycker dem, eftersom det är kvinnorna själva som socialiserats in i de tankestrukturer som definierar dem som mindervärdiga. Bourdieu talar också om sociala maktförhållanden (Moe, 1995) som vi kommer att återkomma till lite längre fram.

Mats Hilde (1996) refererar till Elizabeth Ettore, professor i sociologi, syn på kvinnors missbruk som en överlevnadsstrategi, ett sätt för kvinnan att handskas med det patriarkala

förtryck som råder i samhället. Detta kan ses som en orsak till att kvinnor börjar använda droger. I vårt västerländska samhälle ses narkotikaklassade preparat som *onda*, vilket gör att samhället reagerar med stämpling och marginalisering av dem som använder narkotika. Ettore anser att i allmänhetens ögon döms kvinnliga narkomaner hårdare än manliga narkomaner. Kvinnorna upplevs som nedsmutsade och fallna kvinnor (ibid.).

3.1.1 Könsperspektiv inom socialt arbete

Könsperspektivet i socialt arbete berör alla involverade, inte bara klienterna. Kolfjord (2003) menar att klienter och socialarbetare många gånger inte definierar en och samma situation på samma sätt. Föreställningar om vårt eget kön styr vårt arbete och förhållningssätt gentemot de vi möter - kvinnor, män, mammor eller pappor (Lundqvist & Mulinari, 1997). I boken Sociologisk kvinnoforskning (ibid.) skriver Kolfjord att socialt arbete är en fråga om relationer och består av möten med olika kön och åldersgrupper. Kulturella uppfattningar om hur en kvinna ska vara kan lätt bli förknippade med kvinnliga socialtjänstsökande. Därför upplever en del kvinnor sig mer kontrollerade av socialtjänsten än männen. Kvinnorna blir enligt Kolfjord underordnade i kontakten med socialtjänsten, dels som klienter och dels som kvinnor. Myten om den goda modern och ett moraliskt tänkande degraderar dem (ibid.). Det finns även studier (Kolfjord, 2003) som visar att kvinnor som är mammor inte vågar söka hjälp hos sociala myndigheter för att de inte uppfattas vara goda mödrar.

3.2 Habitus, fält och kapital

Bourdieu (Andersen & Kaspersen, 2003), som vi tidigare nämnt, anser att varje individs handlingar är sociala och att det är i de olika miljöer individen befinner sig som, vad han kallar *habitus*, skapas. Varje enskild individ skapar sitt eget habitus utifrån sin uppväxtmiljö (Bourdieu, 1995). Ett uttryck som är normalt för en person med habitus från en slags bakgrund kan uppfattas som vulgärt för en individ med annan uppväxt (Andersen & Kaspersen, 2003). Det är oftast människors uppväxtförhållanden som formar det habitus de bär med sig i livet och som är svårast att förändra. Bourdieu menar dock att individen har en förmåga att lära sig nya saker och detta gör att man kan utveckla nya habitus genom sina erfarenheter. Det är dessa olika habitus som människan använder sig av i olika situationer, i de olika fält vi befinner oss i. Individen kan ha olika habitus i de olika sociala arenor de spelar på. Arenorna kan vara skola, arbete eller familj (ibid.).

Bourdieus kapitalbegrepp, som vi tidigare nämnt, utgår ifrån sociala maktförhållanden (Moe,

1995). Han menar att det finns fler slags kapital än ekonomiska, till exempel fina titlar och familjebakgrund. Kapitalbegreppet är också ett *relationsbegrepp* och bidrar både till produktion och reproduktion av det sociala livet (ibid.).

3.3 Symbolisk interaktionism - stämplingsteorin

George Herbert Mead (Nygaard, 1996) anses vara den främste företrädaren för symbolisk interaktionism. Hans grundtanke var att människans jag uppkommer genom *samspel* med andra och att det påverkar individens relation till omvärlden. Mead menar att det är omvärldens reaktion på det jag säger och gör som är grunden till hur jag beter mig i en liknande situation. Detta kallar Mead också för den *generaliserande andre*, vilket är ett uttryck för samhällets attityd gentemot den enskilde aktören. Enligt Mead är individen och samhället ömsesidigt beroende av varandra. Han anser att en människas förståelse är förknippad med socialt samspel och de attityder och reaktioner som hon blir bemött av i olika sociala sammanhang och i samhället i stort. När dessa attityder är negativa kan så kallade stämplingsmekanismer uppkomma (ibid.).

När man pratar om stämplingsteoretiska perspektiv nämns ofta Howard S Becker som en av de främsta företrädarna (Hilte, 1996). Denna inriktning inom interaktionismen frågar inte varför individer begår avvikande handlingar utan varför en handling betecknas som avvikande (Andersen & Kaspersen, 2003). Stämplingsteorin är enligt Goldberg (1993) en process bestående av negativa reaktioner från omgivningen som många gånger börjar redan i barndomen och som kan fortsätta i livet. Självbilden är individens uppfattning om sig själv i relation till samhällets människoideal och grundas och modifieras genom relationer till andra människor, den är med andra ord socialt konstruerad. En narkotikamissbrukande kvinna kan enligt samhällets ideal uppfattas som en avvikare och kan på så sätt skapa sig en negativ självbild. En individ med negativ självbild tenderar att handla på ett sådant sätt att hon får bekräftelse på sin negativa självbild, hellre än att orsaka förvirring genom att bete sig på ett sådant sätt som skulle tillskriva henne en mer positiv självbild. Då har kvinnan befest stämplingen genom att uppfatta sig själv på samma sätt som omgivningen uppfattar henne, detta i sin tur kan leda till att hon blir stigmatiserad (Goldberg, 1993).

Vi menar att dessa teoretiska perspektiv kan skapa större förståelse för narkotikamissbrukande kvinnors sociala situation och livsvillkor i samhället, både inom socialt arbete och i missbruksvärlden.

4 METADON OCH METADONUNDERHÅLLSBEHANDLING

I följande avsnitt kommer vi kort att presentera bakgrund samt socialstyrelsens riktlinjer för metadonunderhållsbehandling.

4.1 Historik

Enligt metadonpatientföreningens (MPF) hemsida (2005) uppfanns metadon i Tyskland under andra världskriget, då Tyskland var avskuret från opiumimport av de allierade. Man gav ett kemiföretag i uppdrag att utveckla syntetiska opiater, eftersom behoven av smärtstillande medicin på krigsskådeplatserna var stora. Framställningen av de syntetiska opiaterna togs sedan med till USA efter krigsslutet. Där såldes metadon först under namnet Dolophin (ibid.).

På Uppsala Akademiska Sjukhus (UAS) hemsida (2003) läser vi att det var de amerikanska forskarna Vincent Dole och Marie Nyswander som sedan i början av sextiotalet presenterade sina forskningsresultat kring användandet av metadon i behandling av opiatberoende missbrukare och i mitten på 1960-talet introducerade de underhållsbehandling med metadon. De hade en föreställning om att heroinmissbruk var ett uttryck för en ämnesomsättningsstörning i hjärnan, en hypotes som senare ledde fram till upptäckten av endorfiner och opiatreceptorer (ibid.).

Heroinmissbrukare som har ett långvarigt missbruk bakom sig, drabbas av störningar i endorfinsystemet och behöver, enligt denna medicinska förklaringsmodell, läkemedel för att hålla sig friska och här har metadon visat sig vara ett bra stöd. Dole och Nyswander betraktade metadon som en motsvarighet till insulin för diabetiker, men betonade också vikten av att metadonbehandling kombinerades med för psykosocial rehabilitering (ibid.).

Enligt Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysnings (CAN) hemsida (2002) introducerades metoden i Sverige 1966, av Lars Gunne, professor i psykiatri, som startade en liknande verksamhet på Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Professor Gunne säger, i en intervju av Staffan Hasselgren (2002) i tidskriften Alkohol & Narkotika, att det till att börja med var svårt att få patienter och att det berodde på att metadonprojektet, redan från början fått dåligt rykte p.g.a. de skrivelser som varit kring det så kallade legalföreskrivningsprojektet som började 1965. Inom stora delar av narkomanvården, så sent som i slutet av 1970-talet sågs inte metadon som ett behandlingsalternativ, målet var ”total” drogfrihet, uppger vår handledare

Elizabeth Martinell Barfoed som själv arbetade inom missbruksvården vid denna tid. När sedan behandlingsformen varit försöksverksamhet i tretton år, visade professor Gunne fram positiva resultat som han fått genom en undersökning och ville att behandlingsformen skulle godkännas av Socialstyrelsen. Men de ansåg att resultaten var osäkra och politiker och tjänstemän i landstinget menade att behandlingen var för dyr. Detta togs tillbaka några år senare då dåvarande socialminister Barbro Westerholm deklarerade att hon ansåg att metadonprogrammet var ”alldeles utmärkt” (Hasselgren, 2002). Enligt Uppsala Akademiska Sjukhus hemsida (2003) godkändes metadonunderhållsbehandling som reguljär sjukvård år 1981.

4.2 Mer om metadon

Metadon är enligt Uppsala Akademiska Sjukhus hemsida (2003) ett syntetiskt framställt läkemedel med morfinliknande egenskaper, men med en betydligt längre halveringstid än t.ex. morfin och heroin, vilket innebär att metadon har längre verkningsstid (mellan 24 och 36 timmar) och dessutom saknar dessa drogers toleransutveckling. Som tidigare nämnts är metadon smärtlindrande och används vanligen vid behandling av kroniska smärttillstånd, där den ursprungliga smärtlindringen tappat sin effekt, just på grund av toleransutveckling (ibid.).

Om metadonet ges i rätt dos och dricks en gång per dag, uppstår inga ruseffekter eller abstinensbesvär, eftersom metadonet har en utplanande effekt, d.v.s. ger inga större toppar eller dalar, dessutom dämpas suget efter narkotika. Däremot kan det missbrukas som andra opiater eftersom det är ett beroendeframkallande preparat (Julin & Nordin, 1999).

På FASS (Farmaceutiska specialiteter i Sverige) hemsida (2005) står det att läsa att de biverkningar, varav några kan bestå, som patienten kan få är t.ex. aptitstörning, ökad svettning, störning i sexualfunktionen, menstruationsstörningar, trög mage, förstoppning, sömnstörningar, mardrömmar slöhet och vätskesvullnader, m.m. (ibid.).

4.3 Metadonunderhållsbehandling

Enligt socialstyrelsens författningssamling (SOSF, 2004:8) ska underhållsbehandling syfta till att den som är beroende av opiater ska upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation. Underhållsbehandlingen får endast ges på en sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård och verksamheten ska bedrivas i enighet med de nationella målen för narkotikapolitiken, samt samordnas med kommunens socialtjänst (ibid.).

4.3.1 Kriterier för metadonunderhållsbehandling

Det är läkaren på mottagningen som avgör om en patient ska ges underhållsbehandling. Vid bedömningen ska denne ha en helhetssyn på patientens hälsotillstånd, missbruk och sociala situation. Bedömningen görs efter en personlig undersökning och i samråd med socialtjänsten (SOSF, 2004:8).

Underhållsbehandling får endast ges till den som fyllt 20 år och som har ett dokumenterat opiatmissbruk sedan minst två år. Personen måste dessutom ha förmåga att tillgodogöra sig information om behandlingen och lämna samtycke (ibid.).

Underhållsbehandling med metadon får inte ges om man bedömer att det finns annan behandling som är tillräcklig eller om patienten är beroende av andra preparat än opiater eller har ett sidomissbruk av andra preparat (ibid.).

4.3.2 Vårdplan

Det ska även upprättas en vårdplan som ska utformas genom en utredning där viktiga medicinska och sociala faktorer belyses. Vårdplanen ska upprättas i samråd med patienten och socialtjänsten. Och den ska ange vilka åtgärder och insatser som behövs för att syftet med underhållsbehandlingen ska uppnås och för att resultatet ska bestå. Den ska även ange vilken instans som står för vilken insats (SOSF, 2004:8).

4.3.3 Planerad avveckling

Om patientens hälsotillstånd och sociala situation varit stabil sedan minst ett år, och det finns anledning att anta att resultaten ska bestå, och om läkaren i samråd med socialtjänsten bedömer att syftet är uppnått, får underhållsbehandlingen avvecklas. Detta bör göras i samråd med patienten (SOSF, 2004:8).

4.3.4. Uteslutning

En patient kan uteslutas från behandlingen om han/hon:

- 1 inte deltar i behandlingen under mer än en vecka,
- 2 har upprepade återfall i missbruk,
- 3 missbrukar alkohol i en omfattning som innebär en medicinsk risk,
- 4 upprepade gånger manipulerar urinprov,

- 5 har utsatt patienter eller personal för våld eller hot om våld, eller
 - 6 har dömts för narkotikabrott enligt en dom som vunnit laga kraft.
- (SOSF, 2004:8)

4.4 Tidigare forskning

Metadonbehandling är idag enligt Uppsala Akademiska Sjukhus hemsida (2003) en väl utvärderad och accepterad behandlingsform för svårt opiatberoende personer. Ett 20-tal svenska vetenskapliga forskningsrapporter av vårdprogrammet har redovisats sedan man började forska kring det på 1970-talet (ibid.). Nedan följer några mer kända exempel:

Den första gjordes av Professor Lars Gunne och Leif Gröndahl, 1980. Man studerade 34 heroinmissbrukare mellan 20 och 24 år som alla uppfyllde kriterierna för intagning i Ulleråkers metadonprogram. I studien ingick hälften av patienterna i metadonprogrammet medan de övriga som fungerade som kontrollgrupp inte fick någon behandling alls, en så kallad randomiserad kontrollerad studie. Vid en jämförelse mellan grupperna kom det fram att kontrollgruppen, statistiskt sett, hade betydligt högre förekomst av septiska infektioner, dödsfall och kriminalitet, men även de sociala effekterna talade starkt till metadonbehandlingens fördel (ibid.).

Av politiska skäl, som vi tidigare beskrivit under rubriken historik, stoppades intaget av nya patienter i Metadonprogrammet under åren 1979-84 och som en följd upprättades en väntelista på 98 personer. Dessa personer ingick sedan i en undersökning som gjordes 1990, av professor Gunne, Leif Gröndahl och LS Öhlund. Det visade sig då att av dessa 98 personer hade 48 avlidit som en följd av sitt missbruk under perioden, vilket är en överdödlighet motsvarande 63 gånger den förväntade i normalbefolkningen. För de som ingick i metadonbehandlingen var dödligheten nere i åtta gånger den förväntade och för de som efter lång behandling frivilligt lämnade programmet var dödligheten endast fyra gånger den förväntade (UAS, 2003).

Socialstyrelsen genomförde, 2001, dels en registerstudie av totalt 655 heroinmissbrukare, som någon gång fått metadonbehandling fram till 1993, dels en intervjuundersökning med 205 personer, som under åren 1993-94 deltog i metadonbehandling. Syftet med dessa studier var att mäta effekter av metadonbehandling. Undersökningen visar att majoriteten av patienterna som stannar i behandling ser stora förbättringar vad gäller boende, arbete/studier, sociala

relationer, hälsa och relation till familjen (UAS, 2003; SoS, 2001).

I samband med en vetenskaplig konferens i Oslo, presenterades resultaten, enligt Karolinska Institutets hemsida (2004), av en kontrollerad svensk studie som genomförts på Karolinska Institutet och Mariakliniken, av docent Markus Heilig, överläkare Johan Kakko och forskningssköterska Kerstin Dybrandt. Under ett år, med start våren 2000, studerade man 20 heroinister, som behandlades med buprenorfin (subutex), i kombination med gruppterapi på kognitiv-beteendeterapeutisk grund, kontaktmannaskap och drogkontroller. 20 heroinister ingick i en kontrollgruppen och i stället för buprenorfin fick de sockerpiller, men i övrigt samma behandling. Proceduren var dubbelblind, vilket innebär att varken patienter eller behandlare visste vilken grupp patienten tillhörde (ibid.).

75% av dem som fått läkemedlet fanns kvar i behandling efter ett år medan det i kontrollgruppen, efter samma tid, inte fanns någon kvar i behandlingen.

Enligt Karolinska institutets hemsida (2004) hade droganvändningen minskat betydligt eller upphört och den sociala funktionen förbättrats markant bland de patienter som fanns kvar i behandling. Flertalet av dessa fortsatte behandlingen efter studieperioden och har nu haft den i mer än två år (ibid.).

Den sista nämnda studien baseras visserligen inte på metadonpatienter utan på patienter som behandlas med buprenorfin, men vi menar ändå att det även är applicerbart på metadonpatienter eftersom det handlar om läkemedelsbaserad behandling vid opiatmissbruk. Det är medicinens vikt i kombination med psykologisk behandling vi vill belysa. Kanske det hade varit intressant med en andra kontrollgrupp som enbart fått buprenorfin och ingen behandling i övrigt, för att utröna betydelsen av psykologisk behandling i sammanhanget.

När det gäller forskningsresultaten vill vi uppmärksamma att det är Karolinska Institutet och Uppsala Akademiska Sjukhus som både genomfört och publicerat dem, vilket kan ha påverkat framställningen. Vi har hämtat resultaten från respektive sjukhus hemsidor och inser att detta rent källkritiskt kan vara tveksamt men tycker ändå att det finns en viss tillförlitlighet.

Docent Thorsten Thurén (1998) menar att källkritiken är en hjälp att uppmärksamma tänkbara fel i forskningsresultat och ett medel för att bedöma vad som är sannolikt.

5 ANALYSEN

Under våra intervjuer med personal och kvinnorna i metadonprogrammet, har vi förstått att missbruksvärlden till stor del är männens värld. Vi kommer nedan att åskådliggöra både våra intervjupersoners bild av könsperspektivet i missbruksvärlden och jämföra det med vad tidigare forskning säger samt knyta an till olika teorier.

5.1 Kvinnornas situation i missbruksvärlden

5.1.1 Den mansdominerande missbruksvärlden

Bengt Svensson (1996) beskriver att “de narkomana världarna” styrs av männen. Våra intervjupersoner anser även de, att kvinnor i missbruksvärlden lever i en mansdominerad värld där det är männen som styr och kvinnan är underlägsen honom. Handläggaren på vuxenheten beskriver kvinnornas situation som en beroendeställning:

”De här kvinnorna är ju vana vid att bli underkastade av sina män och de är utnyttjade och det är de ju vana vid.” /.../ ”Sen har ju männen utnyttjat dem, alltså så att de har skaffat pengar åt dem och de har prostituerat sig och männen har suttit där och tagit hand om pengarna och...ja, de är i beroendeställning, ofta, till de här männen.”

Leissner & Hedin (2002) säger däremot, att när det gäller att återspegla mäns och kvinnors vardagsverklighet i samband med droganvändning, så pågår en fortgående förändring i konstruktionen av kön. Många tecken tyder på en förändring av maktpositionerna mellan kvinnor och män. Denna förändring pågår parallellt med dekonstruktionen av den patriarkala familjen. I könssystemet har kvinnan tidigare haft uppfostringsfunktionen och svarar för “hemmets sfär” medan mannen haft försörjningsfunktionen och svarat för den “offentliga sfären”. Detta “fenomen” håller på att suddas ut i samhället och även i missbruksvärlden gör kvinnor och män entré i varandras “sfärer”(ibid.). Bourdieu (Andersen & Kaspersen, 2003) däremot, som vi tidigare nämnt, har pekat på svårigheten för kvinnor i mansdominerade samhällen att göra uppror.

I boken “Könsperspektiv på missbruk” (2002) skriver Karin Trulsson att det mest framträdande i kvinnors berättelser när det gäller deras tidigare missbruksliv är skammen över vad de själva har varit med om och hur de har blivit utnyttjade. Bengt Svensson (2003) säger också att många missbrukande kvinnor har erfarenhet av kränkningar, sexuella övergrepp,

prostitution, misshandel och förtryckande män. Kuratorn berättar:

”när de har levt i sitt missbruk, upplever jag, alltså just att de har fått bli jättetuffa för att klara av att leva i den världen, de har blivit hårdare för att de kan inte visa känslor, de måste spela ett spel, de har ofta blivit utnyttjade och så vidare. Så oftast så har det ju varit männen som har bestämt, i det livet så därför så tror jag att de har så mycket inom sig.”

Detta kan, tycker vi, relateras till Butlers feministiska resonemang om kvinnors könssposition. Det vill säga att konstruerade skillnaden mellan kvinnor och män är något som kan användas *mot* kvinnor och rättfärdigar könsmaktsordningen i missbruksvärlden och i samhället.

5.1.2 Vardagssituationen för den missbrukande kvinnan

”Att jag har överlevt, jag har haft, mitt minne är, jag har bränt sönder minnet av alla dessa överdoser, ett tag blev jag kallad överdosen, folk vågade liksom inte ta en fix ihop med mig för de visste att, jag var så ner nergången så, jag var väldigt destruktiv i mitt knarkande.” /.../
”Vi var liksom ute bland kompisar och skötte ingenting och hela världen krasade, bara stal och bara öste i mig så till slut så var jag så nedgången, så jag kunde ta lite och ändå få överdos.” (Lotta)

Lotta beskriver sitt missbruk som så destruktivt att hon många gånger varit nära döden. Att bli kallad ”överdosen” visar hur mycket drogen ”tagit över”.

Svensson (2003) beskriver heroinmissbruket som en boja. Det finns så lite tid, kraft och pengar över till annat. Alla pengar och all energi går åt för att klara behovet av ständig ny tillförsel av heroin. Intervjupersonerna beskriver livet som missbrukare som en 24-timmars sysselsättning. All tid gick åt att fixa pengar till drogerna. Till slut brydde de sig inte om hur det gick till, vilka brott de gjorde eller att de riskerade att hamna på anstalt. Tre av kvinnorna har en hel del domar bakom sig.

”varje morgon när jag vaknade tidigare ”Åh, har jag något hemma eller är här tomt i skåpen”, ungefär och sen, hade man då en stackars påse eller kuvert någonstans och så, upp med det och fram med skedar och börja elda och fram med gamla pumpor och kanyler och...åh, vad äckligt. Och sen så skulle man hitta, sen så skulle man hitta ett ställe att sätta det på, för de sista åren så blev det så svårt att hitta vener, så då skulle man hålla på att pilla och sticka och ha sig med det...oh, ja. Åh och blodet rann och fram med en handduk som man hade och torka bort det här blodet.” (Nina)

I denna kvinnas berättelse framställs hur vardagen fungerade under tiden hon missbrukade narkotika och hur motbjudande hon idag anser missbrukslivet var.

Svensson (2003) beskriver också att omgivningen har en föraktande inställning till missbrukande kvinnor vilket kan sammankopplas till Ettore (Hilte, 1996), som anser att kvinnliga narkomaner döms hårdare än manliga i allmänhetens ögon. Goldberg (1993) beskriver bilden av en missbrukare som en trasig människa med en identitet som missbrukare. De har haft många misslyckanden i livet som påverkat deras självkänsla. Detta kan förstås utifrån stämplingsteorin där individen får negativa reaktioner av omgivningen och på så sätt skapar sig en negativ självbild (ibid.).

5.1.3 Missbrukande kvinnor med barn

När det gäller missbrukande kvinnor som har barn ingår det i hotbilden i vardagslivet att förlora vårdnaden om barnen på grund av missbruket (Trulsson 2002). Enligt Rosenbaum (1981) utgör detta ett centralt riskmoment i en missbrukande kvinnas liv. De gör allt för att skydda sitt hem mot insyn och för att undvika ingripande från de sociala myndigheterna.

”Många gånger så är det ingen som uppmärksammar kvinnorna, alltså, männen är ofta de som begår brotten och det är ofta de som uppdragas pga. att de begår brott och kommer in i kriminalvården och socialtjänsten och kvinnorna begår ofta inte brott utan de lever på prostitution eller de lever på mannens inkomst. Så oftast så tar det längre tid innan det uppdragas att de är missbrukare. Och tex. en kvinna som har barn, försöker ju in i det längsta, ändå att hålla upp en fasad, att de inte är missbrukare, för de har ju så kraftiga roller, mammamroll och hustruroll, alla roller som är så jätteinbitna och kraftiga och att man måste sköta de här rollerna, så att det kan ju ta jättelång tid innan det uppdragas, så kan det ju gå många år. Jag pratade med en kvinna för ett tag sen och det tog jättemånga år, hon hade ändå kontakt med socialtjänsten, innan de förstod att hon hade ett heroinmissbruk, hon dolde det så jättebra, hon hade barnen hemma och allting, ja.” (Kuratorn)

Denna syn på kvinnornas sätt att dölja sitt missbruk för omvärlden bekräftas av Gunilla som beskriver hur de sociala myndigheterna inte trodde att hon missbrukade: ”för jag var ju alltid en sån, lite mera dold för jag hade ju barn så jag ville ju inte visa det”.

Vi kan även koppla det till det teoretiska könsperspektivet i socialt arbete, som vi tidigare skrivit om, att det finns kvinnor som inte vågar söka hjälp hos sociala myndigheter för att de

inte uppfattas vara goda mödrar (Kolfjord, 2003). Flera forskningsrapporter (SOU 1994:28; Kristiansen 1999) redovisar forskningsresultat som tyder på att missbrukande kvinnor erhåller avsevärt mindre resurser i form av bistånd, vård och behandling än missbrukande män. Detta säger enligt Kristiansen (1999) något om välfärdsstatens resursdistribution och agerande i förhållande till kvinnor och män med drogproblem.

Lotta har däremot sina barn placerade i familjehem. Hon tyckte att det var svårt att tända av för att då kom det dåliga samvetet fram över att hon fått lämna bort barnen. Det gjorde det ännu svårare att sluta med drogerna eftersom heroinet fungerade som bedövningsmedel för det dåliga samvetet.

Att kvinnorna, i det längsta, undviker att låta omvärlden se deras missbruk kan få konsekvenser då de i framtiden önskar söka metadonunderhållsbehandling, eftersom det, som vi tidigare nämnt, krävs ett dokumenterat opiatmissbruk för att få ingå i programmet.

5.1.4 Kvinnor i parrelation med missbrukande män

Många av de kvinnor som inleder metadonunderhållsbehandling har enligt informantintervjuerna fortfarande ett förhållande med en man som använder droger. Några par går in i behandlingen tillsammans. Enligt informanterna kan detta vara både positivt och negativt för kvinnan.

”I vissa fall så är det ju så att, är det en som får återfall så blir det lätt att den andra också får det, men sen så, samtidigt så, har de bestämt sig för att leva tillsammans, då funkar det ju inte att den ena får behandling och den andra inte får och är de då inte beredda på att bryta upp så tror jag ändå att chansen är större om båda får behandling så kanske de lyckas än att ingen av dem får behandling och de kan ju säkert stötta varandra också om de befinner sig på samma nivå /.../ Här är många par som har behandling och många av dem har det faktiskt gått himla bra för.”
(Kurator)

Som vi tidigare nämnt beskrivs “knarkvärlden” som mansdominerad och det är kvinnorna som måste vara männen till lags för att kunna köpa eller få sin dos. Därför kan det många gånger vara svårt för kvinnan att stå emot mannens påtryckningar när det gäller att hålla sig ifrån drogerna. Johansson & Wirbing (2003) menar även att det finns kvinnor som hindras, till skillnad från män, av exempelvis sin partner att söka hjälp för sina problem.

En förklaring till varför kvinnor som har en relation med en man i missbruksvärlden stannar hos honom, trots att de kanske både blir fysiskt och psykiskt misshandlade, kan enligt en av intervjupersonerna vara: ”att det är han som ordnar drogerna och att drogen är den centrala delen i kvinnans liv”. En av sjuksköterna på metadonmottagningen tror däremot att det speglar missbruksvärlden, det är bra att ha någon beskyddande arm där och man upplever andra kvinnor i missbruksvärlden som ett hot. Nina förklarar varför hon stannade hos sin man:

”jag förstår inte att jag har stannat, jag fattar inte nu när jag tittar på det idag, så fattar jag inte att jag har stannat i en sån relation så länge, under så lång tid. Jo, det gör jag ändå... ja... ja, det gör jag ändå, för i den situationen, när man håller på och missbrukar, då är det bra att ha en sån människa... ja, så det har varit alltså för egen vinning, om man säger så. mm.”

Denna berättelse beskriver vikten av att ”ha en man” och gärna en man med en central position i missbruksvärlden. Vilket ger tillgång till droger för kvinnan men även en sorts trygghet. Hon är trygg gentemot omvärlden men kanske inte i förhållandet.

En av sjuksköterna på metadonmottagningen tror, att en av de svåraste sakerna för en kvinna som inleder sin behandling kan vara att inse, att drogerna var det enda som hon och hennes partner hade gemensamt. Även Lotta påpekar att ”det är ju inte säkert att man är menade för varandra i ett drogfritt liv”. Lotta bor dock fortfarande tillsammans med sin man, vilket tyder på att det inte är generaliserbart att anta att förhållanden inte klarar av den förändring som det innebär att gå ifrån missbruk till ett drogfritt liv.

I flera av våra intervjuer, berättar intervjupersonerna att männen är mer passiva under behandlingen, att de ofta tillbringar dagarna i hemmet framför tv:n, kvinnorna anser sig vara mer drivande och vill göra mer av sina liv. Kvinnorna uppfattar sig ha förmågan att bryta invanda beteenden och ta tag i sina liv för att uppnå den förändring som de förmodligen har tänkt sig från början.

”Man är ju van vid att alltid följas åt i missbruket och då blir det så här att när man väl får sitt metadon så sitter det ju i att man ska följas åt och sedan spricker det av att killen bara vill ligga och titta på tv /.../det är jättestort att ta steget att gå själv vidare /.../ då är det ju hemskt om man själv har gnistan att ”Nä, nu jävlar!” /.../ och då följer man med den andra för det är man van vid /.../ det här att våga ta egna initiativ, att våga vara, att det här är jag. Det är någonting som jag har lärt mig ”Jag först!” Det är faktiskt stort.” (Lotta)

Lottas förklaring till varför relationer kan ta slut när ett par inleder metadonunderhållsbehandlingen tycker vi speglar det faktum att det kanske bara var drogerna de hade gemensamt och vikten av att se sig själv som en egen person och inte bara som en partner.

Vi har fått uppfattningen att missbruksvärlden till största del styrs av männen och att kvinnorna är dem underlägsna. Även om Leissner & Hedin (2002) beskriver att det håller på att ske en förändring är det inget som vi har fått fram i våra intervjuer. Däremot verkar rollerna suddas ut under behandlingen där kvinnorna menar att de fungerar mer aktivt än männen. Vi uppfattar också att kvinnan i missbruksvärlden lever i en värld som består av att ständigt försöka fixa droger och pengar till drogerna. Drogerna kommer i första hand och hon åsidosätter mycket i sin jakt t.ex. vänner och familj. Enligt litteraturen, har vi kommit fram till att samhällets syn på den narkotikamissbrukande kvinnan är att hon ses som en svag människa och, om hon har barn, som en dålig mor. Detta styrks av Ettore, som refereras av Hilte (1996) resonemang att samhället stämplar kvinnliga narkomaner och dömer dem hårdare än manliga.

5.2 Kvinnornas sociala situation

I socialstyrelsens författningssamling (SOSF 2004:8), står det att underhållsbehandlingen bl.a. ska syfta till att patienten får en förbättrad social situation. En persons sociala situation innefattar mycket, men det vi vill framföra under denna rubrik, är intervjupersonernas syn på betydelsen av familj, vänner och gemenskap.

5.2.1 Familjen

Vi frågade en av sjuksköterna på metadonmottagningen, vad han ansåg vara viktigt för att kunna upprätthålla drogfrihet. Han svarade ganska direkt att han trodde det var viktigt med ett socialt nätverk, att de som har kontakt med föräldrar och syskon har det bättre. Efter att ha talat med våra respondenter fick vi också bekräftat att det var viktigt för dem.

”...bara en sån sak som att man inte har sina föräldrar eller syskon, som backar, där är ju föräldrar och syskon som har gett upp ju, de har tappat taget eller blivit ovänner eller man har lånat pengar, det är många gånger sånt det handlar om. Men jag och Sven har turen, fruktansvärd tur att vi har våra föräldrar och syskon kvar, för de kunde ha gett upp hoppet för länge sedan, men de har allt hoppet kvar att, ”Nä, någon gång lyckas det här”, så det är

mycket familj hos oss. Så att...eh...har man bara sin familj bakom sig, då kommer man långt.” (Lotta)

I denna kvinnas berättelse framställs vikten av att ha bra kontakt med sin familj och att det är många andra som har förlorat kontakten med sin familj under sitt pågående missbruk. En del återupptar dock kontakten. Nina berättar om hur hon har utvecklat kontakten med sin mamma och mormor och hur de träffas nästan dagligen. Hon tycker också att hon med hjälp av sina möten med dem har börjat förstå sig själv och sina handlingar.

”...men nu när man har en sån daglig kontakt, så blir det lite djupare och så tänker man efter mer... ”Ja, men, varför sa hon så?”, Ja, men, varför gjorde hon på det viset?” Och ja, det blir, det blir djupare, just det här med relationer och man börjar tänka efter: ”Ja men, varför reagerar jag på det sättet” och sen så tänker man då efter ” Ja, men det är ju för...” och så nystar man då upp det och så kommer man då fram till: ”Ja, men det är ju därför att...så och så och så...va” Nej, det är ju mycket sånt och det känns ju helt klart som att jag har utvecklats jättemycket, måste jag säga, jättemycket. Det känns bra, det gör det. Så det är jättemånga grejor som jag har fått såna där ”Aha, aha, det är därför, ja, det är därför jag har gjort på det viset” och ”det är därför jag har handlat på det viset” och ”det är därför jag har fungerat på det viset, när det gäller män” så det har varit bra, det har det.” (Nina)

För att koppla till Bourdieu, så menar han att det ofta är uppväxtens livsförhållanden, som formar oss och som vi bär med oss och att dessa är svårast att förändra (Andersen & Kaspersen, 2003).

5.2.2 Vänner

Enligt Johansson & Wirbing (2003) är social fobi ofta förknippad med alkohol- och drogproblem, vilket har uppmärksammats mycket på senare tid. De menar att dessa personer inte gärna utsätter sig för olika sociala situationer, där de riskerar att få människors uppmärksamhet och kritiska granskning, till exempel när man måste prata i grupp eller på annat sätt umgås socialt. De är rädda för att göra fel, bete sig pinsamt och drar sig hellre undan för att undvika att göra eventuella fel (ibid.).

Nina uttrycker att hon inte känt något större behov av att skapa nya kontakter, ”Jag har levt rätt mycket för mig själv, runt mig själv och bara känt att jag har behövt hitta tillbaka till mig själv”. Å andra sidan ser hon sig själv som en stark och öppen person, som gärna pratar med folk i grannskapet. Problemet tycks mer ligga i att skaffa nya, missbruksfria vänner. Lotta berättar att hon finner det svårt att hitta en väninna och menar att det är ju inte bara att knacka

på en dörr...

Och om man träffar nya vänner vad ska man då prata om? Biståndshandläggaren berättar att många säger; ”Ja, jag får väl sitta och hitta på vad jag gjorde lördag och söndag” /.../ ”så många gånger sitter de och hittar på en massa och följer liksom strömmen och det blir ju fel.” Hon och de andra på biståndskontoret menar att deras program även får fungera som en indirekt ”social kompetens träning”. När vi sedan pratar med Rebecca, om det här, så säger hon att visst kan man säga att man är arbetslös om någon t.ex. frågar vad man gör, men det kommer alltid följdfrågor som gör att man inte kan undvika att tala om vad man gjort tidigare, och vill man då inte berätta så undviker man nya bekantskaper.

På metadonmottagningen berättar en av sjuksköterna att han tycker sig förstå att det ibland kan vara svårt för dem i nya sociala situationer och att det för en del är lättare att gå ner på ”torget”, för där vet man att man är en i gruppen, en som kan prata med de andra. Men det finns en fara i det också säger han vidare, att ”Någon dricker väl sina cider /.../ och blir lite lullig och inte kan säga nej när det kommer fram grejer”. Detta bekräftas av bl.a. Gunilla:

”Man kan ju inte umgås med de som är riktigt i det, för då är det ju lätt att man blir sugen, det har ju hänt att man har, att man har tagit återfall för att man varit feg, man kan ju inte, det går ju inte att umgås med dem, man blir väldigt ensam.”

Bourdieu (1995), som vi nämnt i teoriavsnittet, menar att missbrukarna har sitt habitus ute i på missbruksarenan, i det här fallet torget. När de sedan ska introduceras i en missbruksfri arena vet de inte vilka habitus som gäller där och det kan vara svårt att skapa nya.

5.2.3 Gemenskap

Om det nu känns bättre att umgås med folk som har någorlunda samma bakgrund, kan man då inte söka sig till t.ex. NA (Anonyma Narkomaner) eller K.R.I.S (Kriminellas Revansch I Samhället), där finns det ju fler före detta missbrukare? Men eftersom båda organisationerna ser metadon som en drog och vill skydda sina medlemmar från att bli ”sugna”, är inte metadonpatienter välkomna. NA är på vissa ställen något mer liberala och låter metadonpatienter sitta med i öppna möten, men de får inte ”dela”, d.v.s. dela med sig av sina erfarenheter. Även om Lotta har viss förståelse för deras inställning känner hon sig ”portförbjuden” bland sina kompisar och uttrycker en önskan om att det någonstans borde finnas något för dem också.

Vägen ut ur missbruket, som Biernacki, refererad av Svensson (1996), kallar för återhämtningsprocessen handlar om att de sociala identiteterna görs om, narkomanidentiteten försvinner efterhand och i stället får andra identiteter ökad betydelse.

Var hittar man då sin identitet, när man inte kan eller vill umgås med dem som fortfarande missbrukar, inte känner sig bekväm med dem som inte haft med missbruk att göra och fortfarande ses som missbrukare bland dem som blivit drogfria på annan väg?

Alla våra respondenter uttrycker att de trivs med de jobb de haft, jobb som har varit på arbetsplatser där man träffat mycket människor, men att det är ytliga och kravlösa kontakter som man har med kunder, åhörare etc. Ändå kan det tjäna ett syfte och där menar Biernacki (Svensson, 1996) att sysselsättning kan fungera som en övergångsgemenskap i sökandet efter nya drogfria relationer. Och att dessa även kan leda till nya sociala kompetenser som kan tjäna som trygghetsfaktorer när man råkar ut för motgångar i den nya livssituationen.

Vi ser att kvinnorna i behandlingen har fått en bättre social situation när det gäller sitt nätverk. De har återknutit kontakten med sina föräldrar och syskon på ett djupare plan. Däremot upplever de avsaknaden av vänner som stor och vet inte riktigt hur de ska socialiseras in i samhället. Vi upplever också att kvinnorna i metadonunderhållsbehandlingen lever i en sorts gråzon när det gäller olika föreningar för före detta missbrukare. Dessa föreningar ser på metadonet som en drog och anser inte är att de drogfria och därför heller inte välkomna att aktivt delta i deras möten eller aktiviteter.

5.3 Metadonmottagningen ur kvinnors perspektiv

Efterhand som vi har intervjuat både respondenter och informanter har vi insett att, nästan alla hade idéer, tankar och åsikter om just mottagningens funktioner ur ett kvinnoperspektiv.

5.3.1 Könsfördelning i personalgruppen

Det faktum att det endast finns manliga sjukskötare, tas upp på ett tidigt stadium i flera intervjuer. Det är de som övervakar när patienterna lämnar urinprov, alltså patienterna går inte in i enskildhet på en toalett för att sedan komma ut och överlämna ett urinprov utan de övervakas genom ett fönster i väggen. Socionomen Tina Mattson (2005) beskriver droganalyser i sig, som en fråga om makt och kontroll och som en kränkning. Med detta

menar hon att kränkningen nödvändigtvis inte försvinner eller neutraliseras bara för att det är en kvinna som övervakar provtagningen. Mattsson poängterar ändå att det kan vara viktigt att det är kvinnor som övervakar kvinnor när det gäller urinprov med hänsyn till den maktordning som finns mellan kvinnor och män (jmf. Eduards, 2002; Larsson, 1996; Lundqvist & Mulinari, 1997). Kvinnorna i vår studie uttrycker en tydlig önskan om att en kvinna närvarar vid provtagningen.

”här är ju bara karlar ju, det är det värsta när man ska lämna urinprov, så står det en karl och glor, det är inte så kul, då tycker man att här skulle ha varit en kvinna /.../ Det är jobbigt med, i början, även om där är kvinnor, när man kommer in på en toalett där det är fullt med speglar och de står där och glor på en, då kan man inte.” (Gunilla)

Kuratorn på metadonmottagningen och biståndshandläggaren har förståelse för detta, men anser att det utöver det skulle vara bra om det t.ex. fanns en kvinnlig gynekolog knuten till mottagningen. Biståndshandläggaren menar att en del av kvinnorna har varit prostituerade eller blivit utnyttjade på annat sätt och farit väldigt illa, men kanske inte varit hos en gynekolog på de senaste 10-20 åren. Därför skulle det vara en trygghet för kvinnorna att i en så känslig situation veta vem de träffar och att hon har kunskap om och förståelse för deras situation: ”Alltså, jag, jag är 47, jag kommer i övergångsåldern och jag vet liksom inte...jag vet fan inte vad som händer i min kropp och allt det här va.” säger Lotta som tycker att det skulle vara skönt att prata med en kvinna om sådant. Nina berättar att hon inte har varit hos en gynekolog på 10 år och att mensen som hon tidigare kunnat ”ställa klockan efter”, nu nästan har försvunnit.

Att det kommit en kvinnlig kurator på avdelningen är något kvinnorna välkomnar, eftersom kontaktmannaskapet innehas av de manliga sjuksköterna. Lotta tillägger att de inte har någonting emot männen som jobbar där och visst kan de prata med dem, det är när det kommer till ”den där tjejbiten” som det är bra med kuratorn eller någon annan kvinna.

Lotta ger några exempel på saker som hon tycker att det kan vara svårt att prata med män om:

”för många tjejer har ju det att de kan inte snacka med killar om de problemen för att man har problem med sin egen kille och då blir det jättesvårt /.../ om man har blivit misshandlad, tjejer som har gått på gatan och så ska de sätta sig och berätta detta för en karl.”

Men något som återkommer några gånger under våra intervjuer är, att man inte bara efterlyser

kvinnor i professionen.

5.3.2 "Kvinnogrupp"

Det råder något delade meningar om det finns ett behov av att, på mottagningen, samla en grupp kvinnor för att i all enkelhet dela med sig av sina erfarenheter till varandra. Några som ser tillbaka på sina upplevelser, från början av tiden i metadonbehandlingen har förståelse för vad de nya går igenom och tänker att en sådan grupp skulle kunna fylla en funktion.

"nu kommer jag tillbaka till det där med om det var någon sån här grupp, typ...det behöver inte precis vara någon typ av terapigrupp, utan bara någon grupp som man samlas, där man är kvinnor som samlas och pratar om det här och ja...och försöker att, ja, ge råd till varandra och vägleda varandra och...lite grand. Om man tänker många som kommer in som är helt nya och ja, så skulle man ju kunna dela med sig jättemycket av sina egna erfarenheter och de som har haft det i många år, de har ju jättemycket att ge också." (Nina)

Det är Nina och Lotta som ser positivt på en sådan grupp, medan Gunilla tycker att det bara blir en massa tjafs och Rebecca säger:

"Om det hade funnits tjejgrupper, eller vad man ska säga, som träffades och pratade, så hade jag inte gått dit /.../ för att så som jag tycker, så som jag känner tjejerna på metadon, så i missbruket så är vi ju konkurrenter och sånt sitter i även om man är drogfri. Så att det är väldigt mycket avundsjuka, mycket intriger och mycket skitsnack och så, här så jag hade inte kunnat lita på dem."

Rebecca har sysselsättning inom ett av kommunens projekt för kvinnor och där går det bra, kanske är det för att förutsättningarna är annorlunda, mer otvunget, man arbetar och pratar om ditt och datt och är inte enbart där för att "prata". Kanske är det först när man har fått lite distans som man känner att man skulle kunna medverka i en sådan grupp.

Mattsson (2005) anser att "kvinnogrupper" oftast förstärker femininiteter som baserar sig på utseende och fritidssysselsättning istället för kvinnornas möjlighet att arbeta eller att utveckla sig. Detta menar Mattsson är ett hinder när det gäller att öppna upp för förändringar av stereotyper och könspositioner. Utifrån dessa förklaringar tycker vi att det verkar som att kvinnogrupper istället kan göra så att könsmaktordningen i samhället vidmakthålls.

5.3.3 Något att göra

”Det finns inget *program* idag. Som (på en annan mottagning), där åkte du ner och där var du, under, jag tror, hela dagen t.o.m. eller om det var bara förmiddagen, jo det var bara förmiddagen, men du gjorde någonting, kanske någon eftermiddag man spelade bowling eller gick på något...ja, det kan ha varit vad som helst, kronofogden kom och pratade med dem eller man gick till barnmorskan och hade ett samtal eller om hon kom dit. Och det finns ju inte idag, nu tar vi metadon /.../ det måste finnas någonting, för alltså man, alltså det är inte fungerbart att bara komma och hämta metadonet, sluta knarka och sen är det bra /.../ Det är inte så det fungerar, för det blir jättemånga utskrivningar också.” (Lotta)

Lotta beskriver hur det var när hon fick ”sitt” metadon på en annan mottagning och om hur de anordnade aktiviteter där under dagen, vilket hon saknar idag. Det är fler som säger att de bara går dit för att få sitt metadon och efterlyser fler aktiviteter på mottagningen. Vad skulle det vara undrar vi, kvinnogrupper och andra grupper, som vi nämnt, var ett svar, kanske ett gym var ett annat. ”Nej, det ska inte vara *på* mottagningen” säger Rebecca som tycker att de ska ordna någonting utanför som t.ex. bowling eller så. Gunilla tyckte det var mysigt när de hade en kaffekokare i väntrummet, då blev det att man stannade kvar och umgicks en stund. Kuratorn menar att det har gjorts försök att ordna aktiviteter på mottagningen men:

”Många kommer ju och säger att de vill ha mer innehåll, om det ska vara aktiviteter eller det ska vara...mm...men framför allt aktiviteter /.../ men sen när det väl kommer till kritan så är det ingen som vill, om det är något sådant som ordnas alltså. Och detta, jag menar, är det aktiviteter så finns det ju andra ställen som de kan vända sig till.” (Kuratorn)

”Vi håller i sjukvården, vi delar ut metadon sen är det ju då sociala som ska hitta någonting till dem...”, säger en av sjuksköterna på metadonmottagningen. Men man kan ju förstå att det framstår som lite förbryllande eftersom de som gått till andra mottagningar har erfarenheter av aktiviteter som anordnades där. I vissa fall är det socialtjänsten som ska ordna sysselsättning till dem, förutsatt att de har en kontakt där. De flesta av våra respondenter får sin inkomst via försäkringskassan, och en av sjuksköterna på metadonmottagningen menar att försäkringskassan har ännu mindre sysselsättning för klienterna än socialtjänsten. Försäkringskassan hänvisar ofta till arbetsförmedlingen, säger han.

Vi frågar den andre sjukskötaren som vi intervjuade på metadonmottagningen, hur samarbetet mellan dem och socialförvaltningen det ser ut och han svarar:

”Det är ruskigt individuellt. Har man en eldsjäl till socialtjänst, så händer det mera saker Tyvärr är det så att det är beroende på den personen helt enkelt. Till syvende och sist så hänger det ju alltid på patienten, men det underlättar enormt om man har någon som är intresserad och tror på en och stöttar och /.../ får man en bra kontakt med handläggare så blir det bra resultat.”

Erfarenheterna av socialförvaltningen är olika och helst vill kvinnorna nog känna att de klarar sig utan dem. ”De är de enda som har fått mig, alltså, helt ur balans” säger Nina men ser att det beror helt på vilken handläggare man får och att man stärks om man känner att man har stöd från dem. Handläggaren på vuxenenheten, bekräftar att det är kommunens skyldighet att erbjuda bl.a. sysselsättning för metadon- och subutexpatienter.

Vi ser inte någon skillnad på metadonprogrammets utformning när det gäller kvinnor och män. Ett tecken på att den inte är inriktad på missbrukande kvinnor är avsaknaden av en kvinna som är sjuksköterska på mottagningen. Vi uppfattar dock att det finns en medvetenhet hos personalen på mottagningen och på biståndsenheten genom deras önskan t.ex. om en gynekolog som är kvinna, knuten till metadonmottagningen.

Vi har genom intervjuerna, fått intryck av att kvinnorna saknar någon form av sysselsättning i programmet och att personalen på mottagningen, men även biståndshandläggaren och handläggaren på vuxenenheten, är medvetna om det. Trots detta verkar det vara en oklar ansvarsfördelning mellan de olika instanserna när det gäller frågor som rör sysselsättning.

5.4 Behandlingar utanför metadonmottagningen

”Först under den senaste tioårsperioden har man på allvar börjat diskutera att olikheter och ojämlikheter mellan könen inte bara i konsumtionen utan också när det gäller behandlingsbehoven.” (Johansson & Wirbing, 2003, s. 146)

Tanken är att, under denna rubrik, försöka förmedla kvinnornas, behandlarnas och socialarbetarnas syn på andra behandlingar än de medicinska. Vad kan det finnas behov av under behandlingen? Hur ställer man sig till dessa behov på de olika instanserna och hur ser man på ansvarsfördelningen kring detta?

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSF 2004:8), under rubriken inriktning och mål, står att: ”Underhållsbehandling skall syfta till att den som är beroende av opiater skall upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation” (2 kap.1§) Dessutom ska beroendevårdens arbete samordnas med kommunens socialtjänst. Vidare ska en vårdplan upprättas, den emellan och i samråd med patienten, som tydligt ska ange vilka ”behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med underhållsbehandlingen skall uppnås och för att resultatet av dess insatser skall bestå” (4 kap.7§ punkt 1) samt hur instanserna ska koordineras och hur samverkansformerna ska se ut.

5.4.1 Behandlingshem

Det finns ett HVB-hem i Skåne som tar emot metadonpatienter, med olika behov, från hela Sverige. Personalen på metadonmottagningen menar att det ofta går bra för dem som under inställelseperioden får komma bort från sin vanliga miljö och bo på ett behandlingshem. Det innebär att de under den tiden slipper att konfronteras med platser, människor och andra frestelser som kan distrahera under en period av stor förändring, då man kan må mycket dåligt, innan dosen är korrekt inställd.

”... vid narkomani, till skillnad från alkoholmissbruk, har det visat sig att långa behandlingar (3-6 månader eller mer) ofta är nödvändiga för att ge bra resultat. Institutionsvård, dvs. slutenvård och behandlingshem, behövs ofta i början. Orsaken till detta är troligen att psykiska störningar är vanliga vid narkomani och att de sociala konsekvenserna är omfattande /.../ Enligt Fridell, som har gjort en omfattande genomgång av aktuell behandlingsforskning, är möjligheterna goda att med långa, individualiserade behandlingar uppnå drogfrihet hos narkomaner, i synnerhet kvinnor.” (Johansson & Wirbing, 2003, s.146)

De kvinnor vi har intervjuat ser även de en fördel med att komma ifrån gamla vanor, bryta invanda mönster och på så sätt få en möjlighet att varva ner och fundera på vad man vill göra med sitt liv. Lotta berättar att när hon ställdes in på metadon så var hon fortfarande igång som vanligt, hon hämtade sitt metadon, för att få det i sig, för att sedan kunna gå ut och sno ihop pengar till heroin. När hon sedan upplyste personalen om detta, fick hon åka upp till ett behandlingshem i Mellansverige i tre veckor och där kände hon att: ” Äntligen /.../ det är så här bra man ska må.”

Men det är inte enbart behovet av att komma bort från gamla vanor som underlättar om inställningen av metadon sker någon annanstans än på hemorten. Både Nina och Gunilla

berättar om hur sårbar och känslig man är i början innan man funnit sina nya roller och hur man behöver ”gå in i sig själv”.

”Sen åkte jag iväg till (ett behandlingshem), till Ebba och Per-Erik, helt underbara människor. Ja, där fick jag mycket styrka /.../ man kan säga det var ju nästan som ett vilohem, ja det var det och så fick man lite vägledning /.../ där hade vi såna samtal som vi hade en timme i veckan. Ja, det är inte mycket, men ändå, det gav mycket, det gav jättemycket.” (Nina)

Önskemål och uttryck för behov av en vistelse på behandlingshem kommer både från patienten själv och från metadonmottagningen till behandlingshandläggaren på socialkontoret. Handläggaren, vi intervjuade, tycker att det är mycket prat om behandlingshemmet, inte bara vid inställningen av metadonet utan även om de mår dåligt, är felinställda eller om de behöver komma ifrån sin miljö och få distans. ”Så vill de ju att vi betalar” säger hon och menar att pengar styr väldigt mycket idag och det gör att de får vara ”rätt restriktiva”. Ett exempel på detta kan vara åsikter om att de inte bara kan ”hålla på att skicka människor” för att de är i behov av att tänka över sin nuvarande situation. Utan det behövs en utredd och väl grundad anledning innan socialtjänsten beviljar bistånd för en vistelse på behandlingshem.

I antologin ”Perspektiv på sociala problem” (2002), skriver Margaretha Järvinen att socialarbetarens maktutövning är organisatoriskt förankrad. Ett exempel på maktens organisatoriska förankring, menar hon, är kontrollen över socialbidrag, men socialarbetaren förvaltar, direkt eller indirekt, över många andra aspekter av klientens liv än de rent ekonomiska: rätten till bostad, aktivering, frihet och behandling.

5.4.2 Kurator, psykolog eller annan samtalskontakt

På metadonmottagningen finns en psykolog på halvtidstjänst och en kurator. Men patienterna är många och vi frågar om det finns tid till alla. Kuratorn menar att hon fortfarande har tid att samtala med dem som anser sig i behov av det, men att det är kö till psykologen. Det finns möjlighet, säger hon, att få någon att samtala med utanför mottagningen, t.ex. ”i en diskussion, om de känner att, eller psykologen vi har här har en psykodynamisk utbildning, känner de att de behöver något annat, så kan de ju söka med hjälp av oss eller socialtjänsten till en annan psykolog till exempel eller terapeut”.

Några av de kvinnor som vi har intervjuat uttrycker tydligt att det har känts viktigt för dem att inte se tillbaka på det man gjort och önskar vore gjort, utan de har blivit hjälpta av att se

framåt.

”...sånt måste man ju på något sätt ändå, ja, gå vidare ifrån och säga ”okej, jag gjorde det men, men hade jag fått välja idag så hade jag inte gjort det. Jag tror det är jätteviktigt, att göra det för att kunna, för att kunna komma vidare. Det har varit till stor hjälp för mig, det har det varit.” (Nina)

Men det är inte lätt, det är mycket de har fått lämna bakom sig. För Gunilla och Lotta som har barn, har samvetet för dem varit det som varit svårast att bearbeta.

”För det är en sån sorg som man verkligen, det är nog den största sorgen, det är barnen, som jag och Sven har fått gräva ner, allt annat, brukar jag säga så, ja, men man kan inte skruva klockan tillbaka, det är inget att snacka om, det är som det är. Jag har den inställningen, ja, nä, nu går vi vidare, det ordnar sig, men när det gäller barnen, det är tunga grejer, alltså, för det är ju ingen som vill bli av med sina barn.” (Lotta)

På socialtjänstens biståndskontor talar vi med en socialsekreterare, hon ser inga problem med att anlita en samtalskontakt utanför metadonmottagningen, så länge de är anslutna till försäkringskassan. Men hon anser också att det är av vikt att de hon väljer att kontakta har en liknande människosyn. ”För att vara riktigt krass alltså, man vänder sig till vissa psykiatriker för man vet att den här människan har förståelse för och kunskap om missbruk.”

Handläggaren på vuxenenheten, tycker att eftersom patienterna får metadon och det finns en psykolog där så kan de gå till henne, ”De har ju en psykolog där, också ju, på metadon, vi försöker ju bolla det dit då” säger hon. Johansson och Wirbing (2003), skriver om vikten av att man ser till kvinnans hela situation, eftersom hon oftast har haft störst ansvar för anhöriga och barn.

Till sist vill vi dock belysa vikten av en väninna eller vän, någon ”vanlig” att prata med, inte någon professionell, för det tycks vara något de saknar och känner stort behov av. Lotta berättar om en samtalskontakt hon haft tidigare:

”...jag hade lite svårt att prata med Bettina som kvinna, jag tyckte ändå att jag var underlägsen på något vis, hon var flera steg över mig på något sätt, jag vet jag hade svårt att, liksom, hitta henne som någon slags kompis...”

Lottas känsla av underlägsenhet kan kopplas till interaktionismen som säger att självbilden är

individens uppfattning om sig själv i relation till samhällets människoideal och grundas och modifieras genom relationer till andra människor (Goldberg, 1993).

I Lottas fall verkar samtalskontakten vara ett slags substitut för de vänner hon saknar. Det kanske inte alltid är en professionell kontakt kvinnorna behöver utan bara någon att tala med, en vän eller väninna.

Vi ser att det finns behandlingar och behov av olika behandlingar utöver det som metadonmottagningen har att tillgå för kvinnorna, men att det är stor skillnad på vad som beviljas. Vårt intryck av intervjuerna är att det finns flera faktorer som spelar in, om en individ ska få tillgång till ytterligare hjälp eller inte och att det ibland kan vara svårt att förstå anledningen till varför man inte får det. Ekonomi är en anledning, det är dyrt, men vi har också sett att en stark handläggare som tror på sin klient, kan hitta vägar för att lösa sådana problem. Det får oss att tänka att det i mångt och mycket även hänger på handläggarens motivation.

5.5 Arbete

Ett av de stora problemen som genomgående tas upp av våra intervjupersoner är bristen på sysselsättning för patienterna inom metadonunderhållsbehandlingen. Enligt Bernler & Johnsson (1999) är sysselsättning, boende och fritid faktorer som påverkar individens livssituation och livsvillkor. Därför är sysselsättning ett viktigt led i att förbättra patienternas sociala situation.

I staden där vi gjorde vår undersökning har de enligt biståndshandläggaren vi intervjuade, ett program för arbetsträning och detta ses också som en form av social träning. Målet med denna träning är att de först och främst ska lära sig att passa tider och att kunna sjukanmäla sig eller meddela att de inte kommer till arbetet. I staden har de också enligt intervjupersonerna en verksamhet som enbart vänder sig till kvinnliga missbrukare. En dagverksamhet som riktar in sig på både behandling, vardagssysslor och arbete.

Lotta har ett arbete som hon hade sökt och erhållit på egen hand (hon har aldrig varit i kontakt med arbetsförmedlingen) och tror att hon är en av de få metadonpatienter som arbetar. Hon beskriver känslan av att komma ut i arbetslivet som något jättestort, men samtidigt som något främmande. Lotta säger: "Det är inte bara att gå ut och sätta på sig en overall och gå ut och

jobba.”

I början av behandlingen hade Gunilla ett arbete. Det började som arbetsträning genom försäkringskassan och arbetsförmedlingen, men arbetsgivaren ville ha henne kvar efteråt trots att han fick reda på att hon var inskriven i metadonprogrammet.

”Men sen kom det ju lite så där, när man, när vi rök ihop, om min bakgrund /.../ då kunde han ju slänga sig ifrån, att han trodde minst att jag hade gått på gatan och det har jag aldrig gjort, fått pengar den vägen, då kunde jag få höra det” (Gunilla).

I denna förklaring beskriver Gunilla nackdelen med att berätta för arbetsgivaren om metadonunderhållsbehandlingen, då den bild av missbrukande kvinnor som arbetsgivaren har bidrar till att Gunilla blir kränkt på arbetsplatsen.

Nina har aldrig arbetat men ska börja i skolan till hösten. Hon har varit på arbetsförmedlingen en gång, då fick hon inte skriva in sig på grund av hon saknade fast bostadsadress. Men hon ser inte att en kontakt med arbetsförmedlingen idag skulle innebära några problem. Hon menar också att just kvinnor har lättare än män att anpassa sig till samhället och arbetslivet. Vi fick intryck av att hon ansåg att kvinnor generellt är mer socialt utåtriktade och därför har lättare att komma tillbaka till samhällets normer.

Det svåraste för metadonpatienterna som kommer ut i arbetslivet ger intryck av att vara att de inte vet hur de ska förhålla sig i fikarummet och vad de ska prata med sina arbetskamrater om. Detta kan kopplas samman med Bourdieus (1995) teori om habitus, fält och kapital. Metadonpatienterna kommer från en missbruksarena där de har levt i ett habitus bestående av droger och allt vad det innebär och känner sig underlägsna i nya sociala kontakter. Då får de utveckla ett nytt habitus genom sina nya erfarenheter, vilket kan vara svårt. Detta påvisar även biståndshandläggaren som säger att metadonpatienterna har mycket som de behöver ”återinlära” för att de ska fungera i ett samhälle. De har också att förhålla sig till fördomar som kan ge en negativ självbild, en stigmatisering kan bli följden (Andersen & Kaspersen, 2003).

Biståndshandläggaren förklarar att många av metadonpatienterna har stått utanför arbetsmarknaden i 20 - 25 år. De kanske aldrig har haft ett arbete och även om de vill ha ett

jobb verkar det vara få som anställer dem. En av sjuksköterna på metadonmottagningen tror att det finns en stor okunskap hos arbetsgivarna när det gäller metadonunderhållsbehandling.

Biståndshandläggaren menar att det finns olika ”läger” på arbetsförmedlingen, ett som anser att vi inte kan ha med metadonister att göra, de är ju inte ”nyktra” och ett läger som anser att okej du har metadon men du behöver kanske inte basunera ut det på din arbetsplats, om man nu fixar en praktikplats. En av sjuksköterna på metadonmottagningen menar också han att det finns handläggare på arbetsförmedlingen som anser att metadonpatienter inte är ”tillräkneliga”. Socialsekreteraren på vuxenheten, påstår att arbetsförmedlingen stänger av metadonpatienterna för att de inte anser att de står till arbetsmarknadens förfogande. Hon tror inte heller att handläggarna på arbetsförmedlingen är positivt inställda till metadonunderhållsbehandling.

Vi kan återigen konstatera att kvinnorna vi intervjuade anser att sysselsättning och arbete är en bristvara. Det finns sysselsättning som enbart riktar sig till missbrukande kvinnor men det finns endast ett fåtal platser.

När det gäller vissa handläggare på arbetsförmedlingen, får vi intrycket genom våra intervjuer att de bedömer metadonpatienterna utifrån ett drogperspektiv. Är det deras syn på patienterna som avspeglas i arbetsgivarnas sätt att resonera, när det gäller att anställa metadonpatienter? En annan fråga som dyker upp är, om det är kvinnornas förflutna som missbrukare som gör att arbetsgivarna inte vill anställa dem eller om det är för att de ingår i metadonunderhållsbehandlingen?

5.6 Boendesituationen

Denna del av analysen har inte så mycket med genusaspekter att göra, men är viktigt för kvinnors positiva utveckling. Kristiansen (2002) menar att en egen bostad och legala inkomster utgör materiella grundförutsättningar för ett socialt integrerat liv, medan ett liv utan fast bostad och legala inkomster utgör materiella grundförutsättningar för social utslagning.

Att ha ett ordnat boende är ett krav för att få ingå i metadonunderhållsbehandlingen, men det är inte alla som har det initialt. De kanske bor hos sina föräldrar, någon kompis eller liknande. I den kommun vi besökte är det svårt att få tag på lägenheter och speciellt svårt om man har tidigare hyresskulder eller skulder hos kronfogden, vilket många har. Kommunens

socialförvaltning har ett boende för dem som är drogfria men där är metadonpatienter inte välkomna. Detta är ett stort problem menar handläggaren på vuxenheten:

”...bostad är ett måste också för att det ska fungera och där har vi ju mycket problem, vi har ju inga bostäder direkt till metadonister, de får ju inte bo...och vi tar ju inte emot dem här och andra ställen, där är det inte tillåtet, inte subutex heller, så där är ju ett stort problem. Vi ser på det så, som en drog i sig va, vi har inget specifikt boende för metadonister.”

Lotta bekräftar att man nog ser ”lite bränd” ut när man går på metadon och att det nog kan vara svårt för de andra i boendet att se dem. En av sjukskötarna på metadonmottagningen säger att ”man” (tyvärr skrapar bandet just där så vi vet inte vilka ”man” är) håller på att arbeta på detta, ”i och med att det blir fler och fler som får subutex och metadon, så har de nog tänkt i andra tankar att då får de nog öppna någon form av boende för de här”. Här verkar Lotta identifiera sig med den negativa bild samhället har på metadonpatienter.

Flera av våra informanter säger att boendet får man ordna själv. Nina har valt att bosätta sig på annan ort, eftersom hon ansåg att det var viktigt att släppa *allt* gammalt. Hon berättar hur det var när hon hade fått tag på sitt boende:

”Jag kommer ihåg den första tiden, när jag flyttade hit, innan det var färdigt med försäkringskassan, så fick jag ju socialbidrag och då ville de inte betala för då tyckte de att nej, lägenheten var för dyr /.../ och då tyckte de att jag skulle se mig om efter annat boende och jag förklarade att det är inte så lätt för mig att få boende när jag inte har någon fast inkomst och jag har skulder och betalningsanmärkningar och hela den här visan. Men de tyckte jag skulle göra det ändå, där var det liksom bara stopp, så de betalade inte hela, utan jag fick ta, vad var det? 15, 16, nästan 2 000, jag fick ta av mitt bidrag och lägga till, till hyran. Så där blev ju inte mycket att leva på, där de månaderna. Och såna grejor, där det är lite motigt, det är sånt som får en att, liksom, tappa, tappa gnistan.”

Här beskriver Nina hur hon på egen hand ordnade en lägenhet, men inte fick fullt bidrag av socialförvaltningen för att lägenheten ansågs vara för dyr. Hon styrker även hur svårt det är för metadonpatienter att få lägenhet eftersom de oftast har mycket skulder med sig från missbrukslivet och då även hyresskulder.

Patienter som inte har ett ordnat boende kan, ibland, ställas in på rätt metadondos på behandlingshem, (se behandlingar utanför metadonmottagningen) för att ha någonstans att bo

medan eget boende ordnas. För att komma ifrån ett boende tillsammans med en missbrukande man, sökte Nina behandling på ett behandlingshem i Skåne, men fick avslag, berättar hon. Då gick hon vidare och det hela slutade med att hon fick rätt i kammarrätten. Men det är inte alla som orkar genomgå rättsliga procedurer för att få behandling.

Patriarkala drag och förmynderi präglar socialt arbete i högsta grad, skriver Margareta Hydén (2002). Bärare av dessa mönster är både män och kvinnor och det finns flera orsaker till detta. En av de viktigaste orsakerna är att maktförhållandena i socialt arbete har varit i stort sett självklara. Arbetet rör oftast marginaliserade och svaga grupper i samhället som sällan för sin egen talan, grupper som sällan har makt att påverka det ojämlika förhållandet mellan socialarbetare och klient (ibid.).

Vår syn på boendesituationen för kvinnorna i metadonunderhållsbehandlingen är att trots att det finns reglerat i lag uppfylls det inte till fullo. Patienterna kan inte bo på drogfria boende för att socialtjänsten klassar dem som missbrukare. Kommunen har inte många lägenheter att tillgå för metadonpatienterna och något alternativ till annat boende finns inte för dem.

5.7 Andra viktiga faktorer i behandlingen

I avsnittet nedan ska vi försöka förklara vilka andra viktiga faktorer behandlingspersonal och metadonpatienter anser att behandlingen ska innehålla, för att kvinnorna ska kunna fortsätta leva ett drogfritt liv.

5.7.1 Sidomissbruk

Enligt Socialstyrelsens (2001) undersökning visade det sig att den vanligaste orsaken till ofrivillig utskrivning ur metadonprogrammet var att patienten hade ett sidomissbruk. Med sidomissbruk menas icke-ordinerade preparat t.ex. alkohol, bensodiazepiner och narkotika som patienten använder sig av samtidigt som hon behandlas och rehabiliteras i metadonunderhållsbehandlingen (Nordegren & Tunving, 1998). Detta beskriver både socialsekreterarna, behandlingspersonalen och patienterna som en av de största anledningarna till återfallen i missbruket. En av sjuksköterna på metadonmottagningen säger att det viktigaste är total "missbruksfrihet". Sidomissbruk är inte tillåtet i metadonprogrammet men Rebecca säger att det är väldigt vanligt:

“De flesta av oss missbrukare är vana att manipulera allt och alla. När jag hade ett

sidomissbruk fuskade jag med urinproverna på metadonmottagningen och jag kunde även stoppa i mig tabletter på fredagen så syntes det inte i urinprovet på måndagen.”

5.7.2 Självförtroende och identitet

Kuratoren på metadonmottagningen tror att kärnan för att bibehålla sin drogfrihet är att kvinnorna behöver jobba med sitt självförtroende och att de behöver någon som de kan lita på. De vet ofta inte hur man ska bete sig i nya situationer. Det är inte heller lätt för alla att skapa nya kontakter. Även Rebecca tror att en grundläggande del i att hålla sig missbruksfri är att bygga upp ett självförtroende, så att man orkar säga nej till suget och till kompisarna. Hon menar också att en grundläggande del för att fortsätta hålla sig drogfri är att känna sig uppskattad och behövd. Rebecca fortsätter med:

”När man använder droger blir man känslbedövad och då är det en viktig sak att lära sig att hantera sina känslor rätt så att man inte tar till drogen för att bedöva till exempel smärta och ledsamheter.”

Nina och Lotta nämner båda att en viktig faktor är att tänka på sig själv och att låta ”JAG” komma i första hand. Socialsekreterarna uttrycker sig på ett annat sätt, utifrån deras profession, men meningen är det samma. De säger att patienterna måste lära sig att fokusera på sig själv både som kvinna och person. De måste ut och hitta nya självbilder och skapa ett eget socialt liv.

5.7.3 Att se framåt

Rebecca säger att ”speciellt vi kvinnor som har så mycket med oss i bagaget måste lämna det bakom oss och istället koncentrera oss på framtiden. Vi behöver hjälp med detta och inte hjälp med det som varit.”

För Nina var det ett måste att flytta ifrån sin staden och släppa allt gammalt bakom sig samt att etablera kontakt med sin mamma och till viss del med sin mormor. Hon anser att hon är ”färdigknarkad” och att det inte finns någon utmaning kvar för henne i missbruksvärlden.

Nina säger att hon ”kan den världen” och att hon som det känns nu aldrig vill tillbaks dit igen. Ett råd som hon vill ge kvinnor som lämnat missbruket är: “Lämna allt gammalt bak dig och se framåt, se inte problemen utan bara möjligheterna.”

Trots att ett sidomissbruk inte tillåts upplevs detta av de vi intervjuat som ett problem. Vi har

hört berättas att det ”fuskas” med urinproven och att personal i de olika yrkeskategorierna är medvetna om detta. Hur mycket sidomissbruk tillåts och vem drar gränsen? Kan detta vara en anledning till att socialarbetarna är skeptiska till metadonunderhållsprogrammet?

Kvinnorna upplever också att deras självkänsla behöver stärkas och att de vill lämna det som varit bakom sig. Då kan man undra varför psykologen på mottagningen har en psyko-dynamisk inriktning och inte en med ett kognitivt fokus. Denna inriktning verkar bättre stämma överens med kvinnornas behov av att se framåt och medvetet planera och lösa sina problem. Människan har ett behov av aktivitet och av att kontrollera och förbereda sig för kommande händelser, skriver Christine Andersson (1994) i antologin ”Kognitivt förhållningssätt”.

6. SAMMANFATTNING

Ett av våra mål med denna uppsats har varit att belysa kvinnors upplevelse av metadonunderhållsbehandlingen och vilken hjälp de anser sig behöva för att socialt förbättra sina levnadsvillkor.

När det gäller kvinnornas levnadsvillkor i metadonunderhållsbehandlingen jämfört med tidigare upplever de stor positiv skillnad, men långt ifrån helt acceptabel. I vissa fall anser de att samhället fortfarande ser dem som missbrukare till exempel på arbetsförmedlingen, socialförvaltningen och försäkringskassan.

Det kvinnorna upplever som positivt är att de lämnat missbruksvärlden och allt vad den innebar med jakt på pengar och droger och fått en lugnare social situation. De som har omhändertagna barn har ibland fått börja träffa dem igen, vilket stärker deras roll som kvinna och förälder. Många av kvinnorna har även återknutit kontakten med sin ursprungsfamilj. Grannarna hälsar på dem och pratar med dem. Detta har socialt förbättrat deras levnadsvillkor.

Ett annat mål med uppsatsen har varit att ta reda på socialsekreterares och behandlingspersonals perspektiv i sammanhanget. När det gäller socialsekreterarnas syn på metadonunderhållsbehandlingen upplever vi att det finns stora brister när det gäller ansvarsfördelningen mellan olika behandlingsinsatser. De har till viss del förståelse för de behov som kvinnorna har men vet inte riktigt vems ansvar det är att tillgodose dem.

7. SLUTDISKUSSION

Som vi nämnde i inledningen är inställningen till metadonunderhållsbehandling väldigt individuell från person till person men även från profession till profession. Utifrån den svenska restriktiva narkotikapolitiken och dess ”nollvision” kan det ses lite paradoxalt att tillåta en behandlingsmetod med ett narkotikaklassat preparat. Det är förvisso legalt att bruka narkotiska preparat som är ordinerade av läkare men vi menar att det verkar finnas skillnader i synsätt på metadon och övriga narkotikaklassade medicinska preparat, som t.ex. vissa sömntabletter och lugnande mediciner. Vi har under studiens gång hört jämförelser med insulin, men insulin är inget narkotikaklassat preparat, därför tycker vi att denna jämförelse haltar något. Insulin är trots allt ett livsnödvändigt preparat medan det faktiskt finns de som klarat av att lämna opiatmissbruket utan underhållsbehandling. Vi vill med detta inte säga att vi underskattar metadonets livsnödvändiga betydelse för vissa patienter.

Kvinnorna berättar under intervjuerna att de i det längsta vill undvika kontakt med socialförvaltningen eftersom de inte menar sig få något stöd eller hjälp när de verkligen behöver det, utan många gånger själva får kämpa för att hitta lösningar. Vi vill påpeka att det dock verkar bero på vilken handläggare de har och dennes motivation. Vi har hört handläggare som säger att det är ”pengarna som styr”, men vi har också hört handläggare säga att det kan finnas lösningar även när det gäller ekonomiska resurser. Vår undran när det gäller denna förklaring (eller bortförklaring) är vad som är mest lönsamt? Att *inte* satsa fullt ut på en behandling på grund av ekonomiska orsaker och kanske få ett bra resultat, eller att satsa fullt ut med allt vad det innebär av åtaganden, vilket borde öka förutsättningarna för ett bättre resultat?

Vår syn på metadonunderhållsbehandling är att det inte verkar fungera för kvinnorna att bara gå och hämta sitt metadon utan det behövs något mer för deras välmående. Det vi upplevde som den största bristen var sysselsättning, att inte ha något att göra på dagarna. Metadonunderhållsbehandlingen ska ju syfta till bättre social hälsa, vilket både patienter och olika forskningsresultat anser att sysselsättning leder till. Bör man då inte satsa mer på just sysselsättningen och försöka få till ett samarbete mellan metadonmottagningen, socialförvaltningen, försäkringskassan och arbetsförmedlingen?

Vi vågar påstå att en stor brist i metadonunderhållsbehandlingen är att det saknas tydliga riktlinjer från Socialstyrelsen när det gäller ansvarsfördelningen mellan kommun och

landsting. Vilket vi anser gör att kvinnorna hamnar i en gråzon på grund av oklarheter i lagstiftningen som lämnar utrymme för egna tolkningar av föreskrifterna. Kvinnorna har kanske rätt till behandlingsåtgärder men varken kommun eller landsting vet om det ska utföras och av vem. Vår tanke med detta resonemang är att Socialstyrelsen borde vara mer distinkt i sina föreskrifter vad gäller ansvarsfördelningen, mellan olika myndigheter.

Vår syn på metadonmottagningen är att det behövs fler kuratorer och psykologer på mottagningen. Sjukskötarens huvudsakliga arbetsuppgift är den medicinska, nämligen att dela ut metadon och ta urinprover. Därför verkar det psykosociala stödet med endast en kurator och en halvtidsarbetande psykolog vara för litet. Kvinnorna beskriver behovet av att ha någon att prata med som stort och då skulle det vara en fördel med fler kvinnliga men även manliga kuratorer på mottagningen.

Ytterligare en gråzon som kvinnorna tar upp rör drogfria föreningar och boenden. Trots att kvinnorna har valt att lämna missbruket och inleda en behandling är de inte välkomna att delta aktivt på NA-möten eller att besöka K.R.I.S trots att många av kvinnorna har vänner på dessa ställen som de gärna vill träffa i denna kontext. Föreningarna anser att de ser påverkade ut och att suget efter droger blir för stort för deras medlemmar.

Det som metadonpatienterna skulle kunna göra är att starta en egen förening, men det verkar inte vara deras önskan, vilket i sig är intressant. En förening skulle kunna ge gemenskap och samhörighet, samtidigt som det då skulle "avslöjas" som metadonpatienter. Anonyma självhjälpsgrupper skulle kunna vara en annan möjlighet.

När det gäller boendet tycks dessa kvinnor inte heller höra hemma någonstans. De har svårt att ordna bostad på egen hand eftersom de oftast har stora hyresskulder. De kan inte heller få plats på kommunens boende för drogfria eftersom de återigen ses som drogade. Varför har inte kommunen ett organiserat boende, med personal för metadonpatienter, när antalet patienter stadigt menas öka?

Under arbetets gång har vi upptäckt att kvinnorna i metadonunderhållsbehandlingen verkar befinna sig i en marginaliserad gråzon. Trots att behandlingsmetoden är godkänd inom den reguljära sjukvården sedan 1981, verkar den fortfarande inte vara accepterad i samhället. Kvinnorna vi intervjuade har haft varierande upplevelser av samhällets och omgivningens bemötande. Inom vissa delar av socialförvaltningen känns det som om de inte fullt ut

accepterar metadonunderhållsbehandling som en behandlingsform, åtminstone inte vad gäller att ta ansvar för sin del i behandlingskedjan. Vi säger inte att det är en allmän uppfattning men vill belysa hur man ibland verkar resonera mer utifrån sina *personliga* värderingar än utifrån mer professionella hållningar. Är det på grund av nollvisionen inom narkotikapolitiken som vi har dessa olika uppfattningar om metadonunderhållsbehandlingen, eller är det på grund av bristande kunskaper om metadonunderhållsbehandlingen i samhället?

Källförteckning

- Andersen, Heine & Kaspersen, Lars Bo (2003). *Samhällsteorier*. Lund: Studentlitteratur.
- Bernler, Gunnar & Johansson, Lisbeth, red, (1999). *Psykosocialt arbete – idéer och metoder*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Bourdieu, Pierre (1999). *Den manliga dominansen*. Göteborg: Daidalos AB.
- Bourdieu, Pierre (1995). *Praktiskt förnuft - Bidrag till en handlingsteori*. Göteborg: Daidalos AB.
- Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning, CAN (2002).
<http://www.can.se/aon.asp?navId=4&subId=44&artId=38> Sidan hämtad 2005-04-12.
- Eduards, Maud (2002). *Förbjuden handling*. Stockholm: Liber AB.
- Eysenck, Michael red, (2000). *Psykologi – ett integrerat perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Farmaceutiska specialiteter i Sverige, FASS (2005). *Metadon*.
http://www.fass.se/LIF/produktfakta/artikel_produk.asp?NplID=19740301000023&DocTypeID=5&UserTypeID=2 Sidan hämtad 2005-04-12.
- Goldberg, Ted (1993). *Narkotikan avmystifierad - Ett socialt perspektiv*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.
- Halvorsen, Knut (1992). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Hasselgren, Staffan (2002). CANs drogforskningspris till Lars Gunne. *Alkohol och narkotika* nr 4, 2002.
- Hilte, Mats (1996). *Avvikande beteende - en sociologisk introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Hilte, Mats (2001). *PM för uppsatsskrivare*. Lund: Socialhögskolan
- Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn (1997). *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Hydén, Margareta (2002). ”Har sociala problem ett kön?” i Meeuwisse, A. & Swärd, H., red,: *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2003). *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Julin, Kerstin & Nordin, Marie (1999). *Anpassning eller ytanpassning – En studie av kvinnors förändring i metadonunderhållsbehandling sett ur den behandlande personalens perspektiv*. Lund: C-uppsats.

Järvinen, Margaretha (2002). "Hjälpens universum – ett maktperspektiv mellan klient och system" i Meeuwisse, A. & Swärd, H., red.,: *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Karolinska Institutet, KI (2004). *Flertallet heroinister går att behandla med kombination av läkemedel och psykologisk behandling*.

http://info.ki.se/news/media_services/press_releases/2002/unika_forskningsresultat_se.html
Sidan hämtad 2005-04-11.

Kolfjord, Ingela (2003). *Kvinnors drogbruk och lagbrott - Positionella och kontextuella strategier i en våldsrelaterad vardag*. Lund: Bokbox Förlag.

Kristiansen, Arne (1999). *Fri från narkotikan - om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare*. Umeå: Umeå universitet, Institutionen för socialt arbete: nr. 28.

Kristiansen, Arne (2002). "Om kvinnor och mäns vägar ut ur narkotikamissbruk" i Leissner, T. & Hedin, U-C., red.,: *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bokförlaget Bjourner och Bruno AB.

Larsson, Lisbeth (1996). *Feminismer*. Lund: Studentlitteratur.

Leissner, Tom & Hedin, Ulla-Carin, red., (2002). *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bokförlaget Bjourner och Bruno AB.

Lundqvist, Åsa & Mulinari, Diana (1997). *Sociologisk kvinnoforskning*. Lund: Studentlitteratur.

Mattsson, Tina (2005). *I viljan att göra det normala - en kritisk studie av genusperspektivet i missbrukarvården*. Malmö: Égalité

Moe, Sverre (1995). *Sociologisk teori*. Lund: Studentlitteratur.

Metadon Patient Föreningen MPF (2005). *Historik*.

<http://web.comhem.se/~u18415058/historik.htm#topp> Sidan hämtad 2005-04-12.

Metadon Patient Föreningen MPF (2005). *Metadonbehandling*.

<http://web.comhem.se/~u18415058/metadonbehandling.htm> Sidan hämtad 2005-04-20.

Nordegren, Thomas & Tunving, Kerstin (1998). *Droger från A-Ö*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Nygaard, Thomas (1996). *Sociologisk handlingsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, Christine (1994). "Människosyn" i Palm, A., red.,: *Kognitivt förhållningssätt – En psykologisk teori för samverkan med patienten*. Lund: Bokförlaget Natur och Kultur.

Rosenbaum, Marsha (1981). *Women on Heroin*. New Jersey: Rutgers University Press.

Scheff, Thomas J. & Starrin, Bengt (2002). ”Skam och sociala band – om social underordning och utdragna konflikter” i Meeuwisse, A. & Swärd, H., red.: *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Socialstyrelsen, SoS (1997). *Metadonbehandlingen i Sverige. Beskrivning och utvärdering*. SoS – rapport 1997:22.

Socialstyrelsen, SoS (2001). *Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling*. 2001-10-04. <http://www.sos.se/FULLTEXT/103/2001-103-14.htm> Sidan hämtad 2005-03-31.

Socialstyrelsens författningssamling SOSF, 2004:8 (M). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende*. http://www.sos.se/sosfs/2004_8/2004_8.htm Sidan hämtad 2005-05-06.

Statens offentliga utredningar, SOU 1994:28. *Kvinnor och alkohol*. Delbetänkande av alkoholpolitiska kommissionen. Stockholm: Fritzes

Svensson, Bengt (1996). *Pundare jokare och andra. Med narkotikan som följeslagare*. Stockholm: Carlssons Bokförlag.

Svensson, Bengt (2003). *Knarkare och plitar – Tvångsvården inifrån*. Stockholm: Carlssons bokförlag.

Thurén, Thorsten (1998). *Källkritik*. Stockholm: Liber AB.

Thurén, Thorsten (2000). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber AB.

Trost, Jan (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Trulsson, Karin (2002). ”Manligt och kvinnligt i missbruk” i Leissner, T. & Hedin, U-C., red.: *Könsperspektiv på missbruk*. Bettna: Bokförlaget Bjuerner och Bruno AB.

Uppsala Akademiska Sjukhus, UAS (2003). *Metadonprogrammet, beroendekliniken*. <http://www.uas.se/upload/psykiatricentrum/beroende/pdf/metadonp.pdf> Sidan hämtad 2005-04-13.

