

Lunds universitet
Socialhögskolan
Socialt arbete med missbrukare, SOL 065
Vårterminen 2003

”Metadonet ersätter endast själva drogen”

**En studie av socialtjänstens psykosociala arbete med heroinmissbrukare
med metadonbehandling.**

Författare: Ing-Britt Dunker-Svensson

Lotta Jönsson

Handledare: Eva Johnsson

ABSTRACT

The purpose with this essay, was to examine how the social workers in Malmö's Social welfare services describe the needs of the psychosocial treatment to clients with methadone maintenance treatment and what kind of efforts they can offer to this group of clients.

To attain this purpose we focused on these following questions

- How do the social workers define the problems and the needs of a heroin dependence client with methadone treatment?
- What kind of efforts, when it comes to the psychosocial treatment interventions, can the social workers offer the client.
- What can influence the social workers choice of efforts?
- What attitude has the social workers to the methadone treatment?

We made the choice to get answers to these questions through interviews with a number of social workers, all with some experience from work with clients with methadone maintenance treatment. We also used literature, evaluations, reports and information from different websites on the Internet.

The social workers have given us a picture of a mangled person with big social problems but also with different mental problems. They consider it as necessary with a lot of efforts both from the psychiatry and from the social welfare services to get a successful treatment. There is a discrepancy between what they want to do and what they really do.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	5
1 INLEDNING	6
1.1 Introduktion till problemområdet	6
1.2 Syfte och frågeställningar	8
1.3 Centrala begrepp	8
1.4 Metod och urval	9
1.4.1 Genomförande av intervjuer.....	10
1.4.2 Bearbetning av intervjuerna.....	11
1.4.3 Källkritik och resultatens tillförlitlighet.....	12
1.5 Arbetsfördelning	12
1.6 Fortsatt framställning	12
2 BAKGRUND	13
2.1 Metadonbehandlingens bakgrund	13
2.1.1 Metadonbehandlingen i Sverige.....	13
2.1.2 Vad är metadon och metadonbehandling.....	14
2.1.3 Kritik mot metadonbehandling.....	15
3 TIDIGARE FORSKNING	15
3.1 Tidigare forskning om vägen ut ur ett missbruk	15
3.2 Tidigare forskning om psykosocialt arbete i samband med metadonbehandling	17
4 TEORIER	19
4.1 Teorier om psykosocialt arbete	19
4.1.1 Psykosocialt arbete.....	21
4.1.2 Psykosocialt behandlingsarbete.....	22
5 EMPIRI OCH ANALYS	23
5.1 Metadonmottagningen i Malmö	24

5.2 Samarbete.....	24
5.2.1 Analys.....	26
5.3 Attityd till metadonbehandling inom socialtjänsten.....	26
5.3.1 Analys.....	27
5.4 Bilden av heroinmissbrukaren med metadonbehandling.....	27
5.4.1 Analys.....	29
5.5 Beskrivning av klientens sociala situation.....	29
5.5.1 Arbete/ försörjning.....	30
5.5.2 Bostad.....	31
5.5.3 Sociala kontakter.....	31
5.5.4 Psykiska problem.....	32
5.5.5 Analys.....	33
5.6 Intervjupersonernas definition av psykosocialt arbete.....	35
5.6.1 Analys.....	36
5.7 Faktiska insatser.....	37
5.7.1 Analys.....	39
5.8 Varför det psykosociala arbetet ser ut som det gör.....	41
5.8.1 Analys.....	42
6 SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION.....	44
7 EGNA TANKAR.....	46
KÄLLFÖRTECKNING.....	48
BILAGA NR.1.....	51
BILAGA NR.2.....	52

FÖRORD

Vi vill här passa på att rikta ett stort tack till alla de personer från socialtjänsten i Malmö som tagit sig tid att intervjuas. Trots pressade arbetsscheman har de ställt upp med information och egna åsikter. Ett extra tack vill vi rikta till dem som hjälpt oss att få kontakt med personer som har kunskap inom det område vi undersökt. Ett stort tack också till vår handledare, Eva Johnsson, som genom konstruktiv kritik och massor med tips och idéer fört oss framåt i processen. Hon har dessutom haft en ängels tålamod.

Vi vill också tacka våra familjer för det stöd vi fått trots allt extraarbete vår uppsats inneburit för dem. De har också tåligt utstått diverse tandagnisslan och viss irritation från vår sida.

Ing-Britt Dunker-Svensson

Lotta Jönsson

1. INLEDNING

1.1 Introduktion till problemområdet

En av de behandlingsmetoder som erbjuds heroinmissbrukare med långvarigt missbruk är metadonbehandling. Behandlingsmetoden har utvecklats för dem med svårast opiatmissbruk vilka tidigare gjort flera försök att sluta med sitt opiatbruk men återfallit gång på gång. De missbrukare som söker sig till metadonprogrammen har varit missbrukare under en längre tid och missbruket har sedan länge fått negativa konsekvenser. De börjar inse att tiden har gått ifrån dem. De är trötta och känner sig för gamla för ett liv som går ut på att ständigt jaga pengar och droger. De vill helt enkelt vara som alla andra, d.v.s. leva ett liv utan droger. (Heilig m.fl.2002)

Grunden för metadonbehandlingens verksamhet utgörs de av Socialstyrelsen uppställda kriterier för intagning av patient i metadonbehandlingen. (Heilig m.fl., 2002)

- Patienten ska ha fyllt 20 år
- Ha ett dokumenterat, och minst fyraårigt dagligt intravenöst heroinmissbruk
- Patienten får inte ha avancerat blandmissbruk
- Tidigare behandlats frivilligt för heroinmissbruk
- Patienten får inte vara under tvång, dvs. Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, §34 i Kriminalvårdslagen, eller liknande när han/ hon söker behandlingen.
- Socialtjänsten skall informeras om och samarbeta kring patientens metadonbehandling.
- Patienten ska ha en egen bostad vid behandlingens början.

Vidare sägs att det är av avgörande betydelse att metadonbehandlingen organiseras som en egen specialiserad verksamhet inom psykiatrin. För att driva verksamheten behövs ett speciellt team av personal med den medicinska, sociala och psykiatriska kompetens som bestäms av patienternas vårdbehov. Den medicinska verksamheten ska ledas av läkare med specialistkompetens i psykiatri samt särskild erfarenhet av narkomanvård (ibid.).

En heroinmissbrukare som får metadonbehandling och som har kontakt med socialtjänsten rör sig mellan minst två olika verksamheter. Individen är både patient inom sjukvården och klient hos socialtjänsten. Detta kan innebära att individen hamnar mellan verksamheter som arbetar utifrån olika perspektiv och ideologier, vilket i sin tur kan skapa en dragkamp om individen (Lindgren, 1999). Lindgren menar att den som arbetar med ett psykosocialt perspektiv skall

ha en helhetssyn och skall därför inte utesluta något annat perspektiv. Den som arbetar med t.ex. ett medicinskt perspektiv kan exkludera andra perspektiv. Lundström & Sunesson (2000) har ett liknande resonemang där de anser att motsättningar som ofta uppstår mellan olika yrkesgrupper kan grunda sig på vilket perspektiv eller förklaringsmodell en profession har som t.ex. socionomen och läkaren. Det skulle kunna vara en förklaring till att ett samarbete inte alltid är välfungerande.

Lindgren (1999) skriver att om berörda aktörer kring en individs rehabilitering samverkar och är i balans, alltså att de berörda verksamheterna är positiva till varandra, uppnås det bästa resultatet för individen. Det är också av vikt att samverkan eller samarbete inte sker över huvudet på klienten/patienten. Grundinställningen måste vara att all kontakt mellan de samverkande aktörerna sker med klientens/patientens medgivande enligt Lindgren (1999). Lagstiftningen medger ett fritt informationsutbyte från sjukvården till socialtjänsten om detta krävs för att en missbrukare skall få de behandlingsinsatser som är nödvändiga. Detta är dock inte allmänt känt, och uppfattas ibland som problematiskt ur etisk och praktisk synvinkel (Heilig m.fl., 2002). Enligt 7 kap. 5 § Sekretesslagen ”*Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till socialnämnden om uppgiften behövs för handläggning av ärende eller genomförande av beslut om stödinsatser, vård eller behandling om det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas*”.

I *Nya sociallagarna* (Norström & Thunved, 2002) står det bl.a. att socialnämnden har en skyldighet att motverka ett missbruk hos den enskilde även om denne inte har framställt ett önskemål om hjälp. Det framhävs även på flera ställen i lagkommentarerna att socialtjänsten ska verka aktivt för att missbrukaren ska få behandling och skulle denna avbrytas ska socialtjänsten aktivt försöka att motivera till ett nytt behandlingsförsök.

Socialtjänsten har alltså ett gemensamt ansvar med sjukvården för att en integrerad vårdplanering kommer till stånd. När vårdplanering sker har socialtjänsten enl. socialtjänstlagen ansvar för åtgärder som förbättrar bostadssituationen, skapar struktur på vardagen genom meningsfull sysselsättning, tryggar försörjningen och bidrar till meningsfulla relationer. En stabil bostadssituation och god struktur på vardagen är närmast oundgängliga komponenter i framgångsrik behandling av heroinmissbrukare (Heilig m.fl., 2002).

En metadonbehandling ska innehålla medicin och stöd från sjukvården och psykosocialt stöd från socialtjänsten. När vi utgår från att en person ska få ett liv med kvalitet så gäller det inte bara att vara fri ifrån heroinet och kriminalitet, utan även att ha ett meningsfullt livsinnehåll. Detta kan vara svårt att uppnå utan hjälp. Speciellt om en person har missbrukat under en längre tid och inte längre har några relationer utanför missbrukskretsarna utan enbart eller till stor del har en identitet som missbrukare. Det är ju en komplicerad process att bli fri från sitt missbruk och vi frågade oss hur socialtjänsten hanterade dessa problem och då med missbrukare som har metadonbehandling.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet är att komma fram till hur socialtjänsten i Malmö beskriver metadonklienters psykosociala behov samt vilka insatser som erbjuds denna klientgrupp.

För att uppnå syftet har vi valt att fokusera på följande frågeställningar

- Hur definierar socialtjänsten problem och behov hos heroinmissbrukare med metadonbehandling?
- Hur ser socialtjänstens psykosociala insatser ut för heroinmissbrukare med metadonbehandling?
- Vad kan påverka socialtjänstens val av insats?
- Vilken attityd har socialtjänsten till metadonbehandlingen?

1.3 Centrala begrepp

De centrala begreppen i denna uppsats är *heroinmissbrukare*, *metadonbehandling* och *psykosocialt arbete*.

Vi har under arbetets gång haft en diskussion om vilket begrepp vi skulle använda oss av i uppsatsen, missbruk eller beroende. Detta är inget enkelt val då det inte finns några enkla och förtydligande definitioner. Vilket begrepp man väljer att använda och hur man definierar dem är förknippat med vilket teoretiskt ställningstagande man tar (Svensson, 1998). Beroende eller kemiskt beroende används främst av forskare med en medicinsk eller sjukdomsteoretisk modell. Medan forskare som betonar drogmissbrukets sociala karaktär föredrar att använda sig av missbruk (Svensson, 1998). Missbruksbegreppet är det som används mest inom socialtjänsten och lagstiftningen (ibid.).

Vi har under vårt arbete rört oss inom både sjukvårdens verksamhet och socialtjänsten, då en heroinmissbrukare med metadonbehandling är beroende av insatser från båda verksamheterna. Därmed har vi stött på båda begreppen. Vi har valt att använda oss av begreppet missbruk det då det är socialtjänsten vi undersökt, och det är det begrepp som används officiellt inom socialtjänsten (Svensson, 1998). Det är även det begrepp som våra intervjupersoner använder sig av.

Vi har valt att använda oss av begreppet metadonbehandling i vår uppsats då Socialstyrelsen använder sig av detta i sina senaste utvärderingar och rapporter (Socialstyrelsen, 1997:22, 2001). Det finns dock ett flertal andra begrepp som kan användas i detta sammanhang, t.ex. metadonunderhållsbehandling, läkemedelsassisterad behandling eller substitutionsbehandling med metadon. När vi refererar till forskning och utredningar i uppsatsen kan det dock förekomma att vi använder något annat alternativ än metadonbehandling.

Psykosocialt arbete kommer att definieras under egen rubrik senare i uppsatsen. Anledningen till det är att vi anser att en längre redovisning av detta begrepp är nödvändig för att ge en tydlig bild av ett ofta använt begrepp, både i praktik och forskning och i de utredningar som berör heroinmissbrukare med metadonbehandling. Trots att begreppet psykosocialt arbete används frekvent så definieras det eller diskuteras sällan grundligt.

1.4 Metod och urval

Vi har samlat in primärdata i form av kvalitativa intervjuer, med socionomer som arbetar med missbrukare inom socialtjänsten. Den kvalitativa metoden, går på djupet istället för på bredden, och söker beskriva tillvaron så som intervjupersonerna, genom sin yrkeserfarenhet upplever den (Trost, 1997).

Den strukturerade intervjun skulle bli för styrd och vi skulle känna oss begränsade med fasta frågor och svar. Med den ostrukturerade intervjun, som har formen av ett vanligt samtal, skulle det vara svårt att stanna i det ämnesområde som är relevant för vår uppsats. Av detta skäl gjorde vi valet att använda tematiserade frågor då vi i så liten utsträckning som möjligt vill styra innehållet, och i stället få de berörda syn på vårt ämne (Bell, 2000). Men också för att reducera informationsmängden till att till största delen innehålla det som är av intresse för frågeställningen och för att vi kunde ställa samma frågor till ett större antal människor.

Datainsamlingen har gjorts vid förutbestämda besök hos olika socialsekreterare och socialrådgivare. Vår intention var att få intervjua personer med olika yrkesfunktioner inom socialtjänsten, och som har någon form av erfarenhet av metadonbehandling. Anledningen till att vi valt socialsekreterare är att de utreder de problem och behov som en missbrukare har och bedömer vilka insatser som kan komma ifråga. Socialrådgivarna är en del av de insatserna och de utför de uppdrag de får från socialsekreterarna. Vi har med andra ord gjort ett strategiskt urval (Trost, 1997).

Vi har valt att arbeta i och skriva om Malmö, där vi redan har etablerade kontakter och anser oss därigenom ha större möjlighet till information och informanter. För att få en så varierad bild som möjligt var det vår avsikt att intervjua ett flertal socialsekreterare. Vår förhoppning var att vi skulle få kontakt med någon från alla Malmös stadsdelar vilket senare visade vara en svår uppgift. Vi har intervjuat nio socialsekreterare och socialrådgivare, vid 4 av Malmös 10 stadsdelsförvaltningar. Vi är därigenom också medvetna om att vi inte kan dra några generella slutsatser av den analys och det resultat vi redovisar.

Vi har också fått information i form av broschyrer från kuratorn på metadonmottagningen i Malmö, primärdata. Vi har även använt oss av annan forskning som beskrivit Malmös metadonmottagning. Valet av att nöja oss med sekundärdata, som grund av själva metadonprogrammet, är medvetet, då det i första hand är socialtjänstens psykosociala insatser vi undersökt och beskrivit.

Genom litteratur, som innehåller information om och kritik mot metadonbehandling, har vi samlat in sekundärdata. Utvärderingar och rapporter från bl.a. Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har utgjort en väsentlig del av vårt arbete. Men vi har också till stor del använt litteratur från biblioteket, Internet och tidskrifter.

1.4.1 Genomförande av intervjuer

Vi har haft telefonkontakt med olika socialsekreterare inom socialtjänsten vilka i sin tur hjälpt oss att få kontakt med andra som de visste har varit eller är i kontakt med metadonmottagningen genom sina klienter. Den så kallade ”snöbollsprincipen”; det vill säga att informanter introducerar eller rekommenderar andra informanter (Repstad, 1999). Därmed har vi också fått kontakter inom socialrådgivningen, varifrån vi fått mycket nyttig information. När vi tillsammans med intervjupersonerna bestämt tid och plats för intervjun

skickade vi ett informationsblad till dem för att de skulle veta syftet med våra intervjuer och även formalia kring intervjun (bilaga nr.1).

Inför varje intervjutillfälle fick intervjupersonen själv bestämma tid och plats för intervjuerna. Intervjuerna gjordes under en period av tre veckor, mellan den 8-25 april, 2003. De har genomförts på arbetstid och på deras arbetsplats. Det är enligt Trost (1995) viktigt att intervjun förs i en ostörd miljö där samtalet kan äga rum utan åhörare, vilket också skett då vi suttit i enskilda arbetsrum eller ostörda samtalsrum. Alla intervjupersonerna gav oss sitt medgivande till att inspelning på band kunde ske.

Vi valde att vara två som intervjuade och det av flera skäl. Dels för att eliminera risken att missförstånd skulle uppstå och dels för att inte förbise de viktiga följdfrågor som spontant kan uppstå under intervjun. En annan anledning var också att vi sparade tid på det sättet eftersom båda hade varit med och vi inte behövde förklara eller diskutera innehållet på banden. En har haft huvudansvaret för samtalen medan den andra lyssnade och kom med följdfrågor. Det har varit svårt att undvika ledande frågor men detta gick bättre efterhand som intervjuerna genomfördes. Bandinspelningarna bidrog mycket till detta då vi kunde höra oss själva och bli mer uppmärksamma på när de situationerna uppstod.

Varje intervju har tagit 1-1½ timme och vår intervjuguide (bilaga nr. 2) har fungerat bra även om vi under arbetets gång lagt till en och annan fråga. Den gav oss fasta utgångspunkter som täckt in det ämnesområde som varit relevant för vår uppsats.

Vi har erbjudit intervjupersonerna anonymitet, då vi tror att vi därigenom har fått en mer beskrivande och trovärdig bild. En person som står namngiven kan känna att hon bör uttala sig mer representativt för sin organisation, och därför väljer att inte uttrycka personliga erfarenheter i sitt arbete med heroinmissbrukare med metadonbehandling, vilket är den beskrivning vi vill ha.

1.4.2 Bearbetning av intervjuerna

Efterarbetet med intervjuerna var omfattande. Vi lyssnade igenom varje intervju och skrev noga ner det som berörde vårt syfte, vilket visade sig vara i stort sett allt innehåll på banden. Vi redigerade texten och utformade dem utifrån olika teman som vi har varvat med såväl

tidigare forskning som teorier om psykosocialt arbete. Citaten har plockats ut noggrant och skrivits ner ordagrant efter ytterligare en genomgång av banden.

1.4.3 Källkritik och resultatets tillförlitlighet

I vår uppsats redogör vi för en del av en bild, med utgångspunkt i delar av socialtjänstens arbete med heroinmissbrukare med metadonbehandling i Malmö. Som vi tidigare nämnt har vi använt oss av den så kallade ”snöbollsprincipen” för att hitta intervjupersoner. Denna metod medför risk för att vi har blivit introducerade för personer som är av samma åsikt, som den som introducerat oss. I förlängningen medför detta att vi kan ha fått en ensidig bild, ”*man måste förstås vara uppmärksam på att folk har en tendens att rekommendera sådana personer som tycker likadant som de själva*” (Repstad, 1999, s 45).

Vi är även medvetna om att vi är nybörjare i intervjusituationer och att vi därför kan ha formulerat frågorna mer ledande än vi önskat, och i och med det omedvetet påverkat intervjupersonerna. Det krävs en mycket van intervjuperson för att kunna vara så objektiv som möjligt. Att använda intervjun i sig är dock en mycket subjektiv teknik och det finns risk för en viss skevhet (Bell, 2000).

Vi har som vi tidigare nämnts använt oss av sekundärdata i form av både litteratur, publikationer, Internet och skriftlig information från metadonmottagningen i Malmö. Vi är medvetna om de svagheter som finns med att använda information från Internet då det t.ex. kan vara så att originalmaterialet har ändrats. Vi har därför endast använt oss av officiella och väl förankrade organisationers webbsidor.

1.5 Arbetsfördelningen

Vi har under arbetets gång arbetat mycket gemensamt. Inför teoridelen har vi gemensamt letat litteratur på bl. a. bibliotek, medan vi gjort sökningar via databaser och Internet var för sig. Vi har delat upp skrivandet av teoridelen, men har sedan korrekturläst varandras material och kommit med tillägg eller reduceringar. Intervjuerna och analysen av dessa har vi gjort gemensamt.

1.6 Fortsatt framställning

Efter detta inledande kapitel kommer kap. 2, där vi redovisar för metadonprogrammets historik och hur behandlingen ser ut. Därefter kommer ett avsnitt, kap. 3, där tidigare

forskning kring vägen ut ur ett missbruk och metadonprogrammen går igenom, tanken är att läsaren ska introduceras tidigt i problemområdet. I kap. 4 redogör vi för teorier om psykosocialt arbete. Efter detta kommer vi att redogöra för intervjuerna i kap. 5. Detta kommer att ske i teman under flera rubriker och med en analys efter vart tema. En sammanfattande diskussion kommer att göras i kap. 6, där vi sammanfattar våra resultat och för en diskussion kring detta. Till sist vill vi framföra våra egna åsikter och tankar kring ämnet, vilket kommer att ske i kap.7.

2. BAKGRUND

2.1 Metadonbehandlingens bakgrund

Metadon uppfanns av tyska forskare under andra världskriget. Opiumtillförseln till Tyskland stoppades, och på grund av detta fick forskarna hitta ett ersättningsmedel för smärtlindring till de skadade i kriget. Efter kriget upptäckte de amerikanska forskarna Dole och Nyswander att metadon kunde ha andra användningsområden än smärtlindring. De började utveckla en metod för att använda metadon vid avgiftning av opiatmissbrukare. Under 50-talet blev metadonet snabbt populärt, eftersom en långsam nedtrappning med metadon var mindre plågsam än ett tvärt avbrott eller en snabbare nedtrappning av heroin eller morfindoserna. (Johnsson, 2002)

Försöket utvidgades och 1965 publicerade Dole och Nyswander en rapport med ett resultat som ansågs vara uppseendeväckande. En förändring skedde hos patienterna. De blev mer aktiva. Suget efter narkotika försvann och de började förändra sin livssituation. Injicerade de heroin så fick det ingen direkt effekt. Myndigheterna var entusiastiska till den nya upptäckten och flera metadonkliniker öppnades i USA (Johnsson, 2002).

2.1.1 Metadonbehandlingen i Sverige

1965 tillbringade psykiatriprofessorn Lars Gunne ett år som gästforskare i USA. Han kom där i kontakt med metadonprogrammet och idéerna tog han med sig hem till Ulleråkers sjukhus i Uppsala där han 1967 startade ett försök med metadonbehandling enligt Dole-Nyswanders metod. Mellan 1979 och 1984 var det intagningsstopp till metadonprogrammet på Ulleråkers sjukhus. Anledningen var att programmet fick mycket kritik, från bland annat Riksförbundet för Läkemedelsmissbruk (RFHL) och Gunne bestämde att i väntan på Socialstyrelsens rapport

stoppa intaget av nya patienter. Rapporten gav en positiv bild av metadonprogrammet, men det dröjde ändå till 1984 innan man började ta in nya patienter. Under tiden 1979-1984 dog hälften av de 98 som stod i kö till metadonprogrammet. Ulleråker hade fortfarande det enda metadonprogrammet i Sverige (Johnsson, 2002).

Metadonprogrammet bedrevs som en försöksverksamhet i början. Efter att ha gjort en utvärdering 1980-1981 av metadonbehandlingen och socialdepartementets beslut, godkände Socialstyrelsen 1983 att behandlingen skulle anses som en behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. (SoS-rapport 1997:22) och ytterligare metadonprogram startades, 1987 i Stockholm och Lund, och 1992 i Malmö.

2.1.2 Vad är metadon och metadonbehandling?

Metadon är ett syntetiskt framställt opiat med egenskaper liknande morfin, heroin och andra opiumpreparat, och är beroendeframkallande. Preparatet lindrar abstinensbesvär och dämpar suget efter heroin men verkar också smärtlindrande, ångstdämpande och rogivande utan att patienten blir påverkad vid föreskriven dos. Syftet med metadonbehandlingen till heroinmissbrukare är att förbättra patientens möjligheter till överlevnad, god hälsa, drogfrihet och stabila sociala förhållanden (Borg & Grönbladh, 1995).

Varje patient skall anmälas till Socialstyrelsen och det skall också ske en regelbunden rapportering avseende behandlade patienter till Socialstyrelsen (Borg och Grönbladh, 1995). De patienter som önskar metadonunderhållsbehandling genomgår i de svenska programmen en noggrann utredning innan beslut om behandling tas. Det innebär bl.a. kartläggning av patienternas tidigare liv och missbruksutveckling, inspektion av stickmärken, urinprovskontroller mm. Patienterna erhåller från början en liten dos metadon, varefter det sker en gradvis upptrappning, i början relativt snabbt, därefter allt långsammare och patienterna brukar vara färdiginställda efter någon eller några månader. Enligt Borg och Grönbladh (1995) påbörjas också en behandling av patientens övriga problemområden, såsom relationsproblem, sociala störningar, boende, arbetsförhållanden mm. Målet för metadonbehandling är alltid missbruksfrihet, stabilisering och rehabilitering. Det terapeutiskt verksamma inom metadonbehandling är inte främst läkemedlet metadon (Bessfelt m.fl., 1997). De säger vidare att metadon ska vara en del av ett brett vårdprogram som ger möjlighet att stabilisera patientens sociala och psykiska situation. Tillämpningen av målen måste ske individuellt för varje patient. Vårdinsatserna kan variera för varje patient och måste vara

långsiktiga. En person som missbrukat narkotika i 10-15 år behöver många års behandling. På sikt bör behandlingen i de fall där det är lämpligt syfta till att patienten förmår avsluta metadonbehandlingen. Behandlingen har alltså ingen tidsbegränsning, utan går ut på att uppskjuta tidpunkten för ett drogfritt liv till det skede i patientens tillvaro när detta har utsikter att lyckas. Det är upp till patienten själv att avgöra när och om han/hon vill avsluta den (Heilig m.fl., 2002).

2.1.3 Kritik mot metadonbehandling

En del kritik har riktats mot metadonprogrammet, sedan det startade 1966. Delvis har programmet jämförts med det legalföreskrivningsprojekt av narkotiska preparat, som förekom under en kort period på 60-talet. Detta projekt fick delvis agera syndabock för att antalet missbrukare ökade vid denna tid (Goldberg, 2000). En av anledningarna var att det kom ut en del droger på den illegala marknaden i samband med projektet och att motståndarna hade en rädsla för att även metadon skulle komma ut på den illegala marknaden. Metadonprogrammet har också kritiserats för att binda upp människor i ett nytt beroende, som är lika kraftigt som heroinberoendet (Svensson, 1991), och att missbrukaren endast bytt drog. Detta ansågs inte ligga i linje med den restriktiva narkotikapolitik som Sverige för

Ytterligare grupper som på 70-80-talet var motståndare till metadonprogrammet var socialarbetare och förespråkare för en drogfri narkomanvård. Under denna tid utvecklades nya linjer inom narkomanvården. Ett nyare psykosocialt och terapeutiskt orienterat synsätt på narkotikamissbruket utvecklades och det uppstod en märkbar konflikt mellan ett mer traditionellt medicinskt synsätt och det nya synsättet (Johnsson, 2002). Idag är metadonprogrammen relativt ohotade och många forskare anser att välkontrollerade metadonprogram kan minska dödlighet, sjuklighet och förbättra livskvaliteten för en del opiatmissbrukare (Goldberg, 2000).

3. TIDIGARE FORSKNING

3.1 Tidigare forskning om vägen ut ur ett missbruk.

Som tidigare nämnts har metadonbehandlingen och metoden utvecklats för de med svårast opiatmissbruk och som tidigare gjort flera försök att avbryta sitt missbruk men misslyckats gång på gång. Vi vill beskriva den svåra väg en metadonpatient redan har gått och de problem

de står inför genom att hänvisa till svensk forskning som visar på de komplicerade processer det innebär att avsluta ett missbruk.

Andersson (1991) menar att missbruket skapas genom en lång och komplicerad social process. Att sluta innebär en lika komplicerad process, en prestation som kräver personlig mognad och vilja men också en mängd svåra omställningar av vardagslivet och en kanske livslång, daglig kamp mot drogerna och den livssituation som missbruket skapat.

Att vara definierad som narkotikamissbrukare innebär inte bara att man använder droger på ett otillåtet sätt (Andersson & Hilde, 1993:4) utan det innebär ofta

- att individen ekonomiskt ställs utanför samhällets system för sysselsättning och försörjning.
- att individen är hänvisad till grupper där intressen, aktiviteter och relationer fokuseras till droghanteringen.
- att individen ofta är föremål för olika samhälleliga sanktioner som innebär stämpling och särbehandling.

Konsekvenser av ett narkotikamissbruk medför vanligtvis med tiden sociala, ekonomiska, psykiska och fysiska konsekvenser för individen (ibid.).

Kristiansen (1999) anser att om en person ska bli från narkotika så krävs det att hon förändrar sin uppfattning om narkotika, missbrukarlivet och sitt förhållningssätt till narkotika. Hon måste också bryta sig loss från missbrukslivet och skaffa sig sociala kontakter som ger stöd i hennes strävan att förändras för att på så sätt skapa en stabil position i samhället. Det svåraste är inte att sluta med själva drogen, utan svårigheten ligger i att stanna kvar i ett drogfritt liv (ibid.).

Förändringens strategi går ut på att bygga upp nya relationer, intressen och värderingar, där drogerna inte har någon plats (Andersson & Hilde, 1993). Andersson och Hilde (1993) har den uppfattningen att rehabiliteringen från narkotikamissbruket handlar till stor del om att kunna frigöra sig från en livsform. Det handlar om att skaffa sig en ny position i samhället, en ny bas för sysselsättning, försörjning och socialt värde. För att kunna hjälpa individen med detta måste vården inriktas på ett individuellt utformat och långsiktigt stöd.

En behandling kan innebära ett vägskalet i en persons liv, från ett missbrukarliv till ett drogfritt liv. Det är dock viktigt att notera att behandlingen är en inledning på en lång väg eller en del av en persons liv (Andersson & Hilde, 1993). Andersson & Hilde för vidare fram tanken att de förändringar som krävs, måste vara individens eget projekt. Behandlingen kan ge individen stöd, redskap och förklaringar men det är personen själv som måste göra jobbet och ha motivationen. Svensson (1996) skriver att de flesta missbrukare han har undersökt, har uppvisat ett intresse för att någon gång lämna missbruket. Behandling kan då vara en väg ut ur ett missbruk. Kristiansen (1999) skriver att behandlingen kan hjälpa en person att börja leva utan droger, men efterhand som tiden går är det andra faktorer som avgör om en person förblir drogfri.

3.2 Tidigare forskning om psykosocialt arbete i samband med metadonbehandling

Redan då metadonunderhållsbehandling av heroinmissbrukare introducerades i USA i början av 60-talet framhöll Dole och Nyswander vikten av att behandlingen kompletteras med insatser för social rehabilitering. Denna princip fanns med då behandlingsformen introducerades i Sverige år 1966 av professor Lars Gunne och medarbetare vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala (Åberg m.fl. 2001).

För Socialstyrelsens räkning (Akademiska sjukhusets, 2002) genomförde Romelsjö och Stenbacka en studie för att mäta effekter av metadonbehandling. Undersökningen visar på goda resultat för de som stannar i behandlingen och majoriteten av patienterna rapporterade stora förbättringar beträffande boende, arbete/studier, sociala relationer, hälsa och relationer till familjen. Enligt Socialstyrelsen visar resultaten att metadonbehandling är ett värdefullt behandlingsalternativ för tunga heroinmissbrukare när andra behandlingsalternativ misslyckats (ibid.)

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, kom 2001 ut med en rapport som visar vilka behandlingar som visar bäst resultat vid alkohol- och narkotikamissbruk. Rapporten grundar sig på en sammanställning av flera hundra randomiserade kontrollerade studier som alla utgår från heroinmissbrukare med metadonbehandling och de har kommit fram till att det vid heroinberoende hjälper med långtidsbehandling med t.ex. metadon. Resultatet i rapporten säger bl.a. att det finns flera psykosociala behandlingsmetoder som tillsammans med läkemedel har visat sig vara effektiva mot missbruk och beroende av narkotika och ger bra resultat men att det är inte alltid de som används.

Även Ball och Ross (i Åberg m.fl., 2001) anser att det inte är enbart metadonet som har betydelse för ett lyckat behandlingsresultat, utan också behandlingsfaktorer som samtals- eller psykoterapi. Många forskare anser att behandlingsresultaten blir bättre i program med kompletterande psykosociala insatser jämfört med program som enbart erbjuder metadon (Grönbladh & Gunne 1989; Ball & Ross 1991; Blix 1995). Bl.a. har man betonat vikten av psykosociala insatser för metadonpatienternas psykiska hälsa och för en minskning av sidomissbruk. Cacciola (1998, i Åberg m.fl., 2001) har utfört en studie som visar att det är vanligt att de psykosociala problemen minskar tydligt under de två första månaderna i metadonbehandling men att ytterligare förbättring inte inträffar, förmodligen därför att vikten av fortsatt psykosocial eftervård underskattas.

Europeiska Centrumet för Kontroll av Narkotika och Narkotikamissbruk (ECNN, 2002) beskriver, i sin årsrapport, vikten av att ha kompletterande psykosociala insatser vid behandling med läkemedel. Det finns mycket forskning som visar på att psykosociala insatser bidrar till framgångsrika resultat. Men, skriver de vidare, trots kunskapen så genomförs det i praktiken inte på ett tillfredsställande sätt. Även Åberg m.fl. (2001) anser att psykosocial behandling är ett mycket viktigt komplement till metadonbehandling. Bästa resultatet uppnås när dessa två strategier kombineras.

Åberg m.fl. (2001) anser att behandling av heroinmissbrukare utformas regelmässigt som ett samarbete mellan socialtjänst och sjukvården, bland annat därför att ordnad bostadssituation, meningsfull sysselsättning och ett fungerande socialt nätverk är viktiga förutsättningar för en framgångsrik behandling. Behandlingsinsatser skall föregås av strukturerad, kriteriebaserad diagnostik, åtföljd av en systematisk skattning av patientens/klientens problem. Hjälp med samordning av olika insatser, etablerande och kontakt med annan social service, inledande probleminventering, individuella stödsamtal, gruppterapi, stöd till familj/familjeterapi, psykologisk hjälp, yrkesvägledning, samt utbildning och information till patienter (Åberg m.fl., 2001). Denna information skall ligga till grund för uppföljningsbara, individuella behandlingsplaner som upprättas i samverkan mellan patienten, sjukvården, socialtjänsten och eventuella andra vårdgivare. En metodisk regelbunden, uppföljning bör ingå i behandlingsplanen, och ligga till grund för om behandlingsstrategin kan behöva ändras (ibid.).

Om behandling inom socialtjänsten har Levin, Sunesson & Swärd (1999) skrivit och ifrågasatt. De undrar om behandlingsarbete har någon plats eller legitimitet inom socialtjänsten.

En socialbyrå är till största delen organiserad för handläggning av förvaltningsärenden och utövande av judiciell tvångsmakt och inte för ett socialt behandlingsarbete. I den meningen saknar socialbyrån den konsistens som utmärker "rena" behandlingsorganisationer. En organisering utifrån det arbetssätt som officiell förväntas av socialbyrån leder ofelbart till minskad anpassning och legitimitet för det slags arbete som i dag dominerar läroböckerna om det "goda" sociala arbetet (Levin, Sunesson & Swärd, 1999, s 189).

Vidare skriver författarna att: *"I dag har det sociala arbetet som syftar till hjälp åt människor i kris, stöd åt fattiga och ensamma eller rehabilitering av ungdomsbrottslingar och missbrukare en mycket undanskymd plats i byråorganisationen"* (1999, s 189).

Även Åberg m.fl. (2001) menar att det möjligen finns anledning att varna för att man förlitar sig på att socialtjänsten ska hantera alla de psykosociala insatserna eftersom detta kan bidra till en relativt sett sämre servicenivå och patienttillfredsställelse. I den mån de psykosociala insatserna inte erbjuds inom programmets egen regi behövs det troligen starka insatser i form av olika samordnade insatser och upprätthållande av kontakt med annan social service. Åberg m.fl. ger därmed stöd för att metadonprogrammet bör ta på sig ett visst ansvar för att dessa insatser faktiskt erbjuds.

4. TEORIER

4.1 Teorier om psykosocialt arbete

Vad innebär psykosocialt arbete? Begreppet används ofta och av många, och innefattar ofta stora områden. Beskrivningarna kan se väldigt olika ut. Vilket kan ha sin förklaring att begreppet för många har en vid betydelse. Egidius (1978) skriver om det psykosociala arbetet att det är en allmän term för vad som är både psykiskt och socialt. I *Psykologiskt lexikon* (2002) står det att läkare betraktade allt som inte var medicinskt för psykosocialt, alltså allt som berörde en människas psykologiska och sociala aspekter i livet. I *Teorier för psykosocialt arbete* skriver Bernler & Johnsson att "psykosocialt arbete är idag är ett diffust begrepp för många" (1988, s 30). Det är kanske inte märkligt att ett begrepp med en sån bred definition som utgångspunkt, fortfarande inbegriper stora områden, trots försök att klarare definiera begreppet.

Det psykosociala arbetet har sin bas i flera olika teorier. Olika forskare väljer olika teorier till grund för sin definition. Gemensamt är dock att man använder sig av de teorier som är värdefulla för att förstå klienten och som kan ge redskap till intervention i det sociala arbetet (Bernler & Johnsson, 1988). Payne (2002) beskriver hur man i det sociala arbetet blandar idéer från flera olika områden i stället för att använda en teori för alla praktiska situationer. Han hävdar att det finns skilda synsätt när det gäller det sociala arbetet, vilka delvis kan motsäga varandra, men som har en gemensam grundlikhet. Denna likhet är att det sociala arbetets synsätt i grunden handlar om förändring och utveckling.

Bernler & Johnsson (1988) har byggt upp sin teori omkring psykosocialt arbete på flera teorier bl.a. systemteori och psykodynamisk teori. I definitionen av psykosocialt arbete utgår de ifrån begreppet *förändringsarbete*. De ser det psykosociala arbetet som en del av det sociala arbetet och de anser att det psykosociala arbetet innefattar både förebyggande och behandlande insatser. Målet med förändringsarbetet är att bidra till en positiv utveckling för den som förändringsarbetet avser. När det specifikt gäller det psykosociala arbetet är det en positiv utveckling av människors *livsvillkor* och *livssituation* det handlar om (Bernler & Johnsson, 1988). De menar att det inte talar för en utökad kontroll i det sociala arbetet, utan att det i arbetet hela tiden måste föras en dialog med klienten. Om en behandlare tar allt ansvar och utför allt arbete åt en klient, kan risken finnas att denne blir helt beroende av behandlaren och inte kapabel att själv ta ansvar. Bernler & Johnsson anser att när en klient söker hjälp, har klient och behandlaren ett *gemensamt ansvar*. Det är dock viktigt att behandlaren tar ansvar för förändringsprocessen och arbetar *aktivt*, och inte lägger hela ansvaret på klienten. De pekar på att klienten behöver hjälpen att föra förändringsprocessen vidare. Om klienten själv ska ta hela ansvaret så sker kanske inte förändringen. Detta resonemang grundar författarna på bl.a. de teorier som finns, där det krävs att energier, idéer eller aktioner utifrån tillförs systemet för att en förändring ska ske.

Enligt Payne (2002) är det sociala arbetet konstruerat av både socialarbetaren och klienten. Detta i sin tur görs i den kontext som socialtjänsten utgör. Men det sociala arbetet konstrueras inte på nytt vid varje möte mellan klient och socialarbetare, utan det formas i det av samhället uppsatta förväntningar. Vilka i sin tur bidrar till samhällets förväntningar genom sitt tänkande och handlande. Detta är den process som Payne kallar för *social konstruktion*. Det sociala arbetet konstrueras utifrån vilken teori som socialarbetaren väljer att använda sig av.

Drogmissbrukare, menar Lennéer-Axelsson & Thylefors, hör till en av de vanligare grupperna inom det psykosociala arbetet. ”*Missbruket kan ge konsekvenser, både ekonomiskt, socialt och psykologiskt, det är svårt att veta vilket som är orsak och vilket som är konsekvens*” (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 1999, s 16).

För att förklara ett missbruk använder sig missbruksforskningen bl.a. av teorier om stämplingsprocesser, vilket skulle innebära att vad som är konsekvens och vad som är orsak, kan förklaras med hjälp av stämplingsteorin (Goldberg 2000). Denna teori är enligt Goldberg en bra modell för att förklara varför en person börjar missbruka och fortsätter med det. Teorin är en processteori som beskriver hur en person blir stämplad för sitt beteende, vilket ses som avvikande, som sedan leder till att personen får en negativ självbild. Detta i sin tur leder till att personen eller missbrukaren försöker att upprätthålla den negativa självbilden genom att agera med handlingar som bekräftar denne. Detta leder till en samhällelig stämpling (Goldberg, 2000). Grundantagandet här är att människan är en social varelse och att hennes beteende styrs av de sociala relationerna, vilket också är antaganden i andra teorier som vi nämner i denna uppsats som t.ex. systemteorin och teorier om sociala konstruktioner.

De heroinmissbrukare som uppfyller kriterierna för metadonbehandling, skulle kunna utifrån stämplingsteorin beskrivas som personer vilka kommit så långt i sin *avvikelsespiral* att deras självbild är mestadels negativ. Till följd av detta förväntar de sig att samhället och socialtjänsten bekräftar denna negativa bild. Detta betyder att det är viktigt att socialarbetare bryter denna spiral genom att ge missbrukaren positiva reaktioner. Dock kan missbrukaren, menar Goldberg, som kommit långt i sin *avvikelsekarriär* och som får positiva reaktioner försöka att återställa ordningen t.ex. genom att framkalla negativa reaktioner.

4.1.1 Psykosocialt arbete

Begreppet psykosocialt arbetssätt har sitt ursprung i den statliga psykoterapiutredning som gjordes 1971-75. Denna utredning bringade klarhet i vilka yrkesgrupper som behövde psykoterapiutbildning. Men också för att hitta en benämning på den behandling som inte bara hade intrapsykiska aspekter utan även inbegrep den omgivande sociala miljön, men inte kunde benämnas psykoterapi (Bernler & Johnsson, 1988). ”*Den oftast mycket komplexa arbetsmetodik, som socialarbetare måste använda för att åstadkomma gynnsamma förändringar i en klients situation, har fått en adekvat benämning*” (Bernler & Johnsson, 1988, s 33).

Levin (2000) beskriver uppkomsten av det praktiska psykosociala arbetet utifrån det arbete som Gustav Jonsson och hans medarbetare i Barnbyn Skå utförde, och vad de kom fram till genom att under 50-talet kombinera psykologisk behandling eller psykoterapi med socialt arbete. Bakgrunden till detta var att Jonsson ansåg att barn och familjers problem inte endast hade psykologiska orsaker utan att problemen även kunde bero på t.ex. samhällets problem (ibid.). Tanken var att det ena inte kom före det andra i arbetet med barnen eller familjerna, utan det var viktigt att det psykologiska eller psykoterapeutiska och sociala arbetet utfördes parallellt med varandra. Jonsson menade vidare enligt Levin, att om man i arbetet endast inriktar sig på de inre känslomässiga konflikterna så riskerar socialarbetaren eller psykologen att bortse från de sociala problemen. Detta kan leda till t.ex. utstötning eller en destruktiv vårdkarusell (Jonsson i Levin 2000). Skulle motsatsen göras, att tonvikten lades på de sociala problemen, skulle det inte ge individen någon chans till en individuell utveckling.

Målet för det psykosociala arbetet enligt Hessle är: ”att stärka individens motståndskraft mot omgivningens krav, att förändra omgivningen och att förändra samhället så att säga inom individen” (Bernler & Johnsson, 1988, s 32). Det psykosociala arbetet är enligt Hessle både ett förebyggande arbete och ett behandlingsarbete.

4.1.2 Psykosocialt behandlingsarbete

Lennéer-Axelsson & Thylefors definition av psykosocialt behandlingsarbete och stämplingsteorin beskriver och förklarar gemensamt delar av det psykosociala arbetet med heroinmissbrukare med metadonbehandling. Men ger även en förklaringsmodell till hur klientgruppen som det psykosociala arbetet berör kan beskrivas och förstås.

I boken *Psykosocialt behandlingsarbete* av Lennéer-Axelsson & Thylefors (1999) har författarna skiljt ut och definierat en del av *psykosocialt behandlingsarbete* från det psykosociala arbetet. För att ge en tydlig bild och särskilja olika insatser har de delat in arbetet i tre olika delar

- *Social service* innebär resursfördelning av olika slag som t.ex. utbetalning av bistånd, upplysning om var man kan söka jobb och bostad eller hjälp med skuldsanering. Kontakten med klienten bygger sällan på en personlig relation och det är mestadels de yttre faktorerna som arbetet här innefattar.
- *Psykosocialt arbete med individuellt inriktade insatser* innebär att man kan erbjuda samtal i syfte att undersöka om en person har t.ex. ett missbruksproblem. Eller att personens

sociala och psykiska situation kartläggs och utifrån det kan information ges om vilka resurser och vilken hjälp som denne kan erbjudas. Personen kan sedan avböja hjälpen eller ta emot den. Här berörs individens personlighet i lite större utsträckning och ett samtal kan vara av stödjande eller rådgivande karaktär eller i form av ett krissamtal. Samtalen utgår från individens akuta behov och syftar inte till någon större personlighetsförändring. Här ingår också utrednings- och motivationsarbete (1999).

- *Psykosocialt behandlingsarbete* är individuellt inriktade insatser och arbetet är mer systematiserat och strukturerat än vid allmänt psykosocialt arbete. Psykosocialt behandlingsarbete ”syftar till förändring av personligheten, av relationer och/eller av den sociala situationen” (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 1999, s 13). Vidare bör klienten ha en tämligen stark motivation och i arbetet används relationen mellan behandlare och klient för att förändring ska uppstå.

I det psykosociala behandlingsarbetet arbetar man enligt Lennéer-Axelsson & Thylefors (1999), med klienter som kommer ur de lägre socialgrupperna. Kontakten knyts ofta via t.ex. socialtjänsten och andra organisationer som arbetar med sociala problem som fattigdom, arbetslöshet eller missbruk. Det är klienter som ofta har en låg motivation. En anledning kan vara att de har kunskapsbrister och inte ser sitt problem som något som går att förändra. Därför menar författarna att arbetet till stor del handlar om att skapa motivation både i ett inledningsskede och under hela arbetets gång (ibid.). Vidare anser författarna att arbetet för t.ex. socialarbetare med klienter, som har komplexa problembilder kräver samverkan från fler andra verksamheter och myndigheter. Detta löper sällan konfliktfritt då de olika verksamheterna har olika människosyn, målsättningar och synsätt och att dessa kan kollidera med varandra.

Exempel på det psykosociala behandlingsarbetets metodik kan vara att man arbetar med motivationen, ett direkt arbete med klientens nätverk, kunskapsförmedling och att man använder olika aktiviteter och inte bara samtalet som redskap skriver Bernler & Johnsson om Lennéer-Axelsson & Thylefors (1988).

5. EMPIRI OCH ANALYS

Vi har som tidigare nämnt valt att ha intervjupersonerna anonyma. Och därför kommer vi att benämna dessa som IP1, IP2 o.s.v.

Vi kommer att börja analysen med att redovisa hur det psykosociala arbetet i Malmö ser ut och hur det är tänkt att ansvarsfördelningen ska se ut mellan socialtjänsten och sjukvården,.

5.1 Metadonmottagningen i Malmö

Metadonmottagningens verksamhet i Malmö arbetar efter de av Socialstyrelsen uppsatta föreskrifterna. I Malmö söker missbrukaren själv till behandlingen. Men det finns ett krav på att missbrukaren har en fast kontakt med en socialsekreterare och att en behandlingsplan görs tillsammans med socialsekreteraren. Det är med utgångspunkt från den utredning, som görs av kuratorn på metadonmottagningen, och den gjorda behandlingsplanen, som det sedan görs en bedömning om personen i fråga kan tillgodogöra sig en rehabilitering med hjälp av metadon. Metadonmottagningen kräver att patienten/klienten ska ha kontakt med sin socialsekreterare under hela behandlingen, för ett behandlingssamarbete.

Denna information är hämtad ur broschyren: Information om Metadonunderhållsbehandlingen i Malmö (1997). Här framgår det tydligt vikten av ett fungerande samarbete mellan socialtjänst och metadonmottagningen. Vad som inte framgår lika tydligt, är hur ansvarsfördelningen ser ut mellan de två verksamheterna i Malmö. För att kunna få en bild av hur det ser ut har vi använt oss av en utredning som gjorts av Åberg m.fl. (2001), vilken utvärderar de psykosociala behandlingsinslagen i de svenska metadonprogrammen. Där beskrivs de psykosociala inslagen som erbjuds av Malmös metadonmottagning som: kontaktperson, viss ekonomisk rådgivning i ett initialske, i viss mån återfallsprevention och metadonmottagningen kan skriva en remiss till psykolog om det framkommer att ett behov av terapisaamtal finns. Metadonmottagningen har även ett samarbete med Arbetslivslänken, som är en del av socialtjänsten och som kan erbjuda en löneersättning till arbetsgivare vid en anställning. De resterande psykosociala inslagen är i Malmö socialtjänstens ansvar (ibid.).

5.2 Samarbete

Vi skrev tidigare i vår inledning om vikten av ett fungerande samarbete mellan olika verksamheter och yrkesgrupper, för att uppnå ett så bra resultat som möjligt för klienten eller patienten. Men ett samarbete löper inte alltid friktionsfritt. Hur ser då samarbetet ut mellan metadonmottagningen och socialtjänsten? Det råder delade meningar om detta bland de personer vi intervjuat, men de flesta anser dock att samarbetet fungerande.

Vi har ett bra samarbete med metadonmottagningen. /.../ I början när någon får behandling så har vi en gemensam träff där vi delar upp arbetet och så gör vi en överenskommelse om vem som ska göra vad (IP 4).

Eller som IP1 uttrycker det

I dom ärenden jag har och där klienten har en kontaktman på metadonkliniken tycker jag att samarbetet fungerar bra. Men vi inom socialtjänsten är inte inblandade i processen innan, utan kommer in först när klienten kommit med i metadonbehandlingen. Det känns lite sent ibland. Man skulle vilja ha varit med tidigare.

Detta är citat som är beskrivande för vad de flesta av intervjupersonerna anser.

Vi har ett gott samarbete med metadonkliniken där vi träffas och har nätverksmöte. Ibland kan det bli problem i kommunikationen på grund av sekretessen. /.../ Det jag ser som det stora problemet är att det inte finns platser till alla som behöver metadon (IP 9).

Att det inte finns platser som fyller det behov som socialtjänsten ser, tar fler av intervjupersonerna upp. IP 7 anser att en av orsakerna till detta är en fråga om personalbrist.

Det är ju massor av folk som står på kö för att komma in på programmet. Jag har en kille som väntat i över ett år och han har inte ens kommit in på väntelistan. Fick dom fler tjänster skulle dom kunna göra så mycket mer. Dom som jobbar där nu kämpar och sliter bäst dom kan. Kuratorn, som för övrigt är den enda som gör utredningar på mottagningen, hinner inte med att utreda i den takt som skulle behövas.

Ytterligare något som tas upp, och som ses som ett hinder, till ett fungerande samarbetet är sekretessen mellan sjukvård och socialtjänst.

Det finns en diskussion om vilket ansvar respektive har. Metadonkliniken hänvisar ofta till sekretessen vad gäller själva processen (IP 3).

Det finns dock några som anser att samarbetet fungerar dåligt.

Man får ju inte reda på när någon börjat ett sidomissbruk och det finns risk för att dom blir utskrivna ur programmet. Får man inte reda på något kan man ju heller inte göra något åt det. Dom skulle ju kunna ringa (IP 9).

Det finns inget samarbete. Det fungerar dåligt från båda hållen, både från sjukvården och socialtjänsten. Jag håller på att bilda en brukarförening som ska fylla den lucka som blir mellan sjukvården och socialtjänsten(IP 5).

5.2.1 Analys

Det råder delade meningar bland intervjupersonerna huruvida samarbetet med metadonkliniken är gott eller dåligt. Enligt forskningen är dock samarbetet en viktig förutsättning för att en person ska få en så fullgod vård som möjligt. När samarbetet fungerar dåligt finns risker för bl.a. sidomissbruk. Forskning lägger också tonvikten på det psykosociala arbetet för att främja den psykiska hälsan och den sociala situationen hos missbrukarna. Malmö's metadonmottagning erbjuder kontaktperson, viss ekonomisk rådgivning, återfallsprevention i viss mån och eventuellt remiss till psykolog. Resterande psykosociala inslag är Malmö's socialtjänsts ansvar. Socialtjänsten och sjukvården skall alltså ha ett samarbete. I intervjuerna har det framkommit att, trots att de anser att samarbetet har fungerat bra finns det en diskussion om vilket ansvar respektive verksamhet ska ha. Intervjupersonerna anser sig också komma för sent in i processen och att det finns brister i kommunikationen, på grund av bl.a. sekretessen. Sekretessen i sig behöver inte vara ett hinder för ett fungerande samarbete, då lagstiftningen medger informationsbyte mellan sjukvård och socialtjänst i vissa fall, även om inte medgivande finns (Lindgren, 1999).

Ytterligare en förklaring till att ett samarbete inte är fungerande, kan vara den Lundström & Sunesson (2000) resonerar kring. De båda forskarna anser att problem kring ett samarbete kan grunda sig i att olika verksamheter använder sig av olika förklaringsmodeller eller perspektiv, vilket kan leda till motsättningar i sättet att uppfatta och åtgärda, problem och behov. Även Lennér-Axelsson & Thylefors (1999) beskriver detta som en orsak till att det kan finnas svårigheter kring ett samarbete. De anser att, när det gäller missbruksgruppen är de ofta beroende av hjälp ifrån mer än en verksamhet och därmed avhängiga av ett fungerande samarbete.

5.3 Attityd till metadonbehandlingen bland socialsekreterarna

Denna del har vi tagit med för att förtydliga de intervjuades åsikt angående metadonbehandling. Vi har valt att redovisa åsikterna genom att ta med några korta citat.

Metadon är bra i många fall, men det finns större behov än platser (IP1).

Fler borde få metadon. Det borde vara mer lättillgängligt. Det är negativt med nolltolerans. Det är få vinster med det drogfria livet om man går och har ont hela tiden (IP2).

Jag tycker inte att man ska gå runt och må dåligt när själen gör ont. Metadonprogrammet måste utökas (IP4).

Man ger upp om man ger metadon. Men det är bra i nedtrappningsfasen. Det är en sista åtgärd med metadon. Bränner man den så återstår endast heroinet (IP5).

Metadonprogrammen bör utökas. Metadon borde vara lättare att få eftersom de som mest behöver det, får det inte för dom klarar inte kraven (IP6).

Inte förespråkare men kan se att det finns ett behov. Jag har tidigare varit emot det men har ändrat åsikt genom erfarenhet (IP7).

Det är OK under en period om det räddar liv eller räddar människor från att begå ännu fler handlingar som ger ny ångest. Det ska vara med fokus på att metadonet ska bort (IP8).

5.3.1 Analys

Det har, som vi tidigare nämnt, beskrivits ett motstånd mot metadonbehandling bland socialarbetare på 70-80-talet, då de flesta förespråkade drogfri narkomanvård. Idag ser det annorlunda ut. Alla våra intervjupersoner är mer eller mindre positiva till metadonbehandlingen. En del socialsekreterare anser att det är ett bättre alternativ med metadonbehandlingen än det destruktiva liv som vissa heroinmissbrukaren lever, med bl.a. kriminalitet och prostitution men att det ska vara med fokus på att metadonet så småningom ska bort. Att få metadonbehandling är en sista chans att sluta missbruka, ansåg de flesta. Vidare menar många att det är lite grand som att ge upp kampen om individen. Någon anser att det är bättre med metadon, kanske livet ut, än att gå omkring med den starka ångest som uppstår i tomrummet efter drogen.

Flera av intervjupersonerna menar att de har ändrat åsikt angående metadonbehandlingen, från att ha varit emot den till att idag ha en mer positiv inställning till den. Detta har förklarats med bland annat, att åsikten har ändrats av erfarenhet. En annan påverkansfaktor skulle kunna vara att metadonbehandlingen sedan 1983 är en behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (SoS-rapport 1997:22. Vilket fastslogs av socialdepartementet, efter en utvärdering gjord av socialstyrelsen.

5.4 Bilden av heroinmissbrukaren med metadonbehandling

I undersökningar och utvärderingar ges bilden av en mycket tung missbrukargrupp med hög dödlighet och stort behandlings- och stödbehov, både före, under och efter metadonbehandlingen. Detta beskriver intervjupersonerna på olika sätt, men de betonar också att det handlar om individer med individuella problem. Intervjupersonerna ger en förhållandevis samstämmig bild av missbrukaren som får eller är aktuell för metadonbehandling. Bl.a. ges beskrivningar av en person med en identitet som missbrukare, med inget eller ett litet socialt nätverk utanför missbrukarkretsarna.

IP 7 uttrycker följande:

Det är inte drogen i sig utan allt runt om, och det tror jag på. Det märker jag också på mina klienter, att det dom saknar... du tappar ju både identitet och tillhörighet och allting. Det tror jag är värre än saknaden av själva drogen. Slutar du med heroin är det som om din bästa vän dör. Det är där jag tror du har kärnpunkten. Det är inte suget efter drogen i sig som är det viktigaste, utan det att man blir lämnad, har inga vänner ingenting. Jag menar- efter tjugo år i heroinsvingen, vad har du för andra vänner än heroinister då?

En historia av asocialt beteende som kriminalitet och prostitution och annat destruktivt beteende är en vanlig beskrivning. En stor själslig smärta och ångest beskrivs som ytterligare en orsak till att döva sina känslor med heroin.

IP 5 menar att:

Det handlar om en stor ångest. En ångest så stor att de väljer bort att leva.

IP 2 ger en beskrivning på hur en heroinmissbrukares situation och liv kan gestaltas:

En heroinist har en historia av ett asocialt beteende som går långt tillbaka i tiden. Det är en person, utifrån de personer jag jobbat med, en person med en större själslig smärta, alltså mer i bagaget och mer som stuvats undan under åren. Jämfört med t.ex. en som missbrukar amfetamin eller alkohol. Det är en person som har många misslyckanden bakom sig. Samtidigt måste det vara en person som har mycket skinn på näsan för att orka igenom den snårskog det faktiskt är att få en metadonbehandling och den regelbundenhet och uppföljning som det innebär.

Många av intervjupersonerna beskriver missbrukaren som en trött och slutkörd person. De som har barn har ofta sett dessa bli omhändertagna och till följd av detta lägger de ytterligare skuld-känslor och ångest till den redan outhärdliga ångesten. IP9 anser sig ha sett många

omhändertagna barn där föräldrarna är missbrukare och inte kan hantera den ångest det innebär att konfronteras med sina barn.

Många ursäktar sig med att de måste ordna upp sitt liv först. De ska bara...hela tiden olika anledningar till att inte träffa sina barn...De vill inte visa upp sig i all sin eländighet för sina barn. Men i verkligheten bär de på en stor smärta av att inte "klara av" sina barn, vilket gör att de hellre håller sig undan än att ta den smärtan.

Intervjupersonerna 2 och 4, talar om sexuella övergrepp och anser sig se ett samband mellan dessa och ett senare heroinmissbruk. De påpekar dock att de inte stödjer detta på fakta i form av undersökningar eller liknande utan grundar detta på egen erfarenhet.

IP 2 uttrycker följande:

Nio av tio missbrukare har en historia av sexuella övergrepp i bakgrunden och därmed ett helt batteri av känslor att hantera. Det finns alltid en orsak till att en människa börjar missbruka och heroinet är ett sätt att döva de känslorna.

5.4.1 Analys

Den komplexa bilden av en missbrukare man beskriver i forskning visar sig också dominera bland intervjupersonerna. Man beskriver en trasig människa med ångest som samlats innan eller under den tid man missbrukat, och man har en identitet som missbrukare. Detta betyder en stor ensamhet eftersom man inte längre har några relationer utanför missbrukarkretsar kvar, t.ex. föräldrar, barn, vänner. De har haft många misslyckanden i livet som påverkat deras självkänsla. Detta kan förstås utifrån stämplingsteorin där individen får återkommande stämplingar och utvecklar en negativ självbild. Varje misslyckande är delvis skapad av tidigare motgångar och bidrar till nästa bakslag (Goldberg, 2000).

Den bild intervjupersonerna beskriver av vad som krävs av en missbrukare för att klara metadonbehandlingen och bilden som intervjupersonerna ger av den som skulle kunna vara i behov av en metadonbehandling, stämmer inte överens. Flera av intervjupersonerna anser att befintligt nätverk utanför missbrukarkretsar är mycket viktigt för att kunna avsluta ett missbruk. Bl. a nämns det att det krävs en person som är stark och som har något slags nätverk utanför missbrukarkretsen för att klara av en metadonbehandling, eftersom kraven från metadonmottagningen är tuffa. Samtidigt ges en bild av en person som har fått flera tydliga konsekvenser av missbruket som t.ex. ett dåligt utbyggt nätverk utanför

missbrukarkretsen. Andersson och Hilde (1993:4) beskriver detta som att missbruket givit, sociala, ekonomiska, psykiska och fysiska konsekvenser för individen.

5.5 Beskrivning av klientens sociala situation

I denna del kommer vi att redovisa intervjupersonerna beskrivningar av klienternas sociala situation. Detta i sin tur är förknippat med vilka behov de definierar.

Sysselsättning, boende och fritid är faktorer, som de flesta av intervjupersonerna betonar som de mest grundläggande och primära delarna av det psykosociala arbetet. Enligt Bernler & Johnsson (1988, 1999) är detta en del av vad de beskriver som faktorer som påverkar individens livssituation och livsvillkor, och är därför en del av det psykosociala arbetet.

Så här uttryckte sig en av de personer (IP 1) vi intervjuat och detta citat speglar i stort vad flertalet av vad de vi intervjuade ansåg.

Metadonet ersätter endast själva drogen, och har man inget annat, faller man tillbaka

Men vad är det då intervjupersonerna anser att metadonklienterna har behov av, så att de inte ska falla ur programmet?

5.5.1. Arbete/försörjning

Flera av intervjupersonerna nämner behovet av arbete eller sysselsättning. Intervjupersonerna menar att ett behov av någon slags sysselsättning är grundläggande för en persons välmående. Samtidigt finns diskussionen om de i metadonbehandling kan klara av ett s.k. lönearbete.

IP 5 anser:

Många har det så tråkigt att man söker upp gamla vänner igen och börjar leva som en missbrukare igen. Jag tror det är väldigt viktigt att man direkt får arbete och ansvar. Har man inte många psykiska problem ska man börja arbeta direkt... eller... utbildning direkt. /.../. Ett arbete är viktigt och metadonpatienterna klarar av det, även om de blir lite passiva.

Några av de intervjuade tycker dock att de är personer som ska ha förtidspension/sjukbidrag, då de inte är kapabla till lönearbete. IP 7 uttrycker det så här:

De som går på metadon, de är påtända hela tiden. Man brukar prata om känslomässigt kontaktbar, och det tycket inte jag att en person som går på metadon är. Det är svårt att få någon kontakt eller att få dem att känna in vad man pratar om. Jag brukar säga så här och vara lite elak: När du ger en människa metadon kan du lika gärna ge dem förtidspension.

IP 3 menar:

På 80-talet skulle alla missbrukare tillbaka till samhället och då ingick att ha ett arbete. Idag är det annorlunda. Det är få som kommer in i arbete. De flesta får pension och det har väl att göra med arbetslösheten. Arbetsgivarna ställer högre krav idag och det är svårt för missbrukare att leva upp till dessa.

IP 9 uttrycker följande

Dom flesta skulle nog klara av att jobba men det är ju svårt att få arbete idag. Det är väl därför dom flesta söker sjukbidrag. Det är synd för samtidigt så faller dom ifrån, jag menar för andra insatser, då de inte längre behöver vår hjälp för att klara försörjningen.

5.5.2 Bostad

Ett av de kriterier som Socialstyrelsen har satt upp för att en person ska få metadonbehandling är att personen har en egen bostad vid behandlingens början. Ett behov som alla intervjuade nämnde och också är den insats som genomfördes. Bostadssituationen idag i Malmö är något som ställer till vissa problem eftersom det råder bostadsbrist. Emellertid kan begreppet egen bostad betyda eller tolkas olika, och det har förekommit att personer har bott på hotell eller härbärge när de gått in i metadonbehandlingen.

Det har hänt att metadonkliniken har gjort undantag för någon av mina klienter som inte haft egen bostad. Visserligen har de haft någon typ av bostad såsom något hotell eller härbärge men de har svårare att klara behandlingen då de rör sig i en miljö som inte på något sätt bidrar till ett liv utan droger (IP 3).

5.5.3 Sociala kontakter

I intervjuerna har behovet av sociala kontakter, som är viktiga för t.ex. den sociala träningen tagits upp, ett exempel på detta är vad IP 9 säger:

Det handlar ju om oerhört ångestfyllda människor. Dom drar sig tillbaka och vill inte synas eller höras. Dom är så ensamma. Eftersom man levt bland missbrukare och i den världen i kanske 20 år behöver man också lära sig vad som är normalt beteende, jag menar normer som gäller t.ex. hur man får uppträda och hur det sociala livet fungerar i övrigt.

Men som vi tidigare skrivit är det endast en del som har någon form av arbete eller sysselsättning. I och med det så får de inte något socialt kontaktnät den vägen. Andra lösningar och beskrivningar av behov har därför tagits upp av intervjupersonerna som t.ex. kontaktpersoner eller kurser av olika slag. IP 8 beskriver det så här:

De klarar inte av att skaffa t.ex. sysselsättning själv därför måste man hjälpa dem med det. Kvällskurser t.ex. Man behöver befinna sig där normala människor är och ingen vet något om en. Man behöver höra vad man pratar om i fikarummet. En kontaktperson t.ex. är mycket viktig för den sociala träningen. Det känns lättare att göra något om man gör det tillsammans med någon t.ex. gå på bio eller nåt...

Dessa beskrivna insatser är emellertid inte av det vanligaste slaget. Vad vi fått fram genom våra intervjuer är det endast den person vi citerade som tagit upp kvällskurser som en möjlighet och som använder sig av kontaktperson till vuxna missbrukare. Vanligare är den beskrivning som IP 9 gör av behovet att reparera trasiga relationer:

Det är oerhört viktigt att de återupptar kontakten med sina föräldrar, barn eller andra relationer som de tidigare bränt genom sitt missbruk. Det är viktigt att erbjuda sig att hjälpa till med det.

5.5.4 Psykiska problem

Många intervjupersoner ser ett behov av att klienternas psykiska hälsa kräver någon slags bearbetning, där samtal på någon nivå, i någon form är av vikt.

Detta är en syn som flera av de vi intervjuat delar.

Missbrukaren behöver komma ur kroppen inte bara missbruket d.v.s. själen måste läkas. De tror att bara drogen är ur kroppen så ordnar sig allt men livet blir fruktansvärt smärtsamt och tråkigt, vilket inte många är beredda på och då behöver de samtal, råd och stöd i den aktuella situationen (IP 2).

När man är drogfri ser man på det gamla och behöver arbeta med känslorna som poppar upp. Man blir inte en missbrukare utan en anledning (IP 4).

Här framhålls missbrukarens uppväxt eller bakgrund som en del av det som denne behöver bearbeta för att kunna bli drogfri. Andra framhåller den problematik som har sitt ursprung under missbruket, som att skuld och ångest har uppkommit genom kriminalitet, prostitution eller omhändertagna barn.

IP 1 säger att

Många har ett psykiskt dåligt mående som inte försvinner med metadonbehandlingen t.ex. en prostituerad kvinna behöver hjälp att bearbeta ångesten. De behöver samtalsstöd för att klara av sina problem. Man kan nästan jämföra detta med vanliga livskriser t.ex. Jag är 50 år och har knarkat bort mitt liv!

Psykoterapi är en form av samtalsbehandling som det beskrivs att det finns behov av, medan andra av intervjupersonerna talar om samtal som mer berör här och nu. Det finns ett behov av någon slags bearbetning i form av t.ex. samtal på olika nivåer oavsett hur eller när problemen uppstått. IP 7 uttrycker det så här:

Visst behöver dom samtal, det säger dom ju också– att det är jätteviktigt för dom. Men det mer av här och nu. Jag kan ju inte sitta i den här stolen i det här läget och prata om barndom och sånt. Ska man jobba så, så måste klienten vara mer skyddad t.ex. på ett behandlingshem. Jag kan ju inte sitta här och riva upp en människa och sen... Hejdå, vi ses nästa vecka. Det går inte.

5.5.5 Analys

Dole och Nyswander skrev i sin rapport 1965, att de såg en markant förändring hos de personer som fick metadon. De blev mycket mer aktiva och ville börja förändra sin situation, de uttryckte en önskan att börja studera eller börja arbeta (Johnsson, 2002).

Hur ser det då ut i praktiken? Det visar sig att de flesta, av de som beskrivs av intervjupersonerna, har någon form av pension t.ex. sjukbidrag eller förtidspension. Detta är också den bild som ges i de utvärderingar vi läst. ”De flesta patienterna i metadonprogrammen är beroende av bidrag från samhället för sin försörjning. Denna försörjning kan bestå av antingen enbart socialbidrag, enbart förtidspension eller en kombination av bidrag (Socialstyrelsen, 2001). Trots att det ser ut så realiteten, anser de flesta av intervjupersonerna att det är viktigt med en sysselsättning för att må bra och för en möjlig rehabilitering tillbaka till ett liv utan droger. De flesta anser att klienterna är kapabla till att utföra något slags arbete. En förklaring enligt flera av intervjupersonerna, till att det ser ut som det gör är arbetslösheten och att det i och med den ställs högre krav på en person för att få ett arbete. Detta kan vara svårt att leva upp till för många framförallt för en person som levt länge i ett missbruk. Det råder delade meningar angående klienter med metadonbehandling är

kapabla till att arbeta eller inte. Det finns de intervjupersoner som menar att metadonet påverkar en person så kraftigt att denne bl.a. är för slö för att arbeta.

Bostad är ett av kriterierna för att komma in på metadonprogrammet och en av de insatser som genomförs.

Ett behov av ett fungerande socialt nätverk och kontakter beskrivs i forskning och utredningar som viktiga förutsättningar för en framgångsrik behandling och att detta utformas i samarbete mellan sjukvården och socialtjänsten (Åberg m.fl., 2001). Ett flertal av intervjupersonerna betonar även behovet av ett fungerande socialt nätverk och kontakter utanför missbrukskretsarna.

Den grupp missbrukare som har eller skulle kunna vara aktuella för en metadonbehandling är en grupp som kan passa in på beskrivningen som ges av flera forskare: Många har en havererad ekonomi som uppstått under missbrukarlivet. Att sluta missbruka innebär ofta att individen måste leva på existensminimum i många år, kanske resten av sitt liv. Missbruk handlar väldigt mycket om livsstil och är starkt kopplat till identiteten. Brytningen med narkotikakretsarna innebär ofta att individen överger en asocial gemenskap för en social ensamhet. Intervjupersonerna framställer också det behov som de ser uppstå när en individ slutar missbruka. Ett behov av nya sociala kontakter, dels för att råda bot på ensamheten men även för den sociala träningen. Här finns det dock en viss skillnad i beskrivningen av behovet och hur dessa behov tillgodoses, med hjälp av socialtjänstens insatser. Kontaktperson och kvällskurs är exempel på insatser som kan hjälpa i detta sammanhang, men endast få av de intervjuade omnämner dessa.

Enligt vissa forskare förändras människor utifrån hur de blir behandlade av andra därför kan negativa förväntningar hos andra minska ambitionen att bli fri från sitt missbruk. Skam och skuld känslor skapar mindrevärdes känslor vilket kan vara ett hinder för många att sluta sitt missbruk (Kristiansen, 1999; Andersson & Hilte, 1993). Den ultimata skammen, menar Johnsson (2002) är att ifrågasätta den egna existensen, att vara så otillräcklig och usel att man inte har något existensberättigande. Flera av intervjupersonerna talar om heroinmissbrukarnas psykiskt dåliga mående. Det råder en skillnad i förklaringar till när det dåliga måendet har uppstått. Någon anser att personer börjar missbruka bl.a. för att de har psykiska problem. Andra anser att mycket av den psykiska problematiken är negativa konsekvenser av livet som

missbrukare. Eller att det är en kombination av bägge. Vad flera dock är eniga om, är att när en missbrukare slutar med heroin, finns det ett behov av någon slags hjälp med bearbetningen av det psykiska måendet, t.ex. skammen, skulden mindrevärdeskanslorna .

5.6 Intervjupersonernas definition av psykosocialt arbete

I olika utvärderingar och utredningarna, som vi tidigare redovisat för, anser man att det är av största vikt att komplettera metadonbehandlingen med psykosocialt arbete för att få ett så lyckat resultat av behandlingen som möjligt. Psykosocialt arbete är lite luddigt uttryck i forskningen, det finns olika synsätt och olika metoder. Hur beskriver eller definierar intervjupersonerna psykosocialt arbete? När vi ställde frågan till intervjupersonerna var flera osäkra inför det svar de gav som t.ex. IP 6:

Man slänger sig ofta och mycket med ordet, men tänker sällan på vad det innebär.

De definitioner som uppgavs var i stora drag att man arbetar med hela människans situation.

För mig handlar det om när man jobbar med människans hela situation. Det kan innebära det psykiska måendet, boende och att missbrukaren får hjälp med att klara sin vardag. Att man arbetar mot ett självständigt liv (IP6).

De olika intervjupersonerna lade dock olika aspekter eller tyngdpunkt på vad de mer konkret menade med psykosocialt arbete.

Vad jag tycker så här direkt, det är att psykosocialt arbete är när man tar del av både det psykologiska och sociala. Men även när man tar del av arv och miljö. Det är så väldigt individuellt beroende på vem man träffar. Psykosocialt arbete med någon med psykiska problem, ligger fokus mycket på måendet, att kunna hantera ångestsituationer. Medan det med en ungdom som är utåtagerande, kanske handlar mer om att integrera dem in i samhället, vad det är för normer som gäller (IP8).

Psykosocialt arbete är att sy ihop det så att det fungerar runt omkring klienten, som bostad, fritid och sysselsättning, men även att fylla det tomrum som blir efter drogen (IP1).

Psykosocialt arbete är allt som man gör för att en människa ska bli oberoende d.v.s. fri från hjälp av socialtjänsten (IP 5).

Förändringsarbete är det begrepp som Bernler & Johnsson (1988, 1999) utgår ifrån i sin definition av det psykosociala arbetet. Vilket skulle kunna liknas med tidigare nämnda citat. Bernler & Johnsson menar vidare att målet med förändringsarbetet är att bidra till en positiv utveckling av den det arbetet avser, och att det handlar om personens livsvillkor och livssituation.

Psykosocialt arbete handlar om att vara där klienten är (IP2).

Intervjupersonerna 7 och 9 betonar klientens *mående* som en viktig del av det psykosociala arbetet

Det innebär att jobba med hela människan, mycket med måendet./.../ Det är viktigt i det psykosociala arbetet att alla runt omkring klienten samarbetar (IP7).

5.6.1 Analys

Åberg m.fl. (2001) menar att psykosocial behandling är ett mycket viktigt komplement till metadonbehandling. Bästa resultatet uppnås när dessa två strategier kombineras.

Den samlade bild av intervjupersonernas definition av det psykosociala arbetet som framkom var att man arbetar med hela människan och hela dennes situation. Detta konkret kan innebära att arbeta med individens mående och den sociala och psykologiska situationen. Tonvikt lades på att det är individens behov som styr hur det psykosociala arbetet ska se ut rent praktiskt.

Detta är av intresse att koppla till det Payne skriver om att det sociala arbetet konstrueras av klienten och socialarbetaren (Payne, 2002). Det betyder att även socialarbetaren som individ, inom den kontext som socialtjänsten utgör, styr arbetet. Vilket i sin tur styrs av samhällets förväntningar. Även de teorier som socialarbetaren väljer att utgå ifrån styr arbetet. Enligt Payne (2002) använder man sig av mer än en teori i det sociala arbetet. Det betyder att teorierna dessutom kan variera efter hur individens situation ser ut och vilka praktiska insatser som krävs. Det leder till att det psykosociala arbetet kan definieras och se annorlunda ut från en situation till en annan och då inte kanske inte bara p.g.a. klientens individuella problem.

Förändringsarbete är det begrepp som Bernler & Johnsson (1988, 1999) utgår ifrån i sin definition av det psykosociala arbetet. Vilket skulle kunna liknas med tidigare nämnda citat

där intervjupersonerna talar om det psykosociala arbetet som ett arbete som ska hjälpa klienten att förändra sin situation och där klienten ska bli oberoende av t.ex. socialtjänsten och fri att klara sig själv. Bernler & Johnsson anser att målet med förändringsarbetet är att bidra till en positiv utveckling av den det arbetet avser, och att det handlar om personens livsvillkor och livssituation.

5.7 Faktiska insatser

De faktiska insatserna som beskrivs av intervjupersonerna ser lite olika ut. Vilket delvis kan förklaras av att organisationerna ser olika ut och även rutinerna i de olika stadsdelarna. Vissa stadsdelar har en öppenvård knuten till sig och har som rutin att remittera alla missbrukare till öppenvården/socialrådgivningen. Klientens problem och behov utreds av en socialsekreterare som ger uppdrag till socialrådgivningen. Uppdraget kan innehålla t.ex. motivationsarbete före, under och efter en behandling. Men även hjälp till sysselsättning, boende eller samtal och stöd.

Det är ju klientens problem som avgör hur insatserna ska se ut. Det är individuellt vilka insatser som kan bli aktuella. Sysselsättning och boende är självklart. Det ingår i uppdraget vi ger till socialrådgivningen. Samtalskontakt ska också ingå men jag vet inte om det har någon verkan med samtal i samband med metadon. Kontaktperson är också en insats som vi kan bevilja. /.../ Vi remitterar klienten till socialrådgivningen efter vår utredning. När någon får metadon ska man inte luta sig tillbaka och tänka att nu är insatsen gjord utan se det som början på något nytt, det är nu arbetet börjar. Man måste satsa hela vägen (IP8).

Uppsökande verksamhet ingår ofta i socialrådgivarnas uppdrag, vilket IP 7 beskriver på följande sätt:

Jag går ofta hem till dom och fikar eller nåt, mest för att se hur dom har det. Det har också hänt att jag sparkat in toalettdörrar t.ex. i Rörsjöparken. Och det är klart, att visst försöker man leta rätt på någon om de är "försvunna" och inte varit här på ett tag. Man vet ju ungefär var dom håller till.

Dock måste beaktas att det finns en begränsning vad gäller socialrådgivningens resurser. Det måste göras prioriteringar, då det finns ett begränsat antal anställda som i sin tur har en gräns för hur många klienter de kan arbeta med. IP9 säger att:

Man kan hantera ca 20 ärenden men där går gränsen sedan måste man säga stopp för att kunna göra ett bra jobb.

Andra stadsdelar har socialrådgivning inom sin organisation, men har inte som rutin att remittera klienter dit. Socialsekreterarna hänvisar klienten dit men sedan ligger ansvaret på klienten att själv söka upp socialrådgivningen.

När en klient med metadonbehandling blir aktuell hos oss utreder vi vilka behov som kan finnas och gör en bedömning av vilka insatser som kan bli aktuella./.../ Vi kan sedan hänvisa till socialrådgivningen.(IP 2).

Vi har även intervjuat socialsekreterare som arbetar inom en organisation som inte har någon socialrådgivning direkt knuten till sig. Här finns det dock andra resurser att tillgå dels har socialsekreterarna inte en enbart utredande roll, utan har även samtal, i form av stödsamtal, som en möjlig arbetsuppgift. Men det är vanligt att klienterna blir hänvisade, för samtal, till de öppenvårdsmottagningar som finns i Malmö för missbrukare men de måste själv söka sig dit.

Ärenden med en heroinmissbrukare som fått metadon skiljer sig inte så mycket från andra stödärenden vi har. Man fungerar som ett stöd men ska inte göra jobbet åt dem. /.../ Ibland pustar man ut när någon fått metadon, det känns som det mest akuta är över och man kan få en andningspaus /.../ Ett ordnat drogfritt boende ordnar vi, det är det krav på. Och även en uppföljningskontakt, men det är upp till dem själva (IP1).

Ytterligare insatser som beskrivs är:

Man kan ha uppföljningssamtal men det finns inga krav på det, tror jag. Vi kan hänvisa till öppenvården, men det görs inte alltid. Klienten ska själv remittera sig men det görs inte så ofta heller./.../ Det finns krav på en vårdplan och i den ingår mest krav på vad klienten ska göra. Som att dom ska sköta sin lägenhet, söka arbete. Samtal kan ingå. Det är mest om vad klienten ska göra och inte så mycket vad vi ska göra./.../ Det är lätt hänt att de faller igenom helt om de har sjukbidrag då det inte finns någon automatisk kontakt med oss (IP5).

Ytterligare en faktisk insats som några av intervjupersonerna hänvisar till, och som socialtjänsten kan ge bistånd till, är en behandling på Sönnarslövsgården. Sönnarslövsgården är ett hem för vård och/eller boende. Det är ett HVB-hem med tio platser som inriktar sig på metadoninställda män och kvinnor. IP 4 beskriver:

Till Sönnarslövsgården söker man själv och det psykosociala arbetet utförs där. Missbrukarna får vara där den tid det tar att hitta rätta balansen på metadonet. Det innebär också en trygghet för dom, dom har ju tak över huvudet och ett

socialt nätverk där också. Ev. sidomissbruk sköts av antingen behandlingshemmet eller metadonkliniken.

IP 2 har erfarenhet av att missbrukarna inte är tillräckligt verklighetsanknutna, vilket hon uttrycker på följande sätt

Naturligtvis ska det vara klientens behov som styr insatserna men ofta är det så att klienterna uttrycker ett behov och vi som jobbar med dem ser ett helt annat behov. De har inte riktigt koll på sina behov. De vill gärna ha ett litet rött hus på landet och tror att allt blir bra då.

Andra t.ex. IP 4 understryker att:

”Man ska inte underskatta vanlig mänsklig kontakt och det vanliga samtalet”

En del av de intervjuade ser dock att djupare samtal är något som inte kan fungera i samband med metadonbehandling. Åsikten att metadonet trubbar av personer i sådan grad att de inte är tillgängliga för samtal på en djupare nivå framförs bl.a. av IP7. Alla de intervjuade ser att det finns ett stort behov av psykosociala insatser. Det finns en medvetenhet att med endast den medicinska delen av behandlingen så är riskerna större för att metadonbehandlingen avbryts. Ett exempel är det som IP 5 säger:

Om man inte får något psykosocialt stöd finns ju ångesten kvar och det leder ofta till ett sidomissbruk. Det kommer metadonkliniken på och de blir utskrivna ur programmet. Men man skriver ju inte ut någon som är sjuk .

5.7.1 Analys

Exempel på det psykosociala behandlingsarbetet enligt Lennéer-Axelson & Thylefors kan vara att man arbetar med motivationen, ett direkt arbete med klientens nätverk, kunskapsförmedling och att man använder olika aktiviteter och inte bara samtalet som redskap enligt Lennéer-Axelson & Thylefors (1999). Det är också de insatser som intervjupersonerna anser som viktiga och som de flesta vi intervjuat beskriver som befintliga insatserna. Insats som bostad är den alla nämner som den mest primära och också det behov som alla sörjer för att det blir tillgodosett.

Individens psykiska hälsa och personliga utveckling är starkt beroende av sociala faktorer som t.ex. ansvar, arbete, medinflytande och sambandet mellan arbete och individens

samhällsroll i övrigt. Vilka i stort överensstämmer med de insatser som har tagits upp som viktiga i den utvärdering som gjordes av Åberg m.fl. (2001). Detta är även insatser som metadonklienterna själva bedömer som viktigast för att kunna uppnå missbruksfrihet, stabilisering och rehabilitering. Men det finns bland klienter en efterfrågan på mer eller kraftfullare insatser (ibid.). Det finns även hos de intervjuade en medvetenhet om det samband som här nämns. Men som vi kommer att beskriva under rubriken, *Varför det psykosociala arbetet ser ut som det gör*, så finns det faktorer som påverkar det praktiska arbetet i en annan riktning, än den som intervjupersonerna och klienterna skulle önska.

Vilken typ av samtal som beskrivs som mest relevant för metadonklienter, är det samtal som kombineras med aktiviteter, eller som inte är av renodlad psykoterapeutisk karaktär. Det är snarare samtal som är motiverande och stödjande eller det ”vanliga samtalet” som flera av de intervjuade anser att denna grupp missbrukare kan tillgodogöra sig. Det är också denna typ av samtal som är det vanligast förekommande. Ingen av de vi har intervjuat har nämnt att de givit bistånd till eller remitterat till psykoterapeutiska samtal. I uppsatsen tidigare nämnda SBU-rapporten, kom forskarna fram till att de behandlingsmetoder, vilka Lennér-Axelsson & Thylefors definierar som en typ av psykosocialt behandlingsarbete (1999), gav det bästa resultat i samband med metadonbehandling var de så kallade omlärande metoderna. Med de omlärande metoderna menar man i denna rapport vanligen beteendeterapi eller beteendeinsatser mot själva missbruket, där behandlingen inriktar sig på att ändra själva missbruksbeteendet, som exempelvis de behandlingsformer som utgår från inlärningsteorier eller 12-stegsmodellen (SBU-rapport, 2001). Det är vad viss forskning kommit fram till och det är också den typ av samtal som intervjupersonerna anser att de erbjuder och ser som viktiga. Dock kan sägas att de flesta, med visst undantag, inte har nämnt några särskilda teorier som legat till grund för deras samtalsmetodik.

En hel del av intervjupersonerna beskriver hur de tillsammans med metadonmottagningen gör en behandlingsplan. Ett upprättande av en behandlingsplan är ett krav från metadonmottagningen i Malmö. Vad som är intressant är att se vad den innehåller. Det har beskrivits av några intervjupersoner att, den visar sig endast innehålla krav på individen för att få stanna kvar i behandlingen. Såsom att hålla sig drogfri, sköta sin bostad, söka arbete. Också enl. forskningen bör en vårdplan eller behandlingsplan där uppföljning ingår, upprättas. Den bör även ligga till grund för om behandlingsstrategin behöver ändras (Åberg m.fl., 2001).

En nyligen publicerad *Långtidsuppföljning om svensk metadonbehandling* (Socialstyrelsen 2001) styrker uttalandet om att den vanligaste orsaken till ofrivilligt avbrott är missbruk av andra droger än opiater, ett så kallat sidomissbruk. Åberg m.fl. (2001) menar att det tycks vara uppenbart att insatser för behandling av sidomissbruk är ett åsidosatt behov.

Beskrivningen av någon direkt behandling mot sidomissbruket har inte intervjupersonerna givit, utan många anser att ska ingå i behandlingen, som en del i samtalen. Men flera av intervjupersonerna tror att om det inte finns andra insatser kring klienten, än den medicinska behandlingen, är risken stor för ett sidomissbruk. Och ett sidomissbruk kan leda till utskrivning ur metadonbehandlingens program.

5.8 Varför det psykosociala arbetet ser ut som det gör

Det finns en viss skillnad i vad som görs och tanken om vad som borde göras. Vi fick under intervjuerna en del förklaringar till varför arbetet med heroinmissbrukare med metadonbehandling ser ut som det gör. Många betonar individens eget ansvar:

När dom fått metadon finns inga krav på vad man ska göra. Enda kravet är att dom ska knytas till någon handläggare inom socialtjänsten. Men man behöver ingen fortlöpande kontakt. Man borde förmedla kontakt med öppenvården men det görs inte utan de får själva ta initiativet att söka sig dit. Vi kan ju inte ha ansvar för vuxna, kompetenta människor (IP1).

Vi hänvisar till öppenvården men ofta tar de inte steget själva och då blir det inget av. T.ex. uppföljning kan falla helt ifrån om klienten har sjukbidrag, men naturligtvis är det önskvärt att man hade någon slags uppföljning. Men det finns inget krav på socialtjänsten (IP6).

*Ingen kontakt, ingen uppföljning, ingen uppsökande verksamhet, inget initiativ- allt detta sköter socialrådgivningen, **om** klienten söker sig dit (IP2)*

Bl.a. IP 5 anser att det finns brister i kreativiteten och kanske också en rädsla för att göra något som inte är brukligt och som konsekvens följer man gamla invanda sätt att hantera olika situationer.

Det finns mycket mer att göra, och det får man göra inom socialtjänsten. Att man inte gör det handlar inte bara om ekonomiska resurser. Man blir på något sätt hemmablind. Man behöver mycket mer kreativitet. Jag menar, man kan göra vad man vill men ingen gör det utan håller sig till skrivbordet (IP5).

Arbetsbelastningen är ytterligare en faktor som fler av de intervjuade menar är ett stort dilemma inom socialtjänsten. IP 8 uttrycker följande:

Det finns så oerhört många insatser inom socialtjänsten. Men arbetsbelastningen är hög så det finns sällan eller ingen tid att läsa och reflektera eller att ringa och fråga. Det är svårt att fixa rätt insatser, är det för mycket jobb blir det inte av. Man gör det som är brukligt. Arbetsbelastningen är hög och vi tvingas att ibland göra prioriteringar. Automatiskt bortprioriteras missbrukarna när man har att välja mellan barn som får illa och missbrukar (IP8).

Samarbetsvårigheter inom organisationen anges också som ett problem där alla har olika utgångspunkter och endast tittar på sin egen arbetsinsats.

Organisationen är fientlig till psykosocialt arbete, alla sitter med sin lilla del och pratar inte med varandra. Som behandlare måste man prata med byråkraterna på ekonomin, så fort en klient behöver något. Ekonomin tittar endast på sina normer (IP 7).

När det gäller att få igenom olika slags bistånd får man diskutera med ekonomihandläggarna. Den tiden har man inte för att strida för t.ex. en kurs. Man får ju välja sina strider. Socialtjänsten är inte alltid logisk eller funktionell. Vid många tillfällen har jag bedömt att missbrukare varit i uppenbara behov av psykoterapi. Detta är dock helt omöjligt att få igenom. Kan man hindra ett återfall genom psykoterapi borde det inte vara orimligt att få igenom (IP8).

5.8.1 Analys

En orsak ett flertal av intervjupersonerna ger till att socialtjänstens arbete med metadonklienterna ser ut som det gör, d.v.s. brister ibland är att det inte finns ett fungerande samarbete. Det avser både samarbetet mellan olika verksamheter och myndigheter, som samarbetet inom den egna organisationen. Diskussionen kring samarbetet mellan olika verksamheter har vi tagit upp mer ingående under rubriken *samarbete*. Förklaringar till varför det även talas om ett dåligt samarbete inom organisationen kan t.ex. ges med hjälp av det några av intervjupersonerna beskriver. Där de anser att organisationen inte är byggd för en helhetssyn, utan att alla sitter och arbetar med sin del. Det här går inte i linje med den tanke som beskrivs i litteraturen där det psykosociala arbetet handlar om just helhetssynen (Lindgren, 1999). Det finns forskare som just ifrågasätter om behandling har någon plats inom socialtjänsten (Levin, Sunesson & Swärd, 1999). De ifrågasätter om en socialbyrå är organiserad så att den främjar ett behandlingsarbete. De menar att en socialbyrå är en organisation för handläggning och utövande av judiciell tvångsmakt, men inte för ett socialt

behandlingsarbete. Vidare menar de att det sociala behandlingsarbete som delvis innehåller rehabilitering av missbrukare har en mycket undanskymd plats inom byråorganisationen (ibid.).

En annan orsak som intervjupersonerna uppgett till att det i praktiken inte alltid ser ut som de önskar är att gruppen missbrukare inte prioriteras. Vilket kan förklaras med att arbetsbelastningen är hög och leder till bortprioriteringar, valet står mellan barn som far illa eller missbrukaren, säger en intervjuperson. Detta kan också sättas i samband med den undanskymda plats som Levin, Sunesson & Swärd (1999) skriver att missbrukaren har.

Några av intervjupersonerna har även nämnt att de ser en tendens till användning av de gamla invanda arbetsmetoderna. Anledningen till detta förklaras delvis med att det inte finns den extra tid som det krävs för att göra nåt nytt, vilket bl.a. kräver sökande efter information och inläsning.

En annan förklaring till att vissa metadonklienter inte har några, eller har få insatser, från socialtjänsten är att de inte frågar efter insatser. En del intervjupersoner anser att ansvaret ligger hos klienten, att efterfråga de insatser denne önskar. Intressant här är att knyta an till den tankegång som Bernler & Johnsson (1988, 1999) har, grundat på bl. a. systemteorin. Där det behövs energier utifrån för att en förändring ska ske. De anser att de krävs aktiva insatser från socialarbetaren och att klienten inte kan lämnas att ta ansvaret själv om förändringsprocessen ska gå vidare. De pekar på att klienten behöver hjälp att föra förändringsprocessen vidare. Om klienten själv ska ta hela ansvaret så sker kanske inte förändringen.

Ytterligare förklaringar till att det ser ut som det gör är att det inte finns några krav på mer än bostad, behandlingsplan och att det finns en handläggare inom socialtjänsten knuten till metadonklienten. Det kan i förlängningen leda till att resterande insatser inte prioriteras. Det stämmer inte helt överens med de intentioner socialtjänstlagen har i arbetet med missbrukare. I lagkommentarerna står de att: socialnämnden har en skyldighet att motverka ett missbruk hos den enskilde även om denne inte har framställt ett önskemål om hjälp. Det står även vidare att socialtjänsten ska verka aktivt för att missbrukaren ska få behandling och skulle denna avbrytas ska socialtjänsten aktivt försöka att motivera till ett nytt behandlingsförsök (Norström & Thunved, 2002).

6. SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION

I följande avsnitt presenteras en sammanfattning av våra resultat angående intervjupersonernas beskrivning av klienten med metadonbehandling, dennes behov och de psykosociala insatser som erbjuds inom socialtjänsten. Samt deras förklaring till varför det ser ut som det gör.

Bilden av en heroinmissbrukare som får metadonbehandling är en bild av en person som har missbrukat i långt tid, som ofta har fått flera negativa konsekvenser av sitt missbruk och som utifrån detta har ett stort hjälpbehov vad det gäller rehabiliteringen. Rehabiliteringen för dessa personer inbegriper både medicin i form av metadon och ett psykosocialt arbete som leder till livskvalitet och stabilisering av denna persons livssituation (Åberg, M.fl. 2001).

Bilden som intervjupersonerna gett överensstämmer i stort med den bild forskningen ger av dessa personer. Intervjupersonerna betonar dock vikten av att vara medveten om att detta är individer som var och en har individuella problem och behov. Trots det kan en förhållandevis sammanfattande bild ges av hur intervjupersonerna beskriver dessa individer och deras problem och behov.

Beskrivningen som ges är: att det ofta är en person som bär på en själslig smärta, vilken kan ha orsakats av skilda anledningar och vid olika tillfällen i livet. I och med denna själsliga smärta framställs ett behov av någon slags professionell hjälp i form av antingen medicin eller samtal av olika karaktär och på olika nivå. Detta är ett behov som tillgodoses ibland men inte alltid. Anledningar till att insatserna kan se olika ut kan förklaras med bl. a. att stadsdelsförvaltningarna i Malmö ser olika ut rent organisationsmässigt vilket skapar olika underlag för arbetet med metadonklienterna. Andra förklaringar som getts av intervjupersonerna är att det är upp till klienten själv att uttala ett behov av samtal, men att det sällan görs. Ytterligare en förklaring som ges till att samtal som insats inte alltid förekommer är att intervjupersonerna framställer eller tror att det är metadonmottagningens ansvar. Förklaringen som getts till detta är att kommunikationen inte alltid är fungerande mellan sjukvården och socialtjänsten, och att det i och med det inte tydliggörs vem som ska göra vad.

I fråga om behovet av sysselsättning och bostad har alla de vi intervjuat betonat vikten av att någon form av sysselsättning och bostad, för att en person ska ha kvalitet i sitt liv. Att ordna

bostad är ett behov som alla stadsdelförvaltningar tillgodoser. Detta är ett krav från metadonmottagningen, för att en heroinmissbrukare överhuvudtaget ska kunna komma in i på metadonbehandlingen. Vilket kan vara en av förklaringarna till att detta behov tillgodoses, enligt vissa intervjupersoner. Vad som i detta fall är av intresse är hur egen bostad definieras. Intervjupersoner har beskrivit att vid något tillfälle har en plats på något härbärke varit den enda bostad de kunnat erbjuda.

När det handlar om sysselsättning, så kan även detta begrepp tolkas olika. Ges en beskrivning av allt från lönearbete till skyddat arbete av något slag eller aktiviteter som kurser. Här finns det en diskrepans mellan vilka behov som beskrivs och hur insatserna ser ut. Alla vi intervjuat har varit ense om att någon form av sysselsättning är väsentlig både för det psykiska måendet och för den sociala träningen. Många av heroinmissbrukarna i metadonbehandling har dock inget lönearbete, utan uppbär ekonomiskt bistånd eller har sjukbidrag. Vilket har beskrivits av både intervjupersonerna och av den forskning vi redovisat. En förklaring som getts till detta är att arbetslösheten idag är så hög att dessa personer inte har stora chanser till att få något arbete. En annan förklaring är att personer som är i metadonbehandling inte är intresserade av eller kapabla att arbeta, på grund av att metadonet gör dem avtrubbade. Ett av problemen med att ge metadonklienterna sjukbidrag är att de "faller ifrån" vad avser andra insatser som kunde ha varit aktuella.

Vidare ges en beskrivning av en person som har en identitet som missbrukare och som har ett litet eller inget nätverk utanför missbrukarkretsarna. Här beskriver intervjupersonerna behovet av att kunna få hjälp med att komma tillbaka i samhället och bygga upp ett nätverk. Vilket kan lösas med skilda typer av insatser. Exempel på detta är att få hjälp till att kunna utöva ett fritidsintresse eller gå en kurs. Eller att få en kontaktperson som kan fungera som en social kontakt och därmed en hjälp i rehabiliteringen mot ett "vanligt" liv. Nätverksmöte där man kallar ihop familj och vänner är också något som beskrivs som insats som kan hjälpa till att bygga upp eller återbygga sitt nätverk. I detta sammanhang nämns även samtal som en hjälp till att bearbeta t.ex. missbrukaridentiteten. Även här finns en diskrepans mellan vilka behov och insatser som anses viktiga och hur det ser ut i praktiken. Det är endast några få av de personer vi intervjuat som använder de befintliga insatserna för att tillgodose de skildrade behoven. Detta beror på, menar flera av de intervjuade, att klienterna inte frågar efter insatser och att man inte heller informerar om vilka insatser som kan vara aktuella för klienten. Med andra ord frågar inte klienten specifikt efter något så uteblir även de insatser som

intervjupersonerna själva angett som viktiga. Andra menar att det handlar om insatser som kräver ett bistånd från ekonomisektionen, vilket medför att det är svårt för att inte säga helt omöjligt att få dessa insatser beviljade. Detta förklaras med att man inom organisationen inte har en helhetssyn på klienten.

För att få en förståelse för varför organisationen inte ger utrymme för eller prioriterar det psykosociala arbetet med heroinmissbrukare med metadonbehandling kan stämplingsteorin eller Paynes beskrivning av sociala konstruktionen vara till hjälp. Dessa teorier kan även verka som förklaringsmodeller till varför t ex ekonomiskt bistånd inte ges till tidigare uppräknade insatser. Socialtjänstens arbete påverkas av den samhällliga kontexten, och är klienten en person som har en negativ stämpel i samhället, kan denna bild i sin tur påverka socialtjänstens arbete med denna klient. Är det dessutom en klient som förväntar sig att få negativa reaktioner av sin omgivning, där inberäknad personal inom socialtjänsten, så leder detta enligt stämplingsteorin, till att klienten agerar på ett negativt sätt för att få sin negativa självbild bekräftad. Detta resonemang kan även användas för att förklara varför klienten själv inte tar initiativ till insatser. Flera av intervjupersonerna pekar på brist på initiativ från metadonklienten som orsak till att vissa insatser inte utförs.

Anledningar såsom att man inom socialtjänsten lutar sig tillbaka och andas ut, eftersom när en metadonbehandling inletts är det mest akuta är över, uttrycks också. Andra orsaker till varför de befintliga insatserna inte används i någon större utsträckning är den tunga arbetsbelastningen inom socialtjänsten. Att få till en bra och rätt insats kräver lång tid. Den tiden som det tar, att reflektera över vad som skulle passa klienten och undersöka vilka insatser som finns att tillgå, finns inte

7. EGNA TANKAR

Bilden vi fått av metadonklienten är en bild av en individ med många problem både psykiska och sociala. De bär ofta på skam och skuld känslor som kan orsaka mindrevärdskänslor. Ändå så krävs det av dessa individer att de ska ta egna initiativ och ibland också ta reda på vilka bistånd de kan söka. Vi vet att arbetsbelastningen är stor inom socialtjänsten och har fått reda på att det oftast är kortsiktiga lösningar man använder. Enligt forskningen handlar det om individer som är i behov av individuell långsiktig planering, de massiva insatser som behövs

för att man ska kunna hjälpa dessa människor till ett meningsfullt liv kräver en helhetsbild av människan.

Som det är idag är det olika organisationer som ansvarar för olika delar av arbetet. Dessutom är det olika instanser inom samma organisation som har ansvar för sin lilla del.

Samarbetsproblem mellan de olika instanserna är vanliga. Är det rimligt att kräva av en person som har en så komplex problematik, att denne på eget initiativ ska kontakta alla dessa olika myndigheter det handlar om? Hur blir det med den helhetssyn som är så viktig? Är det inte felaktigt att begära att socialtjänsten med den arbetsbelastning de har ska tillgodose alla dessa behov och problem?

En bra utgångspunkt vore, en enda instans, som hade kompetens att hjälpa dessa individer på alla områden. Ett förfaringssätt som säkert skulle vara kostsamt på kort sikt, men som skulle vinna på lång sikt t.ex. genom ett lägre antal återfall, som åter börjar kosta pengar i form av andra behandlingar, sjukvård osv. Med bättre samordnad vård skulle fler säkert också kunna komma in i arbetslivet och därigenom kunna försörja sig själv. Detta skulle kunna innebära en möjlighet att arbeta mer långsiktigt med det psykosociala arbetet och då med en helhetssyn på individen.

Vägen ut ur ett missbruk är inte lätt. Är det inte meningen att vi ska göra vårt bästa för att hjälpa dessa individer till ett åtminstone meningsfullare liv. Är det inte att skapa förutsättningar till ett bättre liv och ge möjligheter till en förändring som är grunden i det sociala arbetet, oavsett vem det avser?

KÄLLFÖRTECKNING

Akademiska sjukhusets hemsida, <http://www.uas.se>

Andersson, Berit (1991) *Att förstå drogmissbruk. Praktiken, situationen, processen*. Lund: Arkiv förlag

Andersson, Berit och Mats Hilde (1993). *Förändringens väg – Självförståelse och strategier i frigörelsen från drogmissbruk*. Sociologiska institutionen, Lunds universitet. Research Reports, 1993:4.

Bell, Judith (2000) *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bernler, Gunnar & Lisbeth Johnsson (1988) *Teori för psykosocialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bernler, Gunnar, Cajvert, L., Johnsson, L., Lindgren, H. (1999) *Psykosocialt arbete. Idéer och metoder*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bessfelt, M., Blennow, G., Grönbladh, L & Liljeberg, P. (1997) Riktlinjer för svensk metadonbehandling. Stockholm: Metadonenheterna i Lund, Malmö, Stockholm och Uppsala

Borg och Grönbladh, L (1995) ”Metadonunderhållsbehandling vid opiatmissbruk” i Berglund, M. & Rydberg., U red, : *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur

ECNN (2002) Europeiska Centrumet för Kontroll av Narkotika och Narkotikamissbruks årsrapport hemsida, <http://www.emcdda.org>

Egidius, Henry. red. (1978) *Psykosocialt arbetssätt*, Lund: Bokförlaget Natur och Kultur.

FASS hemsida, <http://www.fass.se>

Goldberg, Ted (2000) *Narkotika avmystifierad. Ett psykosocialt perspektiv*. Solna: Academic Publishing of Sweden.

Heilig, M., Grönbladh, L., Domeij, Å., Kantor, E., Gunne, L., & Ericsson, n. (2002) *Kunskapsöversikt om läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende* På uppdrag av Socialstyrelsen

Information om Metadonunderhållsbehandling (1997) Metadonmottagningen
Universitetssjukhuset, MAS, Malmö

Johansson, Katarina & Peter Wirbing (1999) *Riskbruk och missbruk. Alkohol- Läkemedel- Narkotika. Uppmärksamma, motivera och behandlar inom primärvård, socialtjänst och psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Johnsson, Björn (2002) ”Fakta om metadon och metadonbehandling”. i *Oberoende*, nr3

Kristiansen, Arne (1999). *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare*. Vaxholm: Bjurner och Bruno.

Lennér-Axelsson, Barbro & Ingela Thylefors (1999) *Psykosocialt behandlingsarbete*. Borås: Natur och Kultur.

Levin, Claes, Sune Sunesson & Hans Swärd (1998) ”Behandling” i Denvall, Verner & Jacobsson, Tord red. *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Levin, Claes (2000) ”Psykologi och socialt arbete” i Meeuwisse, A., Sunesson, S., Swärd, H. *Socialt arbete. En grundbok*. Falköping: Natur och Kultur.

Lindgren, Hans (1999) ”Den samordnande rollen” i Bernler, G., red., Cajvert, L., Johnsson, L., Lindgren, H., *Psykosocialt arbete, idéer och metoder*. Stockholm: Natur och Kultur.

Lundström, Tommy & Sune Sunesson (2000) ”Socialt arbete utförs i organisationer” i Meeuwisse, A., Sunesson, S., Swärd, H. *Socialt arbete. En grundbok*. Falköping: Natur och Kultur.

Norström, Carl & Anders Thunved (2002) *Nya sociallagarna, med kommentarer, lagar och författningar som de lyder den 1 januari 2002*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Payne, Malcolm (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur

Psykologilexikon (2002) utarbetat av Egidius, Henry, Stockholm : Natur och Kultur

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

Repstad, Pål (1999) *Närhet och distans: Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

SBU-Statens beredning för medicinsk utvärdering (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapsmanställning Volym 1*.

Socialstyrelsen (1997) *Metadonbehandling i Sverige- Beskrivning och utvärdering*. SoS-rapport 1997:22 Stockholm: Graphic Systems.

Socialstyrelsen (2001) *Långtidsuppföljning av patienter i metadonbehandling*, Stockholm: Socialstyrelsen.

Svensson, Bengt (1991) "Narkotika, lösningsmedel och beroendeskapande läkemedel" i Elmér, Å., red. Kristensen, H., Sandström, L., Svensson, B., Ågren, G. *Missbruk- En handbok för social utbildning*, Uddevalla: Sober förlag.

Svensson, Bengt (1996). *Pundare, Jonkare och andra – med narkotikan som följeslagare*. Stockholm: Carlsson.

Svensson, Bengt (1998) "Missbruk" i Denvall, V & Jacobsson, T., red,: *Vardagsbegrepp i socialt. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

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

Åberg, K., Grönberg, A., Persson, C. & Gerdner, A (2001) "Psykosociala behandlingsinslag i svenska metadonprogram- Värdering ur patientperspektiv" *Nordisk alkohol- & narkotika tidskrift*. Vol.18 (5-6)

Bilaga 1

Information rörande intervjun

Vi är två elever som studerar på Socialhögskolan i Lund och skriver nu vår C-uppsats.

Vi läser på vår 6: e termin: *socialt arbetet med missbrukare*. Under denna termin gjorde vi bl.a. ett studiebesök på Metadonmottagningen i Malmö, och där uppstod en del funderingar. En tanke som väcktes hos oss var att se hur socialtjänstens arbete ser ut med heroinister som får metadon.

Vi vill komplettera den teoretiska delen med intervjuer av personer som arbetar inom socialtjänsten och som har eller har haft någon slags kontakt med heroinister som får eller har fått metadon. Syftet med intervjuerna är att vi ska få en bild av och en förståelse för ert praktiska arbete med de tidigare nämnda klienterna. Vi kommer att utföra en intervju på 1-1½ timme som vi kommer att spela in på band, vilket ni som intervjuperson kan välja bort om ni önskar. Vi kommer att behandla det material vi får in helt konfidentiellt och när uppsatsen är färdig kommer vi att radera banden. Vi erbjuder även er som intervjuperson anonymitet. Om vi tänker använda direkta citat eller något som kan vara av känslig karaktär kommer vi att skicka en utskrift till er, för ett godkännande. När uppsatsen är färdigställd kommer vi att skicka ett exemplar till den som önskar.

Vi är mycket tacksamma för er medverkan, vilken vi verkligen uppskattar då vi vet hur belastade ni kan vara i ert arbete.

Med vänlig hälsning

Ing-Britt Dunker-Svensson och Lotta Jönsson

Ing-Britt Dunker-Svensson

ib.dunker@swipnnet.se

Tfn hem 040-16 21 87

Mobil 0736-28 22 71

Lotta Jönsson

lotta1817@hotmail.com

Tfn hem 040-18 17 00

Mobil 0739-12 06 03

Bilaga 2

Intervjufrågor

- Hur definierar du *psykosocialt arbete*?
- *Vem är* en heroinmissbrukare med metadonbehandling för dig?
- Beskriv de *problem och behov* som du uppfattar att en heroinmissbrukare med metadonbehandling har?
- Beskriv de *insatser* ni använder.
- Vilken *attityd* har du till medicinsk behandling?
- Hur ser *samarbetet* ut med metadonmottagningen?
- Vem har *ansvar* för det psykosociala arbetet med en heroinmissbrukare med metadonbehandling?

Följdfrågor

- Hur kan en eventuell behandlingsplan se ut?
- Hur hanterar ni ett sidomissbruk hos en klient i metadonbehandling?
- Har ni och i så fall hur kan arbetet se ut kring återfalls prevention?
- När bedömer ni att en klient har stabiliserat sig?
- När kan de psykosociala insatserna minska?
- Vad kan påverka valet av insats?
- Hur viktigt anser ni att det är med psykosociala insatser i samband med metadonbehandling?