

Lunds universitet
Socialhögskolan
SOA 205A, Magisterkurs i socialt arbete 61-80p
Vårterminen 1999

PROJEKT PROVE

SCHWEIZ OCH DESS HEROINFÖRSKRIVNINGENS PROJEKT

Författare: Camilla Turegård
Handledare: Mats Hilde

Abstract

The purpose of this paper was to explain the project PROVE and the treatment given as well as to examine and clarify the manner in which the staff discuss and motivate their treatment methods within the various projects. The purpose was also to examine whether the staff's use of language is similar to that of government drug-addiction policy objectives and the discourse on addiction in society

The questions asked, based on the purpose of the paper, focused on the treatment being provided within the projects and on how the various occupational groups such as social workers, nurses and doctors/psychiatrists view the treatment objectives. How does one motivate the treatment methods and is it possible to relate them to the current government drug-addiction policy and the discourse on addiction in society.

A qualitative method was used and unstructured thematic questions were put to the staff in the projects.

The results of the study showed that the treatment given by the occupational groups social workers, nurses and doctors/psychiatrists is traditional in these occupational group and is based on the occupational skills within the social and medical fields. Furthermore the staff appear to motivate their treatment method on the basis of their professional knowledge as well as an understanding of the causes and complexities of heroin addiction. It would also appear that a common discourse is being developed in each project respectively. The projects overall objectives are motivated by this discourse, which is based on a common view on and an understanding of the causes of heroin addiction. The discourse being developed within each project comprises of a view of heroin addiction and treatment that is related to the existing government drug-addiction policy and the current discourse on addiction in society.

Sammanfattning

Syftet med den här uppsatsen var att ge en bild av projekt PROVE och den behandling som ges samt att undersöka och klargöra hur personalen talar om och motiverar sitt behandlingsarbete inom respektive projekt. Syftet var även att undersöka om personalens sätt att tala kunde kopplas till de narkotikapolitiska målen och missbruksdiskursen i samhället.

Frågeställningarna kopplade till syftet fokuserades kring den behandling som ges inom projekten och hur yrkesgrupperna socialarbetare, sjuksköterskor och läkare/psykiatriker ser på dessa mål. Hur motiverar man behandlingsarbetet och kan det kopplas till den gällande narkotikapolitiken och missbruksdiskursen i samhället?

En kvalitativ metod användes och ostrukturerade frågor utifrån teman ställdes till personalen på projekten.

Resultaten av undersökningen visade att den behandling som ges av yrkesgrupperna socialarbetare, sjuksköterskor och läkare/psykiatriker är yrkestraditionell och bygger på yrkeskunskaper inom det sociala och det medicinska yrkesfältet. Personalen förefaller vidare motivera det egna behandlingsarbetet utifrån yrkeskunskaper samt utifrån en förståelse för heroinmissbrukets orsaker och problematik. Det förefaller även vara så att en gemensam samtalsordning (diskurs) verkar utvecklas inom respektive projekt. De övergripande målen för verksamheten motiveras utifrån denna diskurs som innefattar en gemensam syn och en förståelse för heroinmissbrukets orsaker. Den diskurs som utvecklas inom respektive projekt innefattar en syn på heroin missbruk och behandling som kan kopplas till den gällande narkotikapolitiken samt missbruksdiskursen i samhället.

Innehållsförteckning

1.Inledning	5
1.1 Bakgrund	7
1.2 Problemformulering	8
1.3 Syfte och frågeställningar	10
1.4 Metod och urval	10
1.4.1 Källkritik	11
1.4.2 Urvalsdiskussion	12
1.4.3 Metoddiskussion	13
1.4.4 Analysarbetet	13
2.Centrala begrepp	14
2.1 Behandlingsbegreppet	14
2.2 Skadereducering som begrepp	15
3.Tidigare forskning	17
3.1 Forskningsprojekt PROVE	17
3.2 De nya frågeställningarna	21
3.3 WHO-expertgruppens kommentar	22
3.4 Sammanfattande kommentar	23
4.De narkotikapolitiska målen och missbruksdiskursen i samhället	24
4.1 Prevention	24
4.2 Repression	24
4.3 Behandling	25
4.4 Skadereducering	26
4.5 Missbruksdiskursen i samhället	27
4.6 Sammanfattande kommentar	28
5. Presentation av undersökningen	29
5.1 Tre projekt	30
5.2 Behandlingens innehåll	31
5.3 Analysen av behandlingsbegreppet och dess innebörd	38
5.4 Resultatsammanfattning	41
5.5 Olika diskurser	41
5.6 Den medicinsk/psykiatriska diskursen	42
5.7 Sammanfattande kommentar	45
5.8 Den social/psykologiska diskursen	46
5.9 Sammanfattande kommentar	51
5.10 Analysen av diskurserna	51
5.11 Resultat sammanfattning	53
6.Sluttidiskussion	54
7.Källförteckning	57
Bilaga 1	60

1. Inledning

Vad uppfattas som sociala problem i olika kulturer och länder? Hur ser man på dessa problem och vad gör samhället för att lösa eller minska de sociala problemen? Det sociala problem som jag tar upp i denna uppsats är drogmissbruket¹ i Schweiz. Enligt aktuella uppskattningar är av Schweiz sju miljoner invånare runt 30.000 beroende av i huvudsak heroin och/eller kokain. Man räknar dessutom med att ca. 500.000 - 600.000 människor mer eller mindre regelbundet tar cannabis. Det intravenösa missbruket bland heroin och kokainmissbrukare är utbrett. (BAG, März 1999, s.5)

Narkotikaproblematiken har under 1990-talet varit ett centralt politiskt tema i Schweiz.

Narkotikamissbrukare och den offentliga miljö som narkotikamissbrukarna befinner sig i, det höga konstanta talet av heroin och kokain missbrukare samt AIDS och spridningen av HIV-infektioner bland narkotikamissbrukare har föranlett många diskussioner mellan de politiska partierna.

Diskussioner som även lett till politiska interventioner i försök att minska de narkotikarelaterade problemen. (Fahrenkrug, H., 1997, s.194-197) Två viktiga folkomröstningar med avgörande betydelse för narkotikapolitikens inriktning och mål har ägt rum under mitten och senare delen av 1990-talet. Genom dessa folkomröstningar har den schweiziska befolkningen direkt kunnat påverka den narkotikapolitiska debatten. Media har under denna tid bidragit med en mängd artiklar kring teman som berör narkotikaproblematiken. De öppna narkotikascenerna samt behandlingsmetoder för narkotikamissbrukare har varit centrala teman i massmedia. Även privata aktörer och organisationer har deltagit i massmedias debatt. (ibid. s.198-200)

Sammantaget kan sägas att narkotikamissbruket i Schweiz under 1990-talet i hög grad uppfattats som ett samhällsproblem. Politiska interventioner, folkomröstningar och debatter i massmedia ger en bild av vad man kan kalla missbruksdiskursen i det schweiziska samhället, dvs den samtalsordning om narkotikamissbruk som gäller under denna tid.

Svensson (1998) skriver följande om missbruksdiskursen som begrepp.

¹ I Schweiz pratar man om droger, drogmissbrukare, drogproblem, drogscener, samt drogpolitik. Man skiljer de legala droger som tex tobak och alkohol ifrån illegala droger som heroin, kokain, anfetamin, LSD, cannabis osv. Med illegala droger avses de som i lagstiftningen anges som förbjudna substanser. Man använder sig således inte av begreppet narkotika som man gör i Sverige. Då jag skriver för svenska läsare kommer jag att använda mig av det svenska ordet narkotika för att undvika ev. missförstånd. Om inget annat anges är betydelsen av narkotika de illegala droger som i schweizisk lagstiftning upptas som illegala substanser.

“Diskursen innefattar en syn på problemet i stort, i vilken utsträckning det är ett samhällsproblem, lämpliga metoder för att avhjälpa problemet, hur stora resurser som samhället skall avsätta, vilken inriktning som samhällsåtgärderna skall ha etc.”(Svensson, B., 1998, s.89 “Missbrukare“ i Denvall, V., Jacobson, T., red.: *Vardagsbegrep i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik.*)

Som tidigare nämnts har samhällsdebatten via media och den narkotikapolitiska debatten under 1990-talet till stor del handlat om det höga antalet heroin och kokain missbrukare (ca 30.000), de öppna narkotikaplatserna för handel och konsumtion som dessa missbrukare uppehåller sig vid samt spridningen av infektionssjukdomar som HIV (även hepatit) bland dessa narkotikamissbrukare. Narkotikamissbruket som socialt problem har i Schweiz till stor del kommit att fokuseras på dessa intravenösa heroin och kokainmissbrukarna. Hur kommer det sig? En av förklaringarna är att denna grupp narkotikamissbrukare ofta belastar samhället med kriminella aktiviteter och en utbredd prostitution. Med en blick på den allmänna folkhälsan och riskerna för smittspridning av HIV och hepatit samt överdos riskerna vid injiceringen av de narkotiska preparaten ges ytterligare en förklaring. Därtill kommer att många av dessa tunga narkotikamissbrukare slutar eventuella behandlingsprogram lika snabbt som de påbörjar dem. (BAG, März 1999, s.8)

Hur gör man då för att lösa eller minska narkotikamissbruket och de narkotikorelaterade problemen? Vilka resurser avsätter samhället och vilken inriktning har samhällsåtgärderna? Schweiz bedriver en narkotikapolitik som skiljer sig från den svenska. De narkotikapolitiska målen är andra och har öppnat upp för alternativa behandlingsmetoder för narkotikamissbrukare. En av dessa behandlingsmetoder som under 1990-talet har väckt uppmärksamhet inom och utanför de schweiziska gränserna är projekt PROVE (*PROjekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln*). PROVE är ett vetenskapligt forskningsprojekt som vänder sig till heroinmissbrukare som till följd av sitt missbruk erhållit fysiska och/eller psykiska besvär samt sociala problem. Målgruppen är de heroinmissbrukare som tidigare ej kunnat nås av andra behandlingsalternativ. Behandlingen bedrivs ambulantly och läkare ansvarar för förskrivningen av heroin, morfin eller metadon.

Jag avser att i denna uppsats ge en bild av projekt PROVE och den behandling som ges inom projektet. Ett projekt som är tänkt att minska missbruksproblemen för gruppen tunga heroinmissbrukare i Schweiz. Då det i regel även finns en koppling mellan missbruksarbetet och den sk.missbruksdiskursen i samhället (Svensson, B., 1998, s.89) anser jag det även vara av intresse att

försöka koppla det behandlingsarbete som bedrivs inom projekten till de narkotikapolitiska målen samt den rådande missbruksdiskursen i det schweiziska samhället.

1.1 Bakgrund

Vid slutet av 1980-talet och början av 1990 stod det klart för många yrkesverksamma som arbetade med narkotikamissbrukare att vissa tunga heroinmissbrukare inte kunde nås med de aktuella behandlingsutbudet. Gemensamt för dessa missbrukare var många års heroinmissbruk och en medelålder på runt 30 år. De flesta hade redan misslyckade försök med både stationär och ambulans behandling bakom sig. Gruppen sågs som socialt marginaliserade då många förde ett kriminellt liv med en utbredd prostitution, saknade bostad, arbete och ett socialt kontaktnät utanför de öppna narkotikascenerna. Spridningen av infektionssjukdomar som HIV och hepatit bland missbrukarna samt riskerna för överdoseringar komplicerade ytterligare förhållandena för dessa missbrukare. (BAG, März, 1999, s.8) Denna grupp heroinmissbrukare kom i hög utsträckning att uppfattas som ett socialt problem. I media publicerades en mängd artiklar kring teman om behandling (abstinens inriktad eller ej) samt om de öppna narkotikascenerna och dess medföljande problematik. (Fahrenkrug, H., 1997, s.199-200)

Narkotikascenerna, de höga antalet narkotikamissbrukare samt spridningen av HIV har lett till så många problem att politiska interventioner har blivit nödvändiga. Den schweiziska regeringen (*Bundesrat*) beslutade sig i början av 1990-talet för att stärka sitt engagemang inom det narkotikapolitiska området. 1991 lades ett förslag med följande målsättning:

- Minska antalet nya konsument/beroende²
- Skydda samhället från skadliga följder av narkotikaproblemen samt kämpa mot den organiserade brottsligheten.
- Öka antalet som klarar att komma ur sitt missbruk
- Minska de hälso-sanitära skadorna och den sociala avgränsningen av konsument/missbrukare

² I tyskan finns två ord för att beskriva narkotikamissbruk. Drogenabhängig och Drogensüchtig. Abhängig betyder beroende och süchtig avser ett sjukligt begär efter någonting. De som ännu inte utvecklat ett beroende kallas för konsument. Jag kommer att använda mig av ordet narkotikamissbrukare och jämnställer det med de båda tyska orden Drogenabhängig och Drogensüchtig.

För att förverkliga dessa mål bedriver regeringen sedan 1992 en narkotikapolitik som består av fyra strategiska element. Politiken har kommit att kallas för de fyra pelarnas politik (*Vier Säulen-Politik*).

De fyra pelarna som narkotikapolitiken bygger på är:

- Prevention
- Repression
- Behandling
- Skadereducering (BAG, März 1999, s.5)

Vidare ska vetenskaplig forskning inom narkotikaområdet samt utvärderingar av åtgärder och strategier för att minska narkotikaproblemen understödjas. Vikten av ett nära samarbete mellan organisationer och myndigheter och en gemensam strategi kring missbruksarbetet påtalas också. (ibid. s.7)

Denna narkotikapolitik anses vara väl förankrad hos det schweiziska folket som under 1990-talet vid två olika tillfällen har kunnat folkomrösta gällande andra narkotikapolitiska alternativ. Alternativ som stod för en restriktiv politik med en klar målinriktning mot drogfrihet (kan möjligen jämföras med den svenska politiken) samt ett annat alternativ som innebar en narkotikalegalisering. Båda förslagen röstades ned av en majoritet av folket vilket tolkades som ett stöd för de fyra pelarnas politik. En politik som även beskrivits som den tredje vägens politik mellan extremerna ett narkotikafritt samhälle och narkotikalegalisering. (Fahrenkrug, H., 1997, s.194-195)

1.2 Problemformulering

Utifrån de ovan nämnda narkotikapolitiska målen beslutade regeringen 1992 om ett tre årigt vetenskapligt forskningsprojekt med utskrivning via läkare av intravenöst heroin, morfin samt metadon. Projekt PROVE (*PROjekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln*) som projektet heter påbörjades 1994 och pågår fortfarande. Projektet är en del av regeringens fyra pelares politik i syfte att minska narkotikaproblemen och beskrivs som en heroin understödd behandling som tillhör behandlingspelaren. Projektet är bla tänkt att utifrån ett vetenskaplig grund komma fram till nya behandlingmetoder för missbrukare och göra en vetenskaplig utvärdering av resultaten. (<http://www.admin.ch/bag/sucht/therp-hr/d/hegebed.htm>) Målen och syftet med forskningsprojektet PROVE är att pröva om förskrivning av heroin, morfin och metadon kan nå den tänkta målgruppen

tunga heroinmissbrukare och om behandlingen på lång sikt kan leda till att missbrukarna kommer i från sitt missbruk. Forskningen fokuseras på följande punkter:

- de förskrivna substansernas verkan på målgruppen
- vilka följder ger behandlingen för de behandlades hälsotillstånd
- vilken verkan har behandlingen för den sociala integrationen (avseende arbetskapacitet, distansiering från narkotikascenerna, kriminalitet samt medvetande och ett ansvarstagande för HIV-riskerna vid missbruk)
- möjligheterna att nå drogfrihet dvs komma ur sitt missbruk
- möjligheterna att med behandlingen nå de missbrukare som tidigare försökt komma ifrån sitt missbruk genom andra behandlingsalternativ
- jämföra behandlingsresultaten med andra behandlingar (Uchtenhagen, A., 1997, Synthesebericht PROVE, s.11)

Projekt Prove är ett statligt initiativ. Antalet projekt har sedan starten 1994 ökat från sju till sjutton självständiga projekt. Samtliga projekt har löpande utvärderats av Institut für Suchforschung i samarbete med Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Bundesamt für Gesundheit (motsvarar Folkhälsoinstitutet i Sverige) har angett ramdirektiv för projekten men utöver dem är det upp till varje Kanton (motsvarar län i Sverige) och projekt att söka tillstånd, bygga upp och utforma en fungerande verksamhet. Ett av de ramdirektiv som givits är att projekten vid sidan av själva förskrivningen av heroin måste kunna garantera en psykosocial omvårdnad. Man ger dock ingen bestämd angivelse angående personalen eller behandlingens utformning. (ibid. s.1) De yrkesgrupper som finns representerade på samtliga projekt är emellertid socialarbetare, sjuksköterskor och läkare. Personalens betydelse för behandlingens utformning inom de många projekten problematiseras dock inte och vid genomläsning av de utkommna forskningsrapporterna ges ett intryck av att behandlingen ser likadan ut och bygger på samma tankar om missbruk och behandling på samtliga projekt.

Vad går då behandlingen med tunga heroinmissbrukare egentligen ut på och vilken betydelse har de olika yrkesgrupperna i det sammanhanget? Hur har behandlingen utformats inom de många projekten och vad anser personalen om den behandling som bedrivs inom det egna projektet? Jag har valt att belysa personalens perspektiv på det projekt som de arbetar inom. Perspektivvalet har jag gjort utifrån det faktum att de hittills utkommna forskningsrapporterna inte problematiserar själva

behandlingsplanering och genomförande eller personalens eventuella betydelse för behandlingsresultaten. Vad innebär det att ramdirektiven från regeringen är relativt öppna i sin formulering kring personalen och behandlingsutformning? Kan det ha resulterat till att de sjutton självständiga projekten har satt en egen profil på sina respektive projekt? Det har tidigare nämnts att yrkesgrupperna socialarbetare, sjuksköterskor och läkare finns representerade inom samtliga projekt. Yrkesgrupper som när det gäller vård och behandling av missbrukare kan ha olika synsätt och tankar kring heroinmissbruk. Tankar och synsätt som kan bidra till att påverka och styra behandlingsarbetet inom respektive projekt.

1.3 Syfte och frågeställningar.

Syftet med uppsatsen är att ge en bild av projekt PROVE och den behandling som ges samt undersöka och klargöra hur personalen talar om och motiverar sitt behandlingsarbete inom respektive projekt. Syftet är även att undersöka om personalens sätt att tala kan kopplas till de narkotikapolitiska målen och missbruksdiskursen i samhället.

Frågeställningar:

- Vilka tankar och mål finns bakom de narkotikapolitiska pelarna och vad innefattar missbruksdiskursen i samhället?
- Hur ser behandlingen inom respektive projekt ut.
- Vilka huvudmål och delmål innehåller behandlingen inom projektet?
- Hur ser yrkesgrupperna socialarbetare, sjuksköterskor och läkare på dessa mål och den behandling som ges?
- Finns det några dominerande tankar och synsätt kring heroinmissbruk och behandlingsarbete som har påverkat utformningen av behandlingen och dess mål? Vilka i så fall?

1.4 Metod och urval.

För att bredda kunskaperna och ge en bild av de schweiziska heroin förskrivningsprojekten (projekt PROVE) har jag valt en kvalitativ inriktning. Syftet och frågeställningarna har vuxit fram allt eftersom min egen kunskap inom området har ökat. Den första kvalitativt genomförda intervjun november 1998 hade just syftet att vara en första kontakt med projekten. Kunskaper och information från denna intervju har sedan legat till grund för den fortsatta planeringen av undersökningen. Den kvinna som då intervjuades arbetar i det forskarteam som ansvarar för den löpande utvärderingen av projekt PROVE. De datakällor som jag använt mig av är dokument som böcker, artiklar, forskningsrapporter och offentligt tryck. Undersökningen ger personalens perspektiv på projekten och bygger framför allt på intervjuer med dem.

1.4.1 Källkritik

Risken för felkällor finns alltid och det är viktigt att kritiskt granska och ställa frågor kring de använda källornas trovärdighet. I vilket syfte har artikeln, forskningsrapporten och det offentliga trycket publicerat? Vilket perspektiv har författaren använt sig av och kan händelsen eller problemområdet skildras ur andra perspektiv. Thurén (1986, s.63) skriver att då valet av perspektiv liksom valet av ämnesområde kan bero på författarens värderingar kan det vara betydelsefullt att söka olika datakällor som beskriver samma händelse eller problemområde för att därigenom skaffa sig en fylligare bild. För att ge en allmän bild av projekten har jag sökt och använt mig av regeringstryck, forskningsrapporter och projektens eget material. Risken för skevhet finns då det kan tänkas att samtliga velat skildra projekten i ett så positivt sken som möjligt dvs om *“/.../den som sprider informationen själv är part i målet, finns det anledning misstänka att han låter sina intressen gå före sanningen“*. (Thurén, T., 1986, *Orientering i källkritik* s.42) Flera partsinlagor bör därför jämföras och i den mån det är möjligt bör en jämförelse med motsidans version göras. När det gäller min uppsats är det därför viktigt att läsaren har i åtanke att den bild som ges av projekt PROVE bygger på material från i huvudsak den schweiziska staten, forskningsrapporter skrivna av det integrerade forskarteamet och personalen på projekten. Det innebär att andra källor möjligen ger en annan bild än den jag kommer att presentera.

När det gäller trovärdigheten i intervjumaterialet bör frågor om lojalitet inför chefen eller projektet i sig samt andra yttre påverkningar ställas. Trivsel på arbetsplatsen kan vidare vara en påverkande

faktor. Det finns även en risk att svaren och bilden som ges av projekten blir schabloner med syfte att främja vissa intressen och därmed undanhålla sanningen. Enligt Thurén är en viss förutsägbarhet vanligt vid sådana schablonbilder. Vidare anser Thurén att man bör leta efter uttryck, ord eller uppgifter som bryter mönstret och visar på "*sprickor i fasaden*" (ibid. s.48) Genom att använda mig av öppna intervjufrågor har jag haft för avsikt att leta efter uttryck och ord som kan ge ett sammanhang och en bild av projekten.

När det gäller mitt perspektivval är det med ovanstående påståenden viktigt att klargöra att jag inte utger mig för att ge den enda sanna bilden av forskningsprojekten utan att det handlar om **en** av många bilder. Jag har emellertid försökt att få en så nyanserad bild som möjligt genom att låta tre olika yrkesgrupperna inom projekten komma till tals i intervjuerna.

1.4.2 Urvalsdiskussion

Jag har besökt och intervjuat personal på tre projekt i olika län (*Kantoner*). Jag har på grund av avstånden mellan projekten och den knappa tiden för uppsatsskrivandet måsta begränsa mig i antal projekt. Det finns totalt 17 projekt och det hade varit önskvärt och nödvändigt med ytterligare intervjuer på andra projekt för att kunna finna mönster och dra generella slutsatser. Tanken var att besöka fyra projekt och jag utgick från följande kriterier: två större projekt och två mindre projekt, befinna sig i en någolunda stabil personalsituation samt befinna sig inom rimligt avstånd. Efter diskussion med min kontakt inom forskarteamet fick jag förslag på sex tänkbara projekt. Två av de tänkbara projekten visade sig vid en närmare betraktelse som mindre lämpliga då de tagit en allt för tydlig medicinsk/psykiatrisk inriktning. Jag ansåg dem i det skedet som mindre representativa gentemot den övriga gruppen av projekt vilket ledde till att jag valde bort dem. Av de resterande fyra projekten tackade två större och ett mindre projekt ja. Projektet i Zürich tackade nej på grund av allt för omfattande personalbyten och ingår inte i undersökningen. Detta gjorde att min undersökning endast bygger på tre projekt och bör ses som en pilot undersökning eller som diskussionsunderlag när det gäller olika syner på narkotikamissbruk och behandling av heroinmissbrukare.

Urvalet av personalen skedde enligt följande: Samtliga tre projektledare intervjuades och de fick i uppdrag att i förväg fråga personalen om några hade intresse av att bli intervjuade av mig. Personalen

skulle dock ha arbetat i projektet en längre tid (helst sedan starten) och de skulle om möjligt representera olika yrkesgrupper. På grund av schemaläggningar och hög arbetsbelastning kunde inte intervjuer med representanter från yrkesgrupperna socialarbetare, sjuksköterska, läkare/psykiatriker genomföras på vart och en av projekten. På samtliga tre projekt ställde två personal förutom projektledaren slutligen upp på intervjuer och de fördelade sig enligt följande. Projekt A två socialarbetare och en sjuksköterska, projekt B två socialarbetare och en läkare/psykiatriker samt projekt C tre sjuksköterskor. På projekt C delas projektledaransvaret mellan en sjuksköterska och en läkare. Läkaren var vid intervjutillfället sjuk vilket innebar en icke tillfredställande överrepresentation för yrkesgruppen sjuksköterskor. Totalt sett intervjuades fyra socialarbetare, fyra sjuksköterskor samt en läkare/psykiatriker.

1.4.3 Metoddiskussion

Utifrån mitt syfte och mina frågeställningar anser jag att den kvalitativa intervjun lämpar sig bäst då den *“/.../ syftar till att upptäcka eller identifiera icke kända eller otillfredställande kända företeelser, egenskaper eller innebörder. /---/ Kvalitativ intervju är således en metod för att utrona, upptäcka, förstå, lista ut beskaffenheten eller egenskapen hos någonting“*. (Starrin, B., Renck, B., 1996, s.53 “Den Kvalitativa intervjun“ i Svennsson och Starrin red.: *Kvalitativa studier i teori och praktik*) För att kunna erhålla spontana och ej på förhand bestämda svar valde jag att hålla intervjuerna så öppna som möjligt. De frågor som jag ställde under intervjuerna hade sin grund i de teman som jag avsåg att avtäckas under intervjun (se bilaga 1. Intervjuguide). På det första projektet genomfördes samtliga tre intervjuer separat enligt min önskan. Varje intervju tog ca en timme. På det andra projektet genomfördes intervjuerna i form av grupp intervju enligt personalens bestämda önskan. Intervjun tog ca två timmar. Det tredje projektet blev en kompromiss. Intervjun med projektledaren utfördes separat och tog ca en timme och trettio minuter. De andra två intervjuerna genomfördes i grupp och tog också ca en timme och trettio minuter. Urvalet av personalen skedde alltså strategiskt utifrån vissa uppställda kriterier.

1.4.4 Analysarbetet

Samtliga intervjuer genomfördes på schweizertyska och bandades. Jag översatte och skrev ut dem på svenska. Innehållsanalysen påbörjade jag efter att de tre första intervjuerna var gjorda. Analysen har

sedan byggts på med de andra intervjuerna. Jag har läst och lyssnat igenom intervjuerna ett antal gånger för att se både helheten och delarna växa fram och förändras. För att sammanfatta innehållet i intervjuerna har jag utgått från mina frågeställningar och tittat på de tre projekten var och en för sig. Jag jämförde de olika projekten och fokuserade på skillnader och likheter i projektorganisationen.

Vidare lyssnade jag på hur man talar om begreppen behandling och skadereducering inom de olika projekten och försökte hitta teman som kunde beskriva de olika sätten att tala. Därefter gick jag igenom intervjuerna var och en för sig och prövade om jag kunde finna ett mönster utifrån yrkesgrupper. Jag prövade även att tolka de olika sätten att tala utifrån olika förklaringsmodeller om missbrukets orsaker. Jag försökte se om det kunde finnas något som tydde på att de olika sätten att tala kunde kopplas till olika förklaringsmodeller om missbruk och vilken betydelse den egna utbildningen i så fall kunde ha. På så sätt analyserade jag intervjuerna dels utifrån projekten som organisation för att se om det gick att tolka utifrån olika huvudmannaskap och olika kulturer. Jag analyserade även materialet utifrån de representerade yrkesgruppernas yrkesfält (socialarbetare, sjuksköterskor och läkare/psykiatriker) i ett försök att ge behandlingen inom projekten en innebörd och ett innehåll.

Då jag även hade möjlighet att på två av projekten närvara vid själva utgivandet av heroin har dagboksanteckningar från dessa tillfällen legat till grund för den gjorda analysen.

2 Centrala begrepp

Jag avser att i detta kapitel presentera två av uppsatsens centrala begrepp. Begrepp som behöver klargöras och avgränsas. Begreppen är **behandling** och **skadereducering**. Dessa begrepp är inte bara namnen på två av de tidigare nämnda narkotikapolitiska pelarna (se kapitel 1.1 Bakgrund) utan är även två mycket vanligt återkommande ord bland personalen inom projekt PROVE . Begreppen används även av massmedia och politiker och återkommer ständigt i de dokument som denna uppsats bygger på.

2.1 Behandlingsbegreppet

Behandlingsbegreppet har hittills används som ett självklart begrepp utan närmare förklaring av dess betydelse i sammanhanget. Då behandling som begrepp används av många yrkesgrupper (läkare,

sjuusköterskor, socialarbetare, psykologer, pedagoger, forskare och politiker mm) är det nödvändigt att klargöra begreppets betydelse. Enligt Levin, Sunesson och Swärd (1998, s. 177-179) är begreppet behandling så vanligt förekommande att vi många gånger inte funderar över vilken innebörd det har. Författarna anser det emellertid vara av vikt att klargöra begreppets olika innebörder och betydelser. De ställer även frågan om vad som skall definieras som behandlingsarbete. Man nämner som ett exempel i det sammanhanget socialstyrelsens definition av behandling vilket innebär att allt som sker inom ramen för vårdåtgärder (psykoterapi, träning i vardagliga rutiner, stödsamtal, arbete, studier) anses vara behandling. Levin, Sunesson och Swärd kallar detta *“tidstypiska innebörder av behandlingsbegreppet”* och antyder att behandling som begrepp därmed har olika innebörder beroende på tid och i vilket sammanhang det används. Vidare anser författarna att behandlingsbegreppet är ett ideologiskt begrepp som uttrycker den i samhället rådande moralen och synen kring ett aktuellt fenomen. (ibid. s 191)

För att tydliggöra diskussionen om behandlingsbegreppet anser Levin, Sunesson och Swärd att begreppets tre grundbetydelser måste särskiljas.

“För det första finns upplysningstidens pedagogiska behandlingstanke, tron att uppfostran kan förändra oönskade egenskaper hos en person till något ‘bättre’. För det andra den medicinskt-rationella behandlingstanken som är en utveckling av den förra och som är nära knuten till föreställningar om sjukdom, diagnos, behandling och bot. För det tredje en mer socialpolitisk behandlingstanke som innebär att socialpolitiska reformer skall förbättra livsvillkoren för fattiga och marginaliserade grupper inom befolkningen. På sikt skall dessa reformer förebygga och minska olika slags sociala problem.” (Levin, C, Sunesson, S, Swärd, H, 1998 “Behandling” i Denvall, V, Jacobson, T red. *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. s.179)

Behandlingsbegreppets betydelse enligt ovanstående citat är relevant för en rad yrkesgrupper som samtliga hävdar att just de utför, ger eller bedriver behandling och begreppet befinner sig mellan det sociala, medicinska och det juridiska yrkesfältet. Jag har valt att inte avgränsa eller definiera behandlingsbegreppet ytterligare. Då personalen inom projekt PROVE representerar olika yrkesgrupper inom det medicinska och det sociala yrkesfältet kommer jag att i tolkningen av mitt intervjumaterial att utgå från ovanstående grundbetydelse av behandlingsbegreppet och på så sätt närmare definiera behandlingsbegreppets innehåll och betydelse för personalen inom projekt PROVE.

2.2 Skadereducering som begrepp

Det tyska ordet Schadensverminderung är i Schweiz ett begrepp som har utvecklats sedan 1980-talet. Det internationellt gångbara ordet för konceptet att reducera narkotikarelaterade skador för individ och samhälle är "harm reduction". Konceptet "harm reduction" utvecklades under 1980-talet av Nederländerna och Storbritannien. Spridningen av AIDS och andra infektioner i samband med narkotikamissbruk spelade en viktig roll för konceptets utveckling. (Kressig,M., Nydegger,M., Schumacher,B., Forschungsbericht Nr 33, IFS. s.1)

Det finns idag internationella organisationer som förespråkar "harm reduction" som koncept för utformningen av arbetet med narkotikamissbrukare. Organisationer som International Harm Reduction Association (IHRA) och The Harm Reduction coalition (HRC) kan nämnas i dessa sammanhang. Dessa båda organisationer publicerar material på the World Wide Web och på en av HRC sidor presenteras tex några av de principer som just de anser att man måste ställa sig bakom för att ett drogarbete med koncept "harm reduction" skall kunna tillämpas. (se Källförteckning för Web adresser)

Enligt HRC är "harm reduction" en samling praktiska strategier som syftar till att möta narkotikamissbrukare 'där de är' och hjälpa dem att minska/reducera all tänkbar skada som kan förknippas med deras narkotikamissbruk. (<http://www.harmreduction.org/prince.html>) Det finns emellertid ingen universiell definition för hur implementering av "harm reduction" skall göras. Det har sannolikt lett till att begreppet och dess tillämpning kan se olika ut i olika delar av världen.

De narkotikapolitiska interventionerna som i Schweiz syftar till att reducera, avgränsa och minska skadorna (fysiska och psykiska) för de män och kvinnor som missbrukar narkotika är bla sprutbytesprogram, injektionsrum, boende och arbetsprogram (se även kapitel 4.4). Information kring infektionssjukdomar som HIV och hepatit B/C samt injiceringshygien och säker sex är också åtgärder som ska bidra till att minska skada vid missbruk av narkotika. Schadensverminderung som begrepp är dock betydligt vidare och avser mer än olika åtgärder för att minska de individrelaterade skadorna i samband med missbruk av narkotika. Schadensverminderung är i grunden en socialpolitisk ansats som går ut på att se all potentiell skada som kan uppstå i samband med narkotikamissbruk och söka vägar att reducera dessa skador. Bakom begreppet Schadensverminderung finns vidare en särskild människosyn. "Narkotikamissbrukare ses som individer vars autonoma självbestämmanderätt ska respekteras. Missbruk ska inte betraktas

som en sjukdom ej heller som kriminalitet.“ (Kressig,M., Nydegger,M., Schumacher, B., Forschungsbericht Nr 33, IFS. s.1 min översättning) Narkotikamissbrukare ska därmed inte ses som objekt eller offer utan som handlingskompetenta självbestämmande individer. Då missbruksspecifika tvångsmönster kan stå i vägen för ett sådant självbestämmande måste arbetet med narkotikamissbrukare vara subjekt inriktat och bygga på att återskapa en eventuell autonomiförlust. Alternativa vägar som är fria från tvång måste sökas. (ibid. s.2)

Skadereducerande interventioner avsedda för narkotikamissbrukare kräver således inte drogfrihet utan ska i bästa fall kunna leda till det. Narkotikamissbrukares olika personligheter, handlingsmöjligheter, missbruksmönster och missbrukskarriärer ska påverka utbudet och räckvidden av de olika åtgärderna. (ibid.s.1) Dessa interventioner ses som en första början och en lägsta nivå i en lång och omväxlande process som i bästa fall leder till andra behandlingar och slutligen drogfrihet. Schadensverminderung konceptet sett ur det Schweiziska perspektivet legaliserar således inte narkotikamissbruk utan är ett kompletterande koncept som ska integreras med det abstinensorienterade behandlingsarbetet. (ibid. s.2)

I tolkningen av mitt intervjumaterial använder och avgränsar jag begreppet skadereducering till den betydelse som begreppet Schadensverminderung har fått i Schweiz.

3 Tidigare forskning

Om man ska ge en bild av heroin förskrivningsprojekten i Schweiz blir det nödvändigt att presentera och beskriva det forskningsarbete som sedan starten 1994 bedrivs av Institut für Suchforschung i samarbete med Institut für sozial- und präventivmedizin der Universität Zürich. Forskningsarbetet är integrerat i projektet och de ansvarar för att löpande utvärdera projekten. Jag kommer i detta kapitel att kortfattat presentera forskningsprojektet utifrån ramdirektiven, syfte, mål och resultat för tiden 1994-1996. Då projektet har förlängts kommer jag även att ta upp de nya frågeställningarna som gäller perioden 1997-1999. Kortfattat presenteras även några kommentarer från World Health Organisations expertgrupp som utvärderat forskningsprojektet.

3.1 Forskningsprojekt PROVE

Projekt PROVE är ett vetenskapligt försök i enighet med gällande narkotikalagstiftning (Eidgenössischen Betäubungsmittelgesetzes) artikel 8 stycke 5, artikel 15c och artikel 30. **Målen och syftet** med forskningsprojektet stödjer sig på en regeringsförordning från 21 oktober 1992.

‘Försöken att läkare förskriver narkotiska preparat till narkotikamissbrukare är definerade som vetenskapliga försök med målet; att granska om den föreslagna terapin kan vara en ett steg på väg för att nå drogfrihet. Därmed står ett förbättrat fysiskt och/eller psykiskt hälsotillstånd, en förbättrad social integration (arbetskapacitet, distansiering från narkotikascener, minskad kriminalitet) samt ett medvetande och ansvarstagande beträffande HIV-infektions risker i förgrunden. Verkningarna av de använda substanserna skall fastställas genom de data som försöken ger’. (Uchtenhagen, A., 1997, Synthesebericht PROVE, s.11 min översättning) Enligt denna förordning är de narkotiska preparaten/substanserna som försöken avser heroin, morfin och metadon.

Projektets **ramdirektiv** som givits av folkhälsoinstitutet i Schweiz (*Bundesamt für Gesundheit*) avser antagningskriterier för patienterna, behandlingens tillvägagångsätt samt säkerhetsföreskrifter.

Antagningskriterierna är följande:

- Minst 20 år gammal
- Heroinmissbrukare sedan minst två år
- Tidigare behandlingsförsök bakom sig
- Heroinmissbruket måste ha lett till hälsomässiga och/eller sociala skador

När det gäller behandlingens genomförande och säkerhet uppger man att all injicering av narkotiska preparat måste ske under uppsikt och får inte ges med patienterna³ hem. Vidare anges att en psykosocial omvårdnad måste kunna garanteras och att behandlingen inte enbart ska bestå av förskrivning av narkotiska preparat. (ibid. s.1) Vilken personal som krävs för att en psykosocial omvårdnad ska kunna ges vi sidan av läkarförskrivningen anges inte. Enligt forskarteamets slutrapport består emellertid projekten av i genomsnitt 17% läkare (psykiatriker inräknat), 47% sjuksköterskor och psykiatripersonal (mentalskötare), 21% socialarbetare, 5% psykologer samt 10% av andra icke nämnda yrkesgrupper. (ibid. s.94)

Ovanstående syfte och ramedirektiv ger en bred palett av forskningsfrågor. Frågeställningarna berör de farmakologiska och toxikologiska effekterna av preparaten heroin, morfin och metadon samt patienternas hälsotillstånd, livsföring och missbruksbeteende. Vidare även projektens praktiska

³ Samtliga heroinmissbrukare som är inskrivna inom projekt PROVE kallas för patienter. Personalen ute på projekten använder sig även av patientbegreppet. Både forskare och personalen inom projekten verkar således ha enats om att de heroinmissbrukare som deltar i den heroinunderstödda behandlingen skall kallas för patienter.

genomförbarhet och de samhällsekonomiska effekterna. Forskningsfrågorna delas in i en huvudstudie, medicinsk specialstudie, socialvetenskaplig specialstudie, samhällsekonomisk specialstudie samt en specialstudie där projekt PROVE jämförs med andra behandlingsalternativ för heroinmissbrukare. (Uchtenhagen, A., 1997, Synthesebericht PROVE, s.3) För mer ingående fakta kring de vetenskapliga undersökningarna hänvisas läsaren till de forskningsrapporter som utkommit från Institut für Suchtforschung (IFS), Zürich. (se källförteckning)

Resultaten för tiden januari 1994 till december 1996 baseras på data från 1.146 patienter. Från de patienter där fullständiga datauppgifter kunde erhållas (n=1.035) bildades två grupper A (inträde före utvidgningen av projektet, pilotprojektet) och B (inträde efter utvidgningen av projektet). Resultaten presenteras utifrån de substansrelaterade, patientrelaterade och projekterelaterade frågeställningarna. Beträffande de **substansrelaterade resultaten** fann man att injicerbart morfin och metadon endast kunde användas begränsat. Rekryteringen av patienter, antalet som stannade kvar i behandlingen och höll sig till de gällande föreskrifterna var högre för den grupp som under pilotprojektet erhöll injicerbart heroin. Resultaten jämfördes med motsvarande förhållande för de patienter som erhållit injicerbart morfin eller metadon. Heroinet som substans visade sig även ge mindre biverkningar och oönskade effekter bland patienterna. Endast för patienter med epilepsie fann man att särskilda försiktighetsåtgärder var nödvändiga vid injicering av heroin. (ibid. s. 4)

De **patientrelaterade resultaten** visar att den tänkta målgruppen tunga heroinmissbrukare med misslyckade behandlingar bakom sig, fysiskt och/eller psykiskt medtagna och med sociala problem kunde nås bra och bättre än genom andra behandlingar. Patienternas fysiska hälsotillstånd kunde stabiliseras och delvis förbättras. Detta gäller det allmänna hälsotillståndet, näringstillförsel (*Ernährungszustand*) samt injektionsrelaterade hudsjukdomar. Det psykiska tillståndet kunde även förbättras hos många patienter. Depressivitet, ångest och vanföreställningar bland patienterna minskade. För patienter med HIV/AIDS infektioner eller andra infektionssjukdomar kunde i de flesta fall även särskilda medicinska behandlingar sättas in. Det illegala heroin- och kokainmissbruket (utanför projektet) minskade tydligt, användandet av benzodiazepiner minskade långsamt medan alkohol och cannabis användandet inte förändrades nämnvärt. Efter 18 månaders behandlingstid visade sig en mindre patientgrupp fortfarande regelbundet inta kokain (5%) och benzodiazepin (9%) vilket försvårade behandlingen. (Uchtenhagen, A., 1997, Synthesebericht PROVE, s.5)

När det gäller den sociala integrationen visade det sig att boende situationen förbättrades hos samtliga patienter. Efter 18 månader behandling och deltagande i projekt PROVE uppgav 79% av patienterna att de hade ett långfristigt och stabilt boende. 21% uppgav att boendet var provisoriskt och instabilt. De 12% som var boendelösa vid inskrivnings tillfället kunde under den 18 månaders långa behandlingstiden således lösa sin boende situation. (ibid. s. 73) Arbetsituationen förbättrades och de fasta anställningarna fördubblades (från 14%-32%). De tillfälliga arbetena, arbete inom hemmet samt pension ökade från 42% till 48%. Arbetslösheten bland patienterna sjönk från 44% till 20%. Då möjligheterna till arbete och inkomst ökade bland patienterna kunde många påbörja en skuldsanering. En tredjedel av patienterna var efter 18 månader skuldfria. För de andra minskade skulderna kontinuerligt. (ibid. s.74-75) När det gäller den sociala miljön och kontakter med narkotikamiljöer visade det sig att de sociala kontakterna med personen (icke missbrukare) utanför narkotikamiljöerna inte förändrades nämnvärt under behandlingstiden. Kontakten med andra missbrukare och besökande av narkotikamiljöer minskade emellertid drastiskt under behandlingstiden. (ibid. s. 76-78)

Efter 18 månaders behandling uppgav endast 10% av patienterna att de hade inkomst från illegala och halft legala (tiggeri, prostitution) aktiviteter. Det ska jämföras med 69% vid behandlingens början. Den drogrelaterade kriminaliteten (butiksstölder, inbrott, droghandel och häleri) minskade med 60%. Patienternas egna uppgifter har då jämförts med polisregisterutdrag. (Uchtenhagen,A., 1997, Synthesebericht PROVE, s.6)

I jämförelse med andra behandlingsprogram för heroinmissbrukare visade projekt PROVE på i genomsnitt högre siffror för ej avbrutna behandlingar. Efter sex månader fanns 89% av patienterna kvar i behandling. Efter 18 månader fanns 69% av patienterna i behandling. Analysen av dessa siffror visade att hälften av de som avbrutit behandlingen har gått över till en annan behandling. Svåra kroppsliga komplikationer i sammanhang med Aids (sjukhusvistelse) har för en stor del av patienterna även orsakat behandlingsavbrott. Fram till slutet av 1996 har av totalt 1.146 patienter 36 dött. 17 av dessa förklaras utifrån Aids och andra infektionssjukdomar. De andra dödsfallen beträffar självmord, olyckor och överdoser av andra icke förskrivna narkotiska preparat. Dödligheten per år beräknas utifrån det till 1% per år vilket ligger betydligt under dödligheten för icke behandlade heroinmissbrukare. (ibid. s.6-7)

De **projektrelaterade resultaten** visade att finansieringsproblem och organisationsproblem dominerade den första projektiden. Inga större problem med grannar runt projektkokalerna påvisades och säkerhetsproblem med bla lagring och kontroll av de narkotiska preparaten kunde lösas på ett tillfredsställande sätt. För patienter med stor sidokonsumtion av andra droger kvarstod dock en risk för överdosering. Samhällsekonomiskt visade projektet positiva siffror. En förbättrad hälsa och minskat antal personundersökningar samt fängelsevistelser står för insparade pengar. (ibid. s.8)

Utifrån ovanstående resultat anser forskarteamet att en heroinunderstödd behandling för den nämnda målgruppen kan rekommenderas. Behandlingen bör genomföras vid speciellt utrustade och väl kontrollerade polikliniker som uppfyller de så kallade ramdirektiven från Folkhälsoinstitutet (*Bundesamt für Gesundheit*).

3.2 De nya frågeställningarna

Redan innan slutrapporten (Abschlussericht der Forschungsbeauftragten, Synthesebericht PROVE) presenterades i juni 1997 stod det klart att projekten inte bara kunde avslutas. Det fanns många frågeställningar som var obesvarade och de runt 800 patienter som deltog i de behandlingar som bedrevs av projekten ute i länen (*kantonerna*) kunde inte bara avbryta sina behandlingar. Gällande förordning anpassades och förlängdes därför 1997. Rättsligt innebar det att projektiden förlängdes tom 31 december 2000 och att platsantalet höjdes till max 1000 behandlingsplatser. Den utvärdering som genomförts under tiden 1994-1996 fokuserade till stor del på genomförbarheten med heroinförskrivning samt vilken effekt den hade på patienternas psykosociala och somatiska utveckling. De öppna frågeställningarna som föranlett en förlängning av projektiden och en fortsatt utvärdering av projekten tar fasta på betydelsen av själva behandlingens mål, dess planering och genomförande. Vilka behandlingar genomförs med patienterna? Hur ofta och med vilken intensitet genomförs behandlingen? Personalens betydelse spelar en stor roll. Vilka behandlingar genomförs inom projektet och vilka behandlingar sker externt? Syftet med de nya frågeställningarna är att få svar på vilka behandlingsmål, vilken behandlingsplanering och vilka genomförda behandlingar som genomförts inom projekt PROVE samt hur meningsfulla de är för patienterna. Frågeställningarna görs utifrån tre nivåer, behandlingsspecifik nivå, patientspecifik nivå samt en nivå som formuleras utifrån

behandlingsresultaten och dess effektivitet. (Kaufmann, B., Steffen, T., Ernst Engels, M., IFS Newsletter, Januar 1999)

Någon sammanställd utvärderingsrapport för ovanstående frågeställningar har ännu (hösten 1999) inte utkommit. Några av specialstudierna (bla en jämförande studie mellan projekt PROVE och traditionell metadonbehandling) som gjorts inom projekt PROVE sedan juni 1997 har emellertid slutförts. Då utrymme för att ta upp dessa forskningsarbeten inte ges i denna uppsats hänvisas den intresserade läsaren till Institut für Suchtforschung i Zürich.

3.3 WHO-expertgruppens kommentarer

International Narcotics Control Board (INCB) rekommenderade 1994 de Schweiziska myndigheterna att göra en extern utvärdering av heroinförskrivnings projekten. De Schweiziska myndigheterna bad World Health Organisation (WHO) om hjälp och en expertgrupp på 23 internationellt erkända experter från tio länder har utvärderat projekt PROVE. WHO har beställt expertgruppen och gett dem stöd i deras arbete men betonar att expertgruppens slutsatser inte är ett officiellt ställningstagande från WHO:s sida.

Enligt en sammanställning som gjorts av Folkhälsoinstitutet (*Bundesamt für Gesundheit*) anser expertgruppen att den genomförda kliniska forskningen håller en hög grad av professionalitet, engagemang, säkerhet och vetenskaplig integritet. (BAG, April 1999, s. 1) Vidare skriver man att studiens centrala resultat kan godtas och fastställas av expertgruppen. Det innebär att expertgruppen anser att förskrivning av heroin inom strikta kontrollerbara polikliniker kan genomföras på ett säkert sätt. Resultaten som visar på bättre hälsa, bättre sociala förhållanden, minskad kriminalitet och konsumtion av illegalt heroin fastställdes även av expertgruppen. Det höga antalet patienter som stannar kvar i den heroinunderstödda behandlingen tillhör de resultat som anses som intrycksfullt. Antalet patienter som stannar kvar i behandlingen är nästan dubbelt så högt jämfört med liknande siffror för traditionella metadonprogram eller stationära behandlingar med drogfrihet som uttalat mål. Expertgruppen pekar dock på att frågan om den heroinunderstödda behandlingens lämplighet för missbrukare är komplex och kräver fortsatta vetenskapliga undersökningar. Expertgruppen menar även att den politiska och sociala situationen i Schweiz är så specifik att det är svårt att överföra försöksresultaten till andra länder. Kritik riktas även mot det faktum att det saknades en

kontrollgrupp. Från en sträng metodologisk ståndpunkt innebär det att det inte är möjligt att säga om och i vilken utsträckning de förbättrade resultaten beror på förskrivningen av heroin, den psykosociala omvårdnaden eller en kombination av dem båda. Då den jämförande studien med injicerbart morfin och heroin endast pågick under några veckor ställer sig expertgruppen skeptisk till den fördel som det kort verksamma heroinet har i jämförelse med andra substanser. Man pekar på vikten av fortsatta studier om skillnader mellan olika opiaterers versamhet. (ibid. s. 2-3)

Den schweiziska staten och Folkhälsoinstitutets (*Bundesamt für Gesundheit*) svar på ovanstående kritik kan jämföras med forskargruppens kommentar kring det faktum att en kontrollgrupp saknades. Den planerade forskningsdesignen innehöll en kontrollgrupp och en jämförande studie med morfinpatienter inom projektet. Det visade sig emellertid mycket snabbt att de patienter som erhållit injicerbart morfin och metadon i hög utsträckning avbröt den påbörjade behandlingen. Den grupp som erhållit heroin stannade i högre utsträckning kvar i behandlingen. Behandlingsplatserna för kontrollgruppen morfin och metadon kunde därför aldrig fyllas. Forskningsdesignen ändrades därför och antalet behandlingsplatser för heroinförskrivning ökades. När det gäller heroinets och den psykosociala och medicinska omvårdnaden betydelse för de positiva behandlingsresultaten hänvisar man till den gällande regeringsförordningen. De fastställer att en förskrivning av heroin endast kan ske under förutsättning att medicinsk och psykosocial omvårdnad kan ges. (ibid.s.3-4)

3.4 Sammanfattande kommentar

Enligt de utkommna forskningsrapporterna från Institut für Suchtforschung i Zürich har projekt PROVE under perioden 1994-1996 haft en positiv inverkan på de behandlande patienternas medicinska och psykosociala förhållanden. Antalet infektioner har minskat och patienterna allmänna hälsotillstånd har förbättrats. Den sociala situationen har även förbättrats. Antalet boendelösa har minskat, många har erhållit en arbetssysselsättning och förbättrat sin ekonomiska situation. Många har tagit avstånd från narkotikamiljöer och kriminaliteten har minskat. Dödligheten bland de behandlande patienterna är betydligt lägre än för heroinmissbrukare i genomsnitt. Det kvarstår emellertid en del öppna forskningsfrågor och projektiden har förlängts till allra längst 31 dec. 2000. De nya forskningsfrågorna tar bla. fasta på behandlingens innehåll. Några resultat från den pågående undersökningen finns ännu inte sammanställda. WHO:s tillsatta expertgrupp erkänner de centrala resultat som den schweiziska forskargruppen kommit fram till men riktar viss metodologisk kritik när

det gäller avsaknad av kontrollgrupp. De pekar även på vikten av fortsatt utvärdering och vidare forskning inom projektet.

Utifrån ovanstående presentation av forskningsarbetet inom projekt PROVE kan konstateras att positiva behandlings resultat har uppnåtts för de patienter som deltagit i behandlingen. Patienternas allmänna hälsotillstånd har förbättrats liksom deras sociala situation. Heroin är den mest förskrivna substansen och endast ett fåtal erhåller injicerbart morfin eller metadon.

4. De narkotikapolitiska målen och missbruksdiskursen i samhället

Som tidigare nämnts bygger narkotikapolitiken i Schweiz på fyra pelare. En politik som innebär tydliga riktlinjer för de 26 **självstyrande** länen (*Kantonerna*). Jag kommer i detta kapitel att ge en kort beskrivning av innehållet dvs tankarna och målen med de narkotikapolitiska pelarna. En bild av missbruksdiskursen i samhället presenteras även och kapitlet avslutas med en sammanfattande kommentar.

4.1 Prevention

Den strategiskt viktigaste pelaren är prevention. Den innebär framför allt att det narkotikaförebyggande arbetet ska övertyga och därmed hindra ungdomar från att börja använda narkotika. De ska vidare uppmuntras att föra en sund livsstil (primär prevention). Det innebär även att fånga upp de tillfälliga konsumenterna innan de utvecklar ett missbruk. Ett missbruk som kan leda till att människor kommer utanför sitt sociala kontaktnät som familjen, skolan och utbildningsplatsen (sekundär prevention). Behovet av särskilda preventionsprogram för utsatta grupper som ungdomar och olika invandrargrupper lyfts även fram. **Det övergripande målet är att minska antalet nya narkotikaberoende och fördärigenom även minska de skador som narkotika orsakar för individ och samhälle.** (BAG, März 1999, s.6)

4.2 Repression

Den nuvarande narkotikalagstiftningen är från tredje oktober 1951. Den trädde ikraft året därpå och förbjuder produktion, handel och innehav av illegala substanser. Sedan 1975 gäller förbudet även

konsumtion. Under 1980 och 1990- talet har antalet otillåtna substanser ökat och för närvarande omfattas ca. 160 substanser av produktions, handels, innehav och konsumtions förbudet.

(Estermann,J., 1997, s.152) **Syftet och målen med de repressiva åtgärderna är att bekämpa den organiserade brottsligheten och den illegala narkotikahandeln samt att förhindra att nya öppna narkotika scener uppstår.** (Buschan,Chr., 1997, s.148-149) I många län (*Kantoner*) har polisen erhållit extra resurser för att kunna nå dessa mål. Lagen som förbjuder konsumtion har kommit att tolkas strikt i många län (*kantoner*) då den offentliga konsumtionen med risk för bildande av nya öppna drogscener måste förhindras. (Fahrenkrug,H., 1997, s.202)

Det görs inte någon juridisk åtskillnad mellan sk. hårda och mjuka droger dvs cannabis är enligt lag en lika illegal substans som kokain eller heroin. Lagstiftningen har sedan dess tillkomst reviderats vid ett par tillfällen och under 1999 kommer arbetet med en total översikt att påbörjas. Under år 2000 räknar man med att kunna presentera en ny lagstiftning. De diskussioner som bla förs är om cannabis ska undantas från konsumtionsförbudet samt om och hur projekt PROVE ska bli ett permanent behandlingsalternativ för tunga heroinmissbrukare. Vidare kommer det att hållas folkomröstningar kring projekt PROVE i mitten av juni 1999 och folket ges då ytterligare en möjlighet att ta ställning till förskrivningsprojekten. Ett definitivt införande av läkar kontrollerad förskrivning av heroin som terapiform för en definerad grupp drogberoende kräver nämligen en ändring av lagstiftningen. (BAG, März 1999, s.6-8)

4.3 Behandling

Det grundläggande målet med behandlingsarbetet är att stödja de män och kvinnor som blivit narkotikamissbrukare till att påbörja en behandling samt att dessa människor kan återintegreras i samhället och yrkeslivet. För att kunna nå så många missbrukare som möjligt läggs stor vikt vid ett mångsidigt behandlingsutbud. Utgångspunkten är att missbruket ser olika ut för olika människor vid olika tidpunkter. Utbudet kan grovt sett delas in i stationär respektive ambulantlyrd. Sedan några år tillbaka har det ambulanta utbudet i de olika länen (*Kantonerna*) ökat. En trend som ser ut att hålla i sig. (Klingemann,H., 1997, s.103)

De stationära behandlingarna genomförs på särskilda institutioner eller i terapeutiska boende gemenskaper. Det finns runt 100 godkända institutioner och de erbjuder tillsammans ca. 1750

platser. Behandlingstiderna och ideologierna varierar mellan de olika institutionerna. Det övergripande målet uppges dock vara drogfrihet och social reintegration. (BAG, März 1999 s.7)

De ambulanta behandlingarna utförs oftast på särskilda polikliniker och omfattar bla av rådgivningsbyråer. Dessa har till uppgift att ge allmän information, vård och behandling till missbrukare och deras anhöriga. Metadonbehandlingarna tillhör också det ambulanta behandlingsutbudet och utförs via husläkare eller särskilda polikliniker. Det övergripande syftet med metadonbehandlingarna är att skydda och stärka den fysiska och psykiska hälsan samt att nå en social och yrkesmässig integration i samhället. Målen är dock individuella och formuleras utifrån individens egna förutsättningar. Den medicinska förskrivningen av metadon (oralt) bör enligt rekommendationer omfattas av psykosocial vård. Ungefär 15.000 drogberoende deltar för närvarande i ett metadonprogram. (<http://www.admin.ch/bag/sucht/therp-hr/d/therapd.htm>) Projekt PROVE med dess förskrivning av i huvudsak heroin (se kapitel 3) ses också som ett ambulant behandlingsalternativ och omnäms som en heroinunderstödd behandling. (<http://www.admin.ch/bag/sucht/therp-hr/d/hegebed.htm>)

4.4 Skadereducering

Den sista narkotikapolitiska pelaren handlar om skadereducering. Det tyska ordet är Schadensverminderung och det engelska begreppet för detta koncept är "harm reduction" (se kapitel 2). Schweiz har en 15-årig erfarenhet med olika skadereducerande program/åtgärder och de har ett starkt stöd bland befolkningen. Utgångspunkten för dessa program är att *"narkotikamissbruk för en större del av de berörda är en livsfas som de efter ett antal år kommer ur"* (BAG, März 1999, s.7 min översättning). **Syftet med dess program är därför att i möjligaste mån reducera och begränsa fysiska och psykiska skador under den tid som kvinnor och män är drogberoende.** (ibid. s.7) Det ohygieniska förhållanden som råder vid injicering (smutsigt vatten och tidigare använda sprutor osv) anses vara en av orsakerna till den höga smittspridningen av hepatit B/C samt HIV och andra bakteriella infektionssjukdomar. Infektionssjukdomar som för många injektionsmissbrukare kan leda till en för tidig död. (Simmel,U., 1997, s.129) Sprutbytesprogram, injektionsrum, boende och arbetsprogram har alla till syfte att förbättra hälsotillståndet och levnadsvilkoren för narkotikamissbrukare samt att förhindra smittspridning av infektionssjukdomar som HIV och hepatit C. (BAG, März 1999, s.7) Man pratar i dessa sammanhang även om en

överlevnads hjälp och att därmed ge missbrukare en ökad möjlighet att senare komma ur sitt missbruk. (Moeckli, Chr., 1997, s.124-125)

Syftet med injektionsrum och sprutbytesprogram är att stabilisera missbrukarnas hälsa och minska riskerna för spridning av HIV och hepatit infektioner samt bakteriella infektioner orsakade av ohygieniska injektionsförfaranden. (Simmel, U., 1997, s.129-130) Genom boende och arbetsprogram ska missbrukare kunna återintegreras i samhället och finna en dagsstruktur utan att något krav om drogfrihet ställs. Den sociala integreringen har som mål att stärka individens egen självständighet och livsglädje vilket kan ha en positiv effekt när det gäller missbrukarens vilja och motivation att sluta använda sig av narkotika. För att så många narkotikamissbrukare ska kunna nå av dessa åtgärder måste villkoren för att kunna ta del av dem vara lågt satta (*niederschwellig* på tyska). Det innebär bl.a. att låga eller inga krav ställs för registrering eller anmälan, åtgärderna ska vara lätta att nå, öppettiderna ska vara anpassade för missbrukarnas levnadsvillkor och priserna på tex övernattningsrum ska vara lågt satta. (Moeckli, Chr., 1997, s.124-125)

4.5 Missbruksdiskursen i samhället

Vad anser då allmänheten dvs det schweiziska folket om den narkotikapolitik som förs? Det har tidigare nämnts att det under 1990-talet har genomförts två folkomröstningar där andra alternativ till narkotikapolitik presenterades. Det första förslaget gick i stort ut på ökad prevention och repression samt en behandlingsinriktning som tar fasta på vikten av ett narkotikafritt liv. Förslaget innebar även ett uttryckligt förbud mot projekt PROVE. 1997 röstade 71% av det schweiziska folket mot detta förslag. Ett år senare presenterades nästa förslag. Förslaget innehöll straffrihet för konsumtion, innehav och anskaffande av narkotika för eget bruk. 73% av folket röstade ned förslaget som sågs som ett förslag till legalisering av narkotikamissbruk. Detta har av regeringen (*Bundesrat*) tolkats som ett starkt stöd för den nuvarande politiken som betonar vikten av prevention, repression, behandling samt betydelsen av skadereducerande åtgärder. (BAG, März 1999, s.8-9)

Allmänhetens syn på narkotikamissbrukare kännetecknas vidare av en viss ambivalens där de ses dels som 'sjuka' med rätt till vård och behandling men samtidigt som en social randgrupp som väcker rädsla. (Fahrenkrug, H., 1997, s.195) Synen på heroinet som substans och missbruket i sig kan beskrivas som en problematisering kring den allmänna folkhälsan då man anser att de största

hälsomässiga skadorna inte orsakas av opiaten som substans utan av de omständigheter och problem som följer av opiatmissbruk. Icke rena sprutor och andra ohygieniska förhållanden vid injektionsmissbruk samt prostitution bland missbrukare nämns i dessa sammanhang. Vidare anser man att opiater i rätt dosering och i sin rena form inte nödvändigtvis behöver leda till hälsomässiga skador. (Geml,G., van Slooten,Chr.J., 1997, s.82) De ohygieniska förhållandena med risk för smittspridning av infektionssjukdomar som HIV och hepatit ses som en av huvudorsakerna till den narkotikarelaterade dödligheten. Epidemiologiskt sett uppfattas detta som ett problem av stor betydelse. (Simmel,U., 1997, s.129)

Man utgår vidare från tanken att narkotikamissbruk är en livsfas som omväxlande präglas av starkt beroende, abstinens eller mer kontrollerat bruk. Under denna livsfas har narkotikamissbrukare olika problem och utbudet av behandlingsalternativ och skadereducerande åtgärder måste anpassas utifrån narkotikamissbrukarnas olika behov. Missbruksfasen anses vidare vara någonting som man förr eller senare kommer ur. Skadereducerande åtgärder som skall syfta till att minska de fysiska, psykiska och sociala skadorna som följer av narkotikamissbruk ses som viktiga och har ett starkt stöd bland befolkningen då de även minskar skadorna i samhället. (ibid. s. 124)

4.6 Sammanfattande kommentar

Staten (*Bundesrat*) beslöt 1991 att vidta omfattande åtgärder för att minska drogproblemen i samhället och ge nya narkotikapolitiska riktlinjer för hela landet. Sedan 1992 bedrivs därför en drogpolitik som består av fyra pelare: Prevention, repression, behandling och skadereducering. Tanken och syftet med prevention är att övertyga och hindra ungdomar att börja använda narkotika. Med repression är tanken att den organiserade brottsligheten och den illegala handeln med narkotika måste bekämpas. Den nuvarande narkotikalagstiftningen förbjuder produktion, handel innehav och konsumtion av ca. 160 substanser. Ett annat viktigt mål är att förhindra att nya narkotikascener uppstår i städerna och de repressiva åtgärderna fyller där en viktig funktion i det polisiära arbetet. Politiskt sett gör man en åtskillnad mellan behandlingsinriktade åtgärder och skadereducerande åtgärder. Det övergripande syftet med båda dessa åtgärder är dock att så många narkotikamissbrukare som möjligt skall kunna nås. Dessa olika åtgärder skall emellertid inte konkurrera med varandra utan ses som kompletterande åtgärder där syftet är att erbjuda en så bred behandlingspalett som möjligt. Tanken bakom det är att ett brett behandlingsutbud som passar många olika målgrupper även kan

anpassas till de individuella missbrukarkarriärerna så att så många som möjligt skall kunna erbjudas den hjälp de vill ha.

Narkotikapolitiken innehåller således inte ett mål utan flera. De narkotikapolitiska pelarna med olika syften och mål skall komplettera varandra och öppna upp för nya pragmatiska sätt att ta sig an narkotikaproblemen och behandla narkotikamissbrukare. En översyn av lagstiftningen pågår dock och år 2000 väntas ett nytt lagförslag.

Det schweiziska folket stöder regeringens fyra pelares politik. Allmänhetens syn på narkotikamissbrukare är emellertid ambivalent. De anses behöva hjälp och har rätt till behandling men ses även som en randgrupp som väcker rädsla. Narkotikamissbruk ses vidare som en livsfas som präglas av omväxlande problem. Behandlingsutbuden skall därför vara anpassade till narkotikamissbrukares olika behov. Ett av de problem som ges stor betydelse är de hälsomässiga aspekterna som följer av injektionsmissbruk. De ohygieniska förhållanden som ofta råder vid injicering anses som en av orsakerna till smittspridning av HIV och hepatit vilket i sin tur anses som huvudorsaker till den narkotikarelaterade dödligheten. De skadereducerande åtgärderna för narkotika missbrukare och samhället ses som viktiga och syftar till att reducera alla eventuella skador som kan orsakas av narkotikamissbruk.

5 Presentation av undersökningen

I följande kapitel kommer de tre projekten som ingår i undersökningen att beskrivas närmare. En allmän beskrivning ges av projektetens organisation, personal, antal patienter, lokaler, öppettider, datasystem samt hur själva utgivandet av de förskrivna substanserna sker. Därefter ges en redovisning av insamlade data samt en analys av dessa. Undersökningen bygger på de bandade intervjuerna med personalen samt dagboksanteckningar. För att undvika en identifiering kallar jag projekten A, B och C samt intervjupersonerna för påhittade egennamn. Kapitlet avslutas med en resultatsammanfattning

5.1 Tre projekt

Projekt A ligger centralt beläget i en storstad. Organisatoriskt ligger det strategiska ledarskapet/huvudmannskapet hos en förening representerad av kommunen, (*Gemeinde*), psykiatriska universitetskliniken samt av en privat stiftelse. Den operativa ledningen sker via psykiatriska universitetskliniken (*PUK*) under den social/psykiatriska avdelningen. Totalt arbetar 25 personer inom projektet. Tjänsterna fördelas enligt följande; 60% projektledning, 45% läkar/psykiatri, 235% läkare, 395% socialarbetare, 820% vårdpersonal (i huvudsak sjuksköterskor) samt 130% administration. Sedan januari 1999 kan man ta emot maximalt 160 patienter. Vid undersökningsperioden mars-april 1999 hade man 145 patienter inskrivna. I stort sett samtliga av dessa patienter erhöll heroin som förskrivna substans.

Projekt B ligger centralt beläget i en mellanstor stad. Organisatoriskt ligger det strategiska ledarskapet/huvudmannskapet hos staden och lyder under socialdepartementet. Den operativa/administrativa ledningen sker via psykiatriska polikliniken i länet. Staden där själva projektet ligger står således som huvudman. Sedan många år tillbaka bedriver dock staden ett nära samarbete med psykiatriska polikliniken för behandling av missbrukare med psykiatriska problem. I detta fall har socialdepartementet hyrt in läkare/psykiatriker som projektledare för projekt PROVE. Totalt arbetar 18 personer inom polikliniken. Tjänsterna fördelas enligt följande, 20% chefsläkare, 50% överläkare/psykiatriker, 160% socialarbetare, 390% vårdpersonal, 30% administration. Man har maximalt 40 platser. Vid undersökningsperioden mars-april hade man 31 patienter inskrivna. I stort sett samtliga av dessa patienter erhöll heroin som förskrivna substans.

Projekt C ligger centralt beläget i en storstad. Organisatoriskt ligger huvudmannskapet hos justitie- och sanitetsdepartementet i staden. Projektet är anknutet till psykiatriska universitetskliniken (*PUK*) i länet (*Kantonen*) dvs man erhåller ett stort fackligt och administrativt stöd från dem. Totalt arbetar 18 personer inom projektet. Tjänsterna fördelas enligt följande, 80% projektledare, 85% projektläkare, 75% assistentläkare, 610% vårdpersonal, 240% socialtjänst samt administration 130%. Totalt har man 150 platser. Vid tiden mars-april 1999 hade man 130 patienter inskrivna. I stort sett samtliga patienter erhöll heroin som förskrivna substans

Projekt A, B och C har sina lokaler i centralt belägna bostadshus. Kontors, samtals och undersökningsrum finns på ett särskilt våningsplan avskilt från de rum där själva utgivandet av de föreskrivna substanserna sker. Socialarbetarna som är knutna till projektet har sina arbetsplatser i

kontorsutrymmerna. Sjuksköterskorna (kallas "vårdteamet") arbetar med utgivandet av de förskrivna substanserna under de gällande öppettiderna. Läkarna som är knutna till projektet befinner sig i lokalerna vid undersökningstillfällerna, personalmöten, behandlingsträffar samt vid särskilda behov. Samtliga tre projekt har arbets och boendeprojekt kopplade till sig med syfte att stödja patienterna i en reintegrering /resocialisering i samhället.

Själva utgivandet av heroin som sker på ett annat våningsplan har öppet två gånger dagligen (projekt A tre gånger morgon, middag och kväll) och patienterna registreras i personliga dataakter. Den högsta dagliga dosen heroin fastställs av ansvarig läkare tillsammans med patienten. Patienten kan sedan själv avgöra hur dagsdosen skall fördelas vid de olika injiceringsstillfällerna. Personalen som arbetar med utgivandet av heroinet och har den dagliga direkta kontakten med heroinmissbrukarna tillhör "vårdteamet" och i stort sett alla är sjuksköterskor. En del av dem har även vidareutbildning inom psykiatri.

5.2 Behandlingens innehåll

"Vårdteamet" har ansvaret för missbrukarna under den tid som de befinner sig i injektionsrummet. De sköter i den dagliga kontakten enklare medicinska besvär samt pratar med patienterna om näringslära, smittorisker och hygien. Vårdteamet ger en medicinsk omvårdnad. De skall även iakta patienternas fysiska och psykiska tillstånd samt beteenden under öppet tiderna. Detta tydliggörs i följande citat.

"Det krävs ett medicinskt kunnande och en läkemedelskännedom för att kunna arbeta i vårdteamet. Under öppet tiderna har vi ju ansvaret för de patienter som kommer hit. Vi informerar om allmän hälsa och sterilitet vid injecerandet. Vi observerar hur de reagerar efter injecering och om någon skulle drabbas av en anafylaktisk chock måste vi ju kunna ingripa". (Anna, sjuksköterska, projekt C)

"Det krävs att man har en god kunskap om människors fysiska och psykiska hälsa". (Maria, sjuksköterska med vidareutbildning inom psykiatri, projekt C)

“Under öppettiderna finns vi där för patienterna. Vi ger dem råd och stöd. Det kan handla om näringslära och hygien. Vi gör även enklare omläggningar. De patienter som vill fråga eller visa något gör det och vi hjälper dem så gott vi kan“. (Pia, sjuksköterska med vidarutbildning inom psykiatri, projekt A)

De sjuksköterskor som intervjuades på projekt A och C är alla överens om att det krävs en medicinsk yrkeskunskap för att kunna sköta det arbete som “vårdteamet“ ansvarar för då mycket av arbetet går ut på att ge en medicinsk omvårdnad.

Via ett kontaktmannaskapssystem har alla patienter en kontaktman inom “vårdteamet“.

Kontaktmannen förmedlar information om patienterna till socialarbetarna och läkarna samt tar hand om patienternas mer direkta behov vid den dagliga kontakten.

“Vi försöker bygga upp en relation till patienterna där vi stöttar och uppmuntrar dem. /---/Vi ser ju hur patienterna mår och många gånger möter vi deras uppgivenhet eller aggressivitet och kan ta upp det med socialarbetarna eller läkaren“. (Anna, sjuksköterska, projekt C)

“Jag tycker att det är viktigt att patienterna blir sedda av oss i personalen. Vi skall ge dem en bekräftelse och i de fall när vi ser att förbättringar sker, även om de är mycket små ibland, är det viktigt att förstärka det och ge patienterna några uppmuntrande ord. /---/ Här hos oss gör vi så att vi iaktar och skriver ned patienternas beteende. Hur det praktiskt fungerar vid injiceringsstillfällena samt deras allmänna beteende och fysiska tillstånd. Vi tar sedan upp detta med socialarbetarna och läkarna vid behov samt på behandlingsträffarna“. (Pia sjuksköterska med vidarutbildning inom psykiatri, projekt A)

Ovanstående två citat visar emellertid att sjuksköterskornas ansvarsområde även går utanför det medicinska yrkesfältet. Vikten av en relation till patienten lyfts fram. Patienten skall stödjas och uppmuntras. Arbetsområdet vidgas mot det sociala yrkesfältet.

Vid heroinutgivningstillfällena har projekt B två vårdpersonal på plats, projekt C har tre och projekt A som är störst har fyra vårdpersonal. Den eller de personal som sköter registrering samt förbereder och ger ut de färdiga sprutorna med heroin befinner sig bakom en glasad disk. En personal ur

vårdteamet befinner sig alltid i själva injektionsrummet och tittar till patienterna. Patienterna erhåller efter identifiering och registrering sin spruta med heroin och tilldelas en plats vid ett bord. Vid samtliga platser finns nödvändigt material för att kunna injecera enligt medicinska föreskrifter. De patienter som själva inte klarar av att injecera (pga dåliga vener) får hjälp av den sköterska som finns i rummet. Efter injicering ansvarar patienterna själva för rengörning av den plats som de suttit vid. Den spruta med nål som de använt skall de visa upp och därefter slänga i en särskild behållare. Patienterna tillåts att i genomsnitt uppehålla sig ca 8 minuter i injiceringsrummet och de är ca 10 stycken i rummet samtidigt.

“När det gäller just injecerandet jobbar vi med att upplysa och lära patienterna hur de ska göra för att injecera sterilt. Det handlar inte bara om injiceringshygien vi pratar även med dem om hur viktigt det är att skydda sig mot infektionssjukdomar som HIV och hepatitis C. Säker sex och att inte dela sprutor med andra är återkommande samtalsämnen som vi för med patienterna“. (Pia , sjuksköterska med vidareutbildning inom psykiatri, projekt A)

Sjuksköterskornas arbete innefattar enligt ovanstående även vissa pedagogiska arbetsuppgifter. Heroinmissbrukarna inom projekten skall lära sig att injecera sterilt och ta ansvar för sitt missbruk dvs inte dela sprutor med andra utanför projektet och praktisera säker sex.

“Den mesta tiden går åt till utgivandet av heroin och det är stressigt under ‘rusningstiderna’, allt ska ju hinna registreras i våra dataakter. Doserna, andra mediciner samt att kolla så att de har kommit ihåg sina obligatoriska tider hos läkaren eller socialarbetaren“. (Anna, sjuksköterska, projekt C)

“Mycket tid går åt till att göra iordning sprutorna och hålla koll på patienterna. Samtidigt som jag delar ut registrerar min kollega doserna i dataakterna. En av personalen befinner sig alltid i injiceringsrummet och kontrollerar så att allt sker enligt gällande föreskrifter. Det är ju inte tillåtet att ta med vare sig spruta eller kanyl ut ur rummet“. (Maria, sjuksköterska med psykiatriutbildning, projekt C)

Dessa två citat lyfter även fram ytterligare en aspekt av sjuksköterskornas arbetsområde. De ansvarar även för att allt går rätt till när patienterna kommer för att injicera. Sjuksköterskorna kan sägas ha en kontroll funktion.

Vid sidan av injiceringsrummet (låst rum) på de tre projekterna finns ett väntrum/uppehållsrum med soffor och stolar samt en kaffeautomat. Patienterna betalar vid registreringen en fast kostnad på 15 sfr./dag för det heroin de erhåller (motsvarar ca 80 kr).

De heroinmissbrukare som vill påbörja en behandling inom projekt PROVE kallas till ett samtal med någon av socialsekreterarna inom respektive poliklinik. Inledande ges en redogörelse för de gällande antagningskriterierna enligt ramdirektiven från regeringen. Om de uppfylls skall heroinmissbrukaren informeras om att data om alla inskrivna patienterna ges till den forskningsgrupp som löpande utvärderar behandlingen inom projekten. De informeras även om att obligatoriska samtal och undersökningar av läkare respektive socialarbetare ingår i behandlingen. Socialarbetaren skall även göra en bedömning av heroinmissbrukarens sociala situation och motivation till behandling (sker ej vid projekt B). Därefter kan antagningsblanketten fylls i och ett läkarbesök bokas. Läkaren talar även med heroinmissbrukaren samt gör en medicinsk undersökning. Socialarbetaren och läkaren tar sedan kontakt med överläkaren som gör en formell ansökan hos länsläkaren (*Kantonsarzt*) och Folkhälsoinstitutet (*BAG-Bundesamt für Gesundheit*).

Socialarbetarna följer sina patienten under dess behandling inom projekt PROVE. Det innebär bla regelbundna obligatoriska träffar ca en gång per månad (vid behov oftare). Individuella behandlingsplaner görs tillsammans med läkaren och patienten utifrån den inledande sociala samt medicinska utredningen.

“Precis som inom socialtjänsten har jag här egna patienter som jag har kontakt med. Enligt de gällande forskardirektiven måste patienterna träffa en socialarbetare en gång per månad. Dessa träffar med patienterna ser väldigt olika ut. En del patienter är i så dåligt skick att stödsamtal och att de kommer till heroinutgivningen vid varje tillfälle är en tillräcklig planering. Vi jobbar med små delmål där minsta förbättring ses som ett framsteg. Samarbetet med läkaren är väldigt viktigt“. (Barbro, socialarbetare, projekt A)

Vikten av en individuell planering med små delmål lyfts här fram. En av dessa delmål är att patienten finner sig på projektet varje dag och att det först där efter är möjligt att göra vidare planeringar i samarbete med läkaren.

“Alla behandlingsplaner är individuella utifrån patientens behov. Till en början är det viktigaste att de kommer till de träffar som vi gjort upp. Vi pratar med patienten och försöker ta reda på vad de vill med behandlingen och vilka mål de själva har. Tillsammans försöker vi sedan se vilka mål som är rimliga och hur en effektiv behandling kan läggas upp“. (Lena, socialarbetare, projekt B)

Även här påtalas vikten av individuella behandlingsplaner. Patientens egna mål ses dock som särskild viktiga för socialarbetaren som arbetar inom projekt B. Det handlar om en gemensam planering som skall vara rimlig och effektiv för patienten.

Socialarbetaren arbetar med patientens sociala situation dvs bostad, arbetsträning, arbete, skuldsanering, anhöriga mm. Man utgår från patientens egna behov, önskemål och arbetar med små delmål. Stödsamtal, motivationssamtal, krissamtal är några av de arbetsmetoder som socialarbetarna har och man försöker se varje patient i den miljö/sociala sammanhang som de för tillfället befinner sig i. Socialarbetarna arbetar i ett nära samarbete med läkarna.

“Allt eftersom patienternas hälsotillstånd förbättras kan vi börja hjälpa dem med deras sociala situation. Via det stödboendeprojekt som är knutet till oss kan vi se till att så många som möjligt av våra patienter får tak över huvudet. Vi tar även hjälp av anhöriga i de fall där det är möjligt. /---/För de patienter som är stabila finns oftast en önskan om att kunna få ett jobb. Arbetsprojektet fyller en viktig funktion då det kan ge en arbetsträning“. (Stina, socialarbetare, projekt B)

“Behandlingen är mycket individuell. En del kommer till oss direkt ifrån gatan. Hela deras sociala situation är i kaos. En del är verkligen i mycket dåligt skick. Sen har vi de som kommit från metadonprojekten. De har andra förutsättningar. Det gäller att se dessa patienter utifrån deras sociala situation och börja med det som är viktigt för patienten. Jag tycker att det är

viktigt att bygga upp en relation till patienten och att de mål som planeras är rimliga. De har ju redan misslyckats såmånga gånger“. (Barbro, socialarbetare, projekt A)

“Beroende på hälsotillstånd och motivation bestäms intensiteten på kontakten med socialarbetaren. Socialarbetarna har möjlighet att jobba intensivare med vissa patienter om de är i behov utav en tätare kontakt. /---/Det kan röra sig om krissamtal eller stödsamtal. Det kan även gälla motivationsamtal för att komma igång med arbete. För de som har kommit så långt att de har arbete och en inkomst kan det vara saklig hjälp som tex att skuldsanera som är viktigt för patienten. Det handlar om att se hela patienten och hans situation.“. (Karin, projektledare och socialarbetare, projekt A)

Samtliga tre citat från både projekt A och B visar att socialarbetarnas arbete är avgränsat till patienternas sociala situation. Behandlingsarbetet går ut på att förändra och förbättra patientens boendesituation och arbetsmöjligheter. Patienterna skall stödjas att fatta egna beslut och den socialintegrationen är viktig. De metoder som socialarbetarna använder sig av i sitt arbete kan sägas vara yrkestraditionella och bygger på en kunskap och en förståelse för individen och hans omgivande miljö.

Målet är vidare att en förändringsprocessen skall kunna inledas och att patientens egen vilja att förändra sin sociala situation och sluta missbruka skall växa fram och bli starkare.

“Mycket av vårt jobb går ut på att patienterna skall ta ansvar för sin sociala situation. De ska när det är möjligt själva fatta beslut om det som rör dem. Ta tex detta med heroindoserna. När de kommer till oss vill de pröva på en högsta dos men efter ett tag märker de själva att det inte ger dem såmycket. Allt eftersom kommer sedan önskan om att dra ned på dagsdosen. Det kommer dåfrån patienten själv och ibland händer det att vi måste bromsa och säga stopp inte så snabbt“. (Lena, socialarbetare, projekt B)

Socialarbetaren inom projekt B betonar här återigen patientens egna ansvar. En förändring av patientens situation kan endast ske om patienten själv önskar en förändring.

“Genom att arbeta med små delmål kan en förändringsprocess komma igång för många av våra patienter. Fast det är viktigt att vara medveten om att processen tar tid“. (Barbro, socialarbetare, projekt A)

“Målen är som jag ser det en process. Du kan inte nå det fjärde om du ej nått det tredje osv. Det är en målpyramid som ligger inne i patienten, i deras egen dynamik. Dessa delmål ser vi inom projektet som en lång process“. (Karin, projektledare och socialarbetare, projekt A)

Socialarbetarna inom projekt A betonar inte patientens egna ansvar för att en förändringsprocess skall kunna påbörjas. Förändringarna hos patienterna ses som en process som långsamt äger rum och att tiden och patientens inre dynamik är det som avgör hur långt patienten kommer i sin förändringsprocess.

Läkarna och psykiatrikerna ansvarar för den somatiska och psykiatriska hälsan hos patienterna. Regelbundna obligatoriska läkarkontroller görs ca en gång i månaden (vid behov oftare). Med vissa undantag (tex sjukhusvistelse för AIDS-patienter) sker all medicinsk behandling inom projektet.

“Vid de regelbundna läkarkontrollerna görs läkarundersökningar ca en gång i månaden. De ligger till grund för behandlingsplaneringen. För de patienter som har svårare infektionssjukdomar som HIV, AIDS eller hepatit C finns alltid en möjlighet till en tätare kontakt. Patientens hälsa avgör hur tät kontakten är och vad behandlingen innebär. /---/ Som läkare har jag ansvaret för den medicinska och den psykiatriska behandlingen av patienterna“. (Hans, projektledare och läkare/psykiatriker, projekt B)

Läkarnas/psykiatrikernas arbetsområde avgränsas till det medicinsk/psykiatriska yrkesfältet. Det behandlingsarbete som läkarna/psykiatrikerna utför bygger på medicinsk sakkunskap och de metoder man använder sig av kan sägas vara yrkestraditionella.

Vid sidan av heroin, morfin och injicerbart metadon förskrivs även metadon för oralt bruk samt bensodiazepin vid behov. Läkaren ansvarar för all medicinsk förskrivning inom projektet och har det övergripande behandlingsansvaret. De patienter som har psykiatriska diagnoser erhåller samtalsterapi samt i vissa fall ytterligare medicinering.

När det gäller själva förskrivningen föredrar de flesta heroin. Morfin och injicerbart metadon används sällan. Vi har däremot en del patienter som ibland tar metadon oralt. Men detta är mycket individuellt och vi strävar efter ett stort patientinflytande. Patienten bestämmer med såmycket det går hos oss. /---/Patienternas psykiatriska tillstånd kan ibland innebära att samtalsterapin måste kompletteras med mediciner. Jag anser att man måste se till patientens hela situation. Ibland betyder det att planerade behandlingar som gjort tillsammans med socialarbetarna inte kan genomföras pga försämrad psykisk hälsa. Jag har som läkare då det övergripande behandlingsansvaret“. (Hans, projektledare och läkare/psykiatriker, projekt B)

I ovanstående citat tydliggörs att läkaren/psykiatrikern har det övergripande behandlingsansvaret. Detta kopplas till förskrivningsrätten samt till de medicinska och psykiatriska kunskaper som läkaren använder sig av för att ställa sin diagnos.

5.3 Analysen av behandlingsbegreppet och dess innebörd

Under kapitel 2 presenterades olika betydelser av behandlingsbegreppet och dess innebörd. När det gäller projekt PROVE skulle det vara möjligt att säga att behandling är allt det som sker med patienten under den tid som han är inskriven inom projekt PROVE. En sådan innebörd av behandlingsbegreppet säger emellertid ingenting om dess innehåll. Jag väljer således att tolka det presenterade materialet utifrån de i kapitel 2 nämnda grundbetydelseerna av behandlingsbegreppet. Levin, Sunesson och Swärd (1998) urskiljer tre grundbetydelser av behandlingsbegreppet och benämner dessa den pedagogiska behandlingstanken, den medicinsk-rationella behandlingstanken samt den social politiskabehandlingstanken. Med syftet att tydliggöra och definiera behandlingen och dess innehåll inom projekt PROVE kommer jag att i nedanstående analys koppla personalens berättelser om deras arbete till de nämnda betydelserna av behandlingsbegreppet.

Enligt de tidigare presenterade citaten framkommer att behandlingsplanerna planeras individuellt utifrån patientens behov. Samtliga tre yrkesgrupper (socialarbetare, läkare och sjuksköterskor) bedriver vad man kan kalla yrkestraditionella behandlingar i ett nära samarbete med varandra. Man delar en gemensam behandlingstanke om att bestämda åtgärder är nödvändiga för de patienter som

är inskrivna inom projektet. Syftet och målen med de olika behandlingsåtgärderna kan vidare kopplas till den regeringsförordning från 1992 som projektet stödjer sig på.

‘Försöken att läkare förskriver narkotiska preparat till narkotikamissbrukare är definerade som vetenskapliga försök med målet; att granska om den föreslagna terapin kan vara ett steg på väg för att nå drogfrihet. Därmed står ett förbättrat fysiskt och/eller psykiskt hälsotillstånd, en förbättrad social integration (arbetskapacitet, distansiering från narkotikascener, minskad kriminalitet) samt ett medvetande och ett ansvarstagande beträffande HIV-infektions risker i förgrunden. Verkningarna av de använda substanserna skall fastställas genom de data som försöken ger.’(Uchtenhagen,A., 1997, Synthesebericht PROVE, s.11 min översättning samt mina understrykningar)

Enligt ovanstående klargörs de politiska tankarna om att behandling är en önskvärd åtgärd för en bestämd grupp narkotikamissbrukare (enligt ramdirektiven heroinmissbrukare). Det övergripande målet är vidare att dessa heroinmissbrukare skall bli drogfria. För att bli drogfria behöver de emellertid:

1. Förbättra sitt fysiska och/eller psykiska tillstånd
2. Förbättra sin sociala integration
3. Öka sitt medvetande och sitt ansvarstagande beträffande HIV-infektionsrisker i samband med missbruk.

Dessa tre punkter kan sägas sammanfatta syftet och målen med projekt PROVE. Det ger även riktlinjer för projekten då man tydligt skriver att förbättringar och förändringar inom dessa områden skall komma i förgrunden dvs prioriteras. Målet om drogfrihet sätts som ett mål längre fram, ett slags övergripande mål med projektet. Behandlingsarbetet inom projekten som till stor del utgår utifrån dessa punkter kan ge behandlingsbegreppet följande innebörder:

Målet att förbättra och förändra patienternas fysiska och psykiska hälsa uttrycker en **medicinskt-rationell behandlingstanke** som även innefattar en psykiatrisk behandlingmodell.

Behandlingsbegreppet ges ett medicinskt perspektiv som bygger på medicinsk sakkunskap. Individens och hans diagnos står i centrum för eventuella åtgärder. Den fysiska och den psykiska hälsan hos individen är skild från sitt sociala sammanhang och genom hävdande av expertkunskap är åtgärderna förknippade med symptom, sjukdom, diagnos, behandling och bot (tillfrisknande).(Levin,C, Sunesson,S Swärd,H., 1998, s.179-184)

De yrkesgrupper som inom projekt PROVE kan förknippas med denna behandlingstanke är läkare, psykiatriker och i viss mån även sjuksköterskor då den medicinska behandling och omvårdnad som de ger bygger på medicinsk sakkunskap. I tidigare presenterade citat har läkarnas förskrivningsrätt samt övergripande behandlingsansvar för patienterna tydliggjorts. Det innebär att utan läkare med godkänd förskrivningsrätt kan projekten inte drivas. De behandlingar som läkarna utför inom projektet är vidare yrkestraditionella och bygger på medicinsk vård enligt den medicinsk-rationella behandlingstanken. Den medicinska omvårdnaden som sjuksköterskorna ger bygger även på denna medicinska kunskap.

Den **pedagogiska behandlingstanken** som kommer till uttryck under punkt 2 och 3 bygger på tron att människors egenskaper kan förändras. Människor kan uppfostras till något 'bättre'. Livsvilkoren sätter vidare ramarna för hur människan kommer att utvecklas. Den pedagogiska behandlingstanken handlar ofta om moraliska uppfattningar dvs det som skall förbättras eller ändras på är det som av samhället vid den tidpunkten uppfattas som rätt eller fel. (ibid. 179-184) Heroinmissbrukarna skall således enligt regeringsförordningen och punkt 2 förbättra sin sociala integration. Individens ses här i sitt sociala sammanhang. Den behandling som ges skall syfta till att återintegrera och resocialisera patienterna med tyngdpunkt på förbättrat boende samt förbättrad arbetskapacitet. En uppfostrande och moralisk tanke om att var och en om det är möjligt skall arbeta och göra rätt för sig. De skall vidare hålla sig borta från de öppna narkotikascenerna samt avstå från att begå kriminella handlingar. Missbrukarna skall lära sig att följa de regler som gäller i samhället. Enligt punkt 3 skall de vidare bli medvetna och ta ansvar för sitt missbruk och HIV-infektionsriskerna. Icke önskvärda beteende måste förändras och den pedagogiska behandlingstanken med en viss moralisk underton passar även här.

Den yrkesgrupp inom projekt PROVE som arbetar med patientens sociala situation och kan förknippas med förändringsarbete, stödsamtal, motiveringsamtal mm är socialarbetare. Det behandlingsarbete som socialarbetarna utför kan ses som yrkestraditionellt. Behandlingsarbetet är inriktat på patienternas resocialisering och reintegration i samhället. Inom projekt PROVE har emellertid sjuksköterskornas medicinska omvårdnad även pedagogiska inslag kopplat till punkt 3. De skall lära patienterna att injicera sterilt, allmänhygien, näringslära samt lära dem hur man undviker smittspridning av HIV och hepatit. Det förefaller vara så att just sjuksköterskorna befinner sig i ett

gränsland mellan det medicinska och det sociala yrkesfältet. Den behandling som de ger kan sägas bygga både en medicinsk-rationell samt en pedagogisk behandlingstanke.

Yrkesgrupperna socialarbetare och sjuksköterskor förefaller således vara ansvariga för den psykosociala omvårdnad som enligt ramdirektiven från Folkhälsoinstitutet (*Bundesamt für Gesundheit*) är ett vilkor som måste kunna garanteras och uppfyllas av projekten. Denna psykosociala omvårdnad rymmer därmed både en medicinsk-rationell samt en pedagogisk behandlingstanke.

Den **socialpolitiska behandlingstanken** innebär att reformer inom det socialpolitiska området skall minska och förebygga olika slags sociala problem och förbättra livsvillkoren för marginaliserade grupper i samhället. (Levin,C., Sunesson,S., Swärd,H., 1998, s.179) Tar vi den narkotikapolitiska reformen som genomförts i Schweiz under 1990-talet som exempel och betraktar projekt PROVE i det sammanhanget kan regeringsförordningen med det övergripande målet att heroinmissbrukarna slutligen skall bli drogfria förstås som ett socialpolitiskt mål. Drogfrihet för en grupp heroinmissbrukare utifrån den socialpolitiska behandlingstanken leder onekligen till minskade sociala problem och det förbättrar sannolikt livsvillkoren för en marginaliserad grupp i samhället. Genom att koppla projekten till den gällande narkotikapolitiken och missbruksdiskursen i samhället blir betydelsen av drogfrihet som mål begriplig. De narkotikapolitiska målen innebär inte bara drogfrihet för individen utan även skadereducering för individ och samhälle. Projekt PROVE har således kommit att innefatta båda dessa mål.

5.4 Resultatsammanfattning

Den behandling som ges inom projekt PROVE rymms inom det medicinska och det sociala yrkesfältet. Behandlingen bygger på en medicinsk-rationell behandlingstanke samt en pedagogisk behandlingstanke. Det förefaller vidare vara så att de respektive yrkesgrupperna läkare/psykiatriker, socialarbetare och sjuksköterskor utför yrkestraditionella behandlingar inom avgränsade behandlingsområden utifrån patienternas behov. Personalen oavsett yrkesgrupp verkar motivera det egna behandlingsarbetet utifrån yrkeskunskaper. Behandlingsarbetets innehåll och syfte kan kopplas till den gällande regeringsförordningen där syfte och mål med projekt PROVE presenteras. Det

övergripande målet om att behandling inom projektet skall leda till drogfrihet kan förklaras och förstås utifrån en socialpolisisk behandlingstanke.

5.5 Olika diskurser

Utifrån de data som hittills presenteras förefaller samtliga tre projekt vara ganska lika dvs de har liknande organisation, rutiner och arbetsfördelning och det behandlingsarbete som utförs inom projekten rymms inom det medicinska och det sociala yrkesfältet. Vid närmare analys av intervjuerna framkommer dock att man talar olika på de tre projekten. Målen formuleras olika inom projekten och jag har analyserat intervjuerna utifrån tanken om att det utvecklas och råder en viss samtalsordning inom projekten. Jag har funnit att dessa olika sätt att tala kan beskrivas utifrån två olika diskurser. Jag kallar dessa diskurser för den medicinsk/psykiatriska diskursen och den social/psykologiska diskursen.

5.6 Den medicinsk/psykiatriska diskursen

Utmärkande för den medicinska diskursen är att den innefattar och bygger på en förståelse för psykiatri. Detta är tydligt inom projekt B där målen formuleras utifrån denna förståelse. Följande citat är hämtade från personalen inom projekt B.

“Den teoretiska grunden för vårt behandlingskonceptet är en förståelse för psykiatri./---/Det handlar om ett större spänningsfält. Man måste se heroinmissbruk i ett större sammanhang. Mellan symtomen och all annan problematik handlar det även för många om psykiatriska och psykologiska problem. Ta tex patienten med schizofreni. Den patienten är på långa vägar inte frisk eller färdigbehandlad när heroinabstinens uppnåtts./---/Sedan är det ju så att om man leder en medicinsk verksamhet är det ju klart att vi följer medicinska riktlinjer“. (Hans projektledare och läkare/psykiatriker, projekt B)

Heroinmissbruket ses här i ett större sammanhang. Heroinmissbruket förstås utifrån patientens medicinsk/psykiatrisk sjukdomsbild. Behandling sker utifrån en diagnos. Den medicinsk-rationella behandlingstanken är tydlig.

“För våra i grund fysiskt och psykiskt nedgångna patienter är överlevnad det viktigaste målet. I de fall där vi har möjlighet handlar vårt jobb om att höja deras livskvalité”. (Lena, socialarbetare, projekt B)

“Från början när de kommer till oss från gatan som ju många gör. Handlar det mycket om att minska deras lidande och de skador som missbruket orsakar. Vi måste fånga upp dem”. (Stina, socialarbetare, projekt B)

Båda socialarbetarna betonar i ovanstående citat de skadereducerande åtgärder som viktiga mål med behandlingen. Behandlingen skall syfta till patientens överlevnad samt en förbättrad livskvalité.

“Vi bedriver en medicinsk verksamhet och följer medicinska riktlinjer. För oss innebär det att patientens överlevnad är det viktigaste målet. Patientens överlevnad är det övergripande målet. Sedan har vi andra mål och det är att lindra patientens fysiska och psykiska besvär. Vi försöker att förbättra patientens hälsotillstånd och minska smittriskerna av HIV och Hepatit C. Om man vill gå vidare från dessa två mål måste man verkligen veta vad det är man gör. Vi måste ju ta emot de patienter som tidigare misslyckats med en abstinensriktad behandling./.../Naturligtvis är abstinens ett mål men absolut inget heligt för oss”. (Hans, projektledare och läkare och psykiatriker, projekt B)

I ovanstående citat klargörs projekt Bs behandlingsinriktning. Projektet ses som en medicinsk verksamhet som skall följa de medicinska riktlinjerna. De narkotikapolitiska tankarna om skadereducering för individen kan även kännas igen. Patientens fysiska och psykiska besvär skall lindras och smittskyddande åtgärder vidtagas vilket uttrycks som delmål med behandlingen. Det övergripande målet är patientens överlevnad. Målet om drogfrihet ges en lägre prioritet och styr inte behandlingsplaneringen.

Det som även är utmärkande för den medicinsk/psykiatriska diskursen är att patienten med dess symtom och diagnos står i centrum för den behandling som ges. Patienten har även ett stort inflytande över behandlingsplaneringen.

“Vårt behandlingskoncept har vuxit fram från tidigare arbetslivserfarenheter, våra gemensamma behandlingsträffar samt under stort inflytande av patienterna. Patienten är det viktigaste hos oss. Målet är väl egentligen att få patienterna så långt att han/hon talar om vad de vill och att vi försöker stödja dem så långt det går. Men det är klart, patientens fysiska och psykiska hälsotillstånd kan ju förändras vilket i sin tur gör att vi måste göra andra behandlingsplaneringar än de önskade. Men det kräver en acceptans från personalens sida. Behandlingen med inriktning mot helande verkar framförallt utifrån försök från klienten. Det är en stegvis förbättring och utveckling som sker“. (Hans, projektledare och läkare/psykiatriker, projekt B)

Patienten och hans diagnos står i centrum för all behandling som ges. Patienten ses som ett subjekt med rätt att fatta beslut som rör honom och hans hälsa/situation så länge som det sker inom ramen för det medicinskt försvarbara. Även här kan grundtankarna för skadereducering (*Schadensverminderung*) som koncept kännas igen. Individens skall respekteras och tillåtas fatta egna beslut. Behandlingen är subjekt inriktad och syftar till att stärka individen och återskapa en eventuell autonomiförlust.

Den medicinska/psykiatriska diskursen innefattar även en syn på heroinmissbruk och heroinet som substans. Vikten av skadereducerande åtgärder för individen framhävs även.

“Jag är som läkare av den mening att jag tror att man kan leva bra med heroin. /.../ Rent medicinskt kan man jämföra heroinet med andra mediciner. Men sen finns det ju ett stort men och det är att det socialanätverket samt följderna av ett beroende av en illegal drog är många. Det innebär en oerhörd stress för många. Vårt projekt minskar patienternas stress. De får ett rent heroin samt rena sprutor vilket även ökar deras chanser att undvika smitta och överleva./---/ Behandlingen innehåller skadereducerande åtgärder och för dessa har vi ett bra stöd i samhället“. (Hans, projektledare och läkare/ psykiatriker, projekt B)

Heroinet som substans jämförs med andra mediciner. De många problemen som heroinmissbrukare har förklaras utifrån det faktum att de är beroende av en enligt staten illegal drog och att de därmed tvingas till ett liv med en ständig jakt på heroin. Genom förskrivningsprojekten blir heroinet lagligt och patienternas stress minskar. Med rena sprutor minskar vidare riskerna för smittspridning och

patienternas överlevnadschanser stiger. De tankergångar som här kommer till uttryck stämmer väl överens med missbruksdiskursen i samhället och vikten av skadereducerande åtgärder för individen.

“Ja, heroinet är att likna vid en medicin. Det är dock en illegal medicin enligt gällande lagstiftning“. (Stina, socialarbetare, projekt B)

Socialarbetaren instämmer och ställer sig bakom läkarens resonemang.

“Många av våra patienter har ju använt heroinet som en självmedicinering och funnit att det verkar bäst på dem“. (Lena, socialarbetare, projekt B)

Heroinmissbruk förklaras av socialarbetaren utifrån tanken om en självmedicinering. Patienten tar heroin eftersom han funnit att det lindrar hans inre psykiska lidande.

Heroinet som substans ses i sin rena form som en medicin som kan användas i behandlingen av patienter med psykiatriska diagnoser.

“Heroin är klart ett av de potentaste smärtmedel som finns. Dess verksamhet kan jämföras med psykofarmaka men det är mycket äldre än psykofarmaka och alla analgetika samt antidepressiva. /---/Vi har patienter med psykiatriska diagnoser som vid minskade heroindoser och ett allt för inriktat arbete mot heroinabstinens blir psykiskt sämre.

Personlighetsstörningarna blir tydliga och de depressiva tillstånden tilltar. Man måste se till hela situationen och inte fastna vid målet om ett narkotikafritt liv“. (Hans, projektledare och läkare/psykiatriker, projekt B)

I ovanstående citat tydliggörs återigen den medicinsk/psykiatriska inriktningen som projektet utvecklats.

5.7 Sammanfattande kommentar

Inom projekt B har en medicinsk/psykiatrisk diskurs utvecklats. Denna diskurs innefattar en viss syn på heroin, heroinmissbruk och behandlingsarbetet med heroinmissbrukare. Denna syn bygger på en

förståelse för psykiatri och målen med projektet formuleras utifrån denna förståelse. Heroinmissbruket ses i ett större sammanhang och behandlingen fokuseras inte på själva missbruket och vikten av heroinabstinens utan på dess följder dvs infektionssjukdomar, undernäring, somatiska sjukdomar, allmänhälsa samt psykiatriska hälsa. Patientens sociala situation med fungerande bostad, arbete, fritidssysselsättning ses som resultat av föregående behandlingarna. Patienten överlevnad är det viktigaste målet och eventuella skador och lidande skall reduceras så gott det går. Vidare står patienten i centrum och dennes behov skall respekteras och accepteras inom ramen för det medicinskt försvarbara. Patienten erhåller vissa rättigheter tex rätten till medicin för en diagnostiserad sjukdom. Heroinet jämförs med andra smärtstillande medel eller psykofarmaka.

Man skulle kunna säga att den medicinsk-rationella behandlingstanken med syfte att bota och hela patienter är den som styr projektets egna målformulering. Projektet ses som en medicinsk verksamhet. Det medicinska språket med en inriktning mot psykiatri gäller inom projektet. Det förefaller även vara så att samtliga yrkesgrupper har kunnat enas om att det är en relevant och förnuftig utgångspunkt för den övergripande behandlingsplaneringen. Detta trots att yrkesgrupperna socialarbetare och sjuksköterskor i övrigt bedriver för yrkesgruppen ett traditionellt behandlingsarbete med patienterna.

5.8 Den social/psykologiska diskursen

Utmärkande för den social/psykologiska diskursen är att den innefattar och bygger på en förståelse för individen och dess psykologiska och sociala situation. Individen ses i relation till sin omgivning. Detta är tydligt inom projekt A och C där målen med projektet formulerats utifrån denna förståelse. Följande citat är hämtade från personalen inom projekt A och C.

“Vi arbetar utifrån tanken om en målinriktad men stegvis reintegration för våra patienter. Där slutmålet är heroinabstinens. /.../Vi utgår ifrån att den sociala situationen, livsglädjen och den egna identiteten först måste stärkas hos patienterna och när det långsamt kommer finns möjligheten att jobba vidare./---/Vi arbetar utifrån en målhierarki. Det första målet är att patienterna som skrivit in sig hos oss kommer till avtalade träffar och till den dagliga heroinutgivningen. Det handlar då om att fånga upp dem och få dem att stanna kvar i behandlingen. Vi försöker att minska de hälsomässiga och de sociala skadorna hos

patienterna. När patienternas psykiska och fysiska hälsotillstånd stabiliserats och förbättrats kan målen om reintegration i samhället planeras. Men allt detta tar tid och det är en lång process där förändringarna sker långsamt“. (Karin, projektledare och socialarbetare, projekt A)

“Mycket av behandlingen går ut på att stärka individens egna resurser. Att bygga upp ett självförtroende igen och att de lär sig hantera och lösa konflikter på ett annat sätt än tidigare. Den sociala omvärlden och relationer till andra människor måste hos många byggas upp igen. De som levt en lång tid på gatan och vistats vid de öppna narkotika scenerna har ofta släppt på de flesta spärrarna och har inte förmågan att ta hänsyn eller visa respekt. De är vana att ljuga och manipulera sin omgivning. Patienterna måste lära sig att umgås och ha relationer som bygger på hänsyn och respekt igen. Man kan säga att de måste resocialiseras igen för att en integrering i samhället ska kunna lyckas“. (Barbro, socialarbetare, projekt A)

“Som översta mål har vi ett drogfritt liv men det tar mycket lång tid att nå dit. På vägen försöker vi att arbeta med små delmål. Det första är att behålla patienterna i behandlingen och att de ska infinna sig regelbundet på de tider som gäller. Vi har även delmål som syftar till att minska de hälsomässiga och sociala skadorna. Det handlar om allmän hygien, injiceringshygien för att minska smittspridning samt stabilisering av den fysiska och psykiska hälsan. Målet att integrera patienterna i samhället är viktig. Vi försöker hjälpa patienterna att finna en dagsstruktur. Hantering av pengar och sköta ett boende samt ett jobb är små delmål som många patienter måste lära sig. Vi lägger en stor vikt på patienten och hans omgivning“. (Kristina, projektledare och sjuksköterska, projekt C)

Ovanstående citat från projektledarna inom projekt A och C tydliggör projektens inriktning. Målen med behandlingen är att patienterna resocialiseras och reintegreras i samhället. Slutmålet är vidare att patienterna skall bli drogfria. Målen att minska de fysiska och psykiska besvären ses som viktiga och är en del av en förändringsprocess som tar lång tid. Citatet från socialarbetaren på projekt A visar vidare på en förståelse för individens sociala problematik och vikten av att se individen i samspelet med den sociala omvärlden.

Det som även utmärker den social/psykologiska diskursen är synen på patienten som en i gruppen av många patienter. Förhållningsreglerna är klara och individuella utagerande eller affektioner tolereras i liten utsträckning och leder oftast till sanktioner. Samtliga patienter förväntas uppföra sig enligt projektets förhållningsregler och visa hänsyn samt respekt för omgivningen.

“Vårt koncept bygger på att samtlig personal måste kunna arbeta empatiskt. De måste också kunna vara vettiga förebilder och ha en förmåga att hantera starka känslor. De måste även kunna säga ifrån och sanktionera när det behövs. Vi försöker komma bort ifrån bilden av stackars missbrukare -hemska samhället eftersom det inte leder till något ansvarstagande hos patienterna. Vi strävar efter att öka patienternas ansvarstagande för sin situation där det gamla gatulivet med lögner och spela ut sin omgivning ska minska. /---/De patienter som inte respekterar de gällande husreglerna sanktioneras. Varje yrkesgrupp har möjlighet att vid behov sanktionera inom sitt arbetsområde. Sanktionerna innebär oftast att de inte får sitt heroin. De får kanske en mindre dos eller metadon för oralt bruk istället. Vår läkare har lite svårt för detta då han önskar en individuell förståelse där utagerande osv är viktigt och patienten är i centrum. Fast han har en förståelse för att det inte fungerar när man bedriver en så stor verksamhet som vi gör“. (Karin, projektledare och socialarbetare, projekt A)

I ovanstående citat tydliggörs den pedagogiska behandlingstanken och vilket inflytande den har över den övergripande behandlingsplaneringen. Projektläkaren har vidare en annan tanke om hur patienterna skall bemötas och behandlas men har gett vika och anpassat sig. Detta kan ses som särskilt intressant då det trots allt förhåller sig så att projektläkarna inom samtliga projekt har det övergripande behandlingsansvaret.

Vi visste inte vad som väntade oss när vi startade upp projektet. Vi steg på ny mark och arbetet bestod till stor del av att pröva sig fram. Vad fungerar-vad fungerar inte. Utifrån de erfarenheter vi gjort har vissa anpassningar och förändringar måste göras. För att få det hela att fungera insåg vi ganska snabbt att patienterna inte kunde tillåtas bete sig hur som helst inom projektet. De flesta problemen med utagerande och fräckheter uppstod vid heroinutgivningen. Patienterna tog med sig det beteende som de lärt sig på gatan in till projektet och det var ständigt konflikter och oklarheter. Den personal som arbetade där påtalade ganska snabbt att vissa husregler och de gällande föreskrifterna måste följas av alla

patienter om en utgivning skulle fungera. Nu gör vi så att de patienter som inte respekterar och följer de gällande reglerna sanktioneras. Sanktionerna innebär att de inte får sitt heroin“.
(Kristina, projektledare och sjuksköterska, projekt C)

Även inom projekt C finns en tydlig pedagogisk behandlingstanke. Patienterna skall lära sig att bete sig enligt de regler som gäller. De som inte gör det bestraffas och erhåller mindre eller inget heroin.

Den social/psykologiska diskursen innefattar också en syn på heroinmissbruk och på heroinet som substans. Vikten av skadereducerande åtgärder för individen och samhället framhävs även.

“Varför en individ börjar använda sig av heroin och varför de fortsätter med det är mycket individuellt. Våra patienters berättelser om deras missbruk ser olika ut. Vad vi däremot har sett och uppmärksammat är att många av dessa tunga heroinmissbrukare som vi tar emot har personlighetsstörningar. Vi har en grupp patienter med psykiatriska diagnoser och för dessa har heroinet nog fungerat som en form av självmedicinering. De har försökt att minska sitt mentala lidande och funnit att med heroin fungerar det. Men vi ser även andra grupper och andra orsaker. Människor som vid en viss situation mer eller mindre valt heroinmissbruk då de trodde att det kunde lösa deras problem. Deras missbruk kan kanske mer ses som resultatet av psykologiska eller sociala problem“. (Karin, projektledare och socialarbetare, projekt A)

Heroinmissbruk och dess orsaker ses som individuellt och förklaras dels utifrån tankar om självmedicinering och en psykiatrisk problematik men även utifrån tankar om sociala eller psykologiska problem.

“Vi ser olika grupperingar av våra patienter. Vi har de med psykiatriska diagnoser som med hjälp av heroinet kan hålla sin psykiatriska sjukdom under kontroll. När dessa sänker sina heroindoser för snabbt eller till för låga doser blir de dåliga. Jag tror att dessa patienter har provat sig fram med olika droger för att försöka må bättre och helt enkelt funnit att heroinet passar dem bäst. De har självmedicinerat sig med heroin. För andra i gruppen kan det nog finnas många olika orsaker till att de fastnat i heroinmissbruk./---/ För gruppen med psykiatriska diagnoser tror jag att vi kan reducera mycket lidande. Hos oss slipper de

gatustressen med kriminalitet och prostitution. De mår psykiskt bättre och står under läkaruppsikt. Samhället slipper ju även ha dessa människor på gatorna med risk för att de skadar andra eller sig själva“. (Kristina, projektledare och sjuksköterska, projekt C)

Projektledaren på projekt C tydliggör även de skadereducerande effekterna som behandlingen ger för individen och samhället. Patienterna slipper gatustressen med kriminalitet och prostitution. De står under läkaruppsikt och risken för att de skadar sig själv eller andra i samhället minskar.

Den social/psykologiska diskursen innefattar även en viss syn på heroinet som substans.

Vi använder helt klart heroinet som ett påtryckningsmedel. Många av de patienter som vi har är lite intresserade av förändringsarbete. De kommer till oss för att vi kan ge dem heroin. Vi säger då okej här har du ditt heroin. Vi accepterar att du behöver det för att klara din vardag, men för att du ska få heroinet måste du ställa upp på vissa obligatoriska träffar och hålla dig till de gällande föreskrifterna. Fördelarna med allt detta är att det kommer patienter till oss som annars inte skulle vara intresserade av en kontakt med en socialarbetare eller läkare. Utnyttjar vi detta kan vi förhoppningsvis leda dem in på andra tankar“. (Anna, sjuksköterska, projekt C)

Vi försöker att se heroinet som ett hjälpmedel i behandlingen. Jag brukar göra en liknelse. Vi utgår från att heroinet bara är en krycka som patienten behöver för att kunna gå och klara sin vardag. Vi säger till dem att de får behålla sin krycka ett tag till. Det kan nämligen hända att patienten är så rädd att han inte klarar att gå utan sin krycka. Vi försöker då under behandlingstiden att dagligen sysselsätta patienten så att han obemärkligen börjar att använda sina fötter och klarar att gå igen. Kanske kommer också den dagen då patienten själv slänger sin krycka då han märker att han inte behöver den längre. Heroinet har då förlorat sin funktion i den människans liv“. (Karin, projektledare, socialarbetare, projekt A)

De ovanstående två citaten visar att man inte ser heroinet som en medicin utan som ett hjälpredskap som efterhand skall plockas bort. Heroinet och dess tidigare funktion hos patienten skall förlora sin betydelse. Patienterna skall således komma till rätta och lösa de grundläggande problem som gjort att de börjat och fortsatt missbruka heroin. Den behandling som ges vid projekt A och C kan sägas

bygga på den pedagogiska behandlingstanken. Behandlingen syftar till att resocialisera och reintegrera patienterna i samhället samt motivera dem till att leva ett drogfritt liv.

5.9 Sammanfattande kommentar

Inom projekt A och C har en social/psykologisk diskurs utvecklats. Denna diskurs innefattar en viss syn på heroin, heroinmissbruk och behandlingsarbetet med heroinmissbrukare. Denna syn bygger på en förståelse för individen och dess psykologiska samt sociala situation. Individen ses i relation till sin omgivning. Målen med projektet formuleras utifrån denna förståelse. Det läggs stor vikt på patienternas resocialisering och reintegrering i samhället. Den pedagogiska behandlingstanken styr behandlingsarbetet och patienterna skall lära sig att använda sina glömda eller gömda resurser. Heroinmissbruket ses för en viss patientgrupp som en form av självmedicinering samt för många som ett individuellt resultat av sociala eller psykologiska problem. Heroinet används som ett hjälpmedel eller som ett påtryckningsmedel i behandlingen där det slutliga och det övergripande målet är drogfrihet.

5.10 Analysen av diskurserna

Då antalet projekt som undersökningen bygger på är allt för få kan mönster eller generella slutsatser inte dras. Följande analys syftar därmed till att ge möjliga förklaringar och olika sätt att tolka de data som presenterats utifrån en diskussionsbasis.

Hur kommer det sig att personalen talar så olika på de tre projekten? Utifrån de presenterade data förefaller det vara så att de olika yrkesgrupperna utvecklat en gemensam samtalsordning inom projektet och att den innefattar en övergripande förståelse för heroinmissbruk och dess orsaker. Denna förståelse påverkar projektets mål och behandlingsarbetets fokus. Projekt B kan sägas vara medicinskt inriktade och domineras av den medicinsk-rationella behandlingstanken med en förståelse för psykiatri. Samtliga yrkesgrupper ställer sig bakom de medicinska riktlinjerna som styr behandlingsplaneringen och dess inriktning. Projekt A och C kan vidare sägas vara socialt inriktade och domineras av en pedagogisk behandlingstanke med förståelse för individen och hans sociala omgivning. Även inom dessa projekt verkar samtliga yrkesgrupper ställa sig bakom den sociala inriktningen som påverkar behandlingsplaneringen.

Hur kan detta förklaras? Till att börja med skulle det kunna förklaras utifrån de öppna ramdirektiven och projekternas eget ansvar att starta upp och utveckla en fungerande verksamhet. Projekten har getts stort spelrum. Det bör emellertid finnas ytterligare förklaringar till varför man pratar olika på projekten. Vilken betydelse har då organisationerna bakom projekten? De organisatoriska förhållandena med huvudmannaskap ser visserligen olika ut men samtliga projekt har en koppling till psykiatriska enheter/avdelningar i den stad som projekten ligger i. Projekt B ser sig därmed som ett medicinskt projekt som skall följa gällande medicinska riktlinjer trots att huvudmannaskapet ligger hos staden under socialdepartementet. Projekt B och C ser sig trots den administrativa koppling till psykiatriavdelningen och den social - psykiatriska tjänsten som sociala projekt som bedriver missbruksarbete och har abstinens som ett övergripande mål. Det är därmed tveksamt om det är organisationen som är den avgörande orsaken till varför personalen på de tre projekten talar olika och varför man valt olika inriktningar med sin verksamhet.

En annan möjlig förklaring skulle kunna vara att missbruksdiskursen i samhället innefattar olika förståelser för heroinmissbruk och dess orsaker. Om det skulle vara så att samhället har olika sätt att förklara missbrukets orsaker och de två diskurserna som ovan presenterats kan kännas igen som delar i en mer övergripande syn på heroinmissbruk och behandlingsarbete med heroinmissbrukare får vi en koppling mellan behandlingsarbetet och missbruksdiskursen i samhället. De två diskurser som presenterats skulle då kunna sägas motsvara två olika förståelser som båda accepteras av samhällets. Vi skulle då även kunna se skadereduceringens betydelse inom samtliga tre projekt som en del och en följd av de narkotikapolitiska målen dvs det behandlingsarbete som bedrivs ute i projekten kan kopplas till den gällande narkotika politiken och tankarna om skadereducering. Det ger emellertid endast en förklaring till varför projekten utvecklar en medicinsk eller en social inriktning och hur det i så fall kan förstås. Det förklarar dock inte varför olika diskurser utvecklas på projekten.

Möjligen förhåller det sig så att samtliga sjutton projekt har vuxit fram och utvecklats ur en lokal tradition/historia. Runt varje projekt finns en lokal syn på heroin, heroinmissbrukare och behandlingsarbete med heroinmissbrukare. En lokal missbruksdiskurs som möjligen delvis eller helt rymms inom en mer övergripande nationell diskurs. Förklaringen till varför olika diskurser utvecklas inom projekten måste då sökas i det lokala samhället dvs i det självstyrande länet (*kantonen*) som projektet ligger i. I vilken utsträckning är heroinmissbruket i länet (*kantonen*) ett socialt problem som

behöver åtgärdas. Hur ser problemen med heroinmissbrukare ut (öppna narkotikascener, prostitution, kriminalitet, bostadslösa, smittspridning av HIV och hepatit)? Hur många heroinmissbrukare har man (många storstäder i länet eller endast mindre städer)? Vilka skador orsakar missbruket individerna själva och samhället i stort? Vilka åtgärder anser man utifrån detta vara nödvändiga för att minska eller lösa problemet med heroinmissbruk?

För att kunna förklara varför personalen talar olika på de tre projekten krävs en mer omfattande undersökning av de totalt sjutton självständiga projekten. Utifrån de data jag samlat in och analyserat har jag kunnat konstatera att man talar olika på projekten och jag har försökt att beskriva dessa sätt att tala utifrån tanken om diskurser. Trots det låga antalet projekt som har ingått i min undersökning håller jag det för troligt att de sjutton projekten kan ses som mer "socialt" eller "medicinskt" inriktade och att det även innefattar en social/psykologisk diskurs eller en medicinsk/psykiatrisk diskurs. Jag vill här göra läsaren uppmärksam på att jag i urvalet av projektet valde bort två projekt som jag ansåg vara allt för medicinsk/psykiatriskt inriktade. Organisationen hos dessa projekt hade även en anknytning till sjukhusen i länen (*kantonen*). Jag ansåg dem utifrån det som icke representativa i förhållande till hur övriga gruppen projekt såg ut. Så här i efterhand håller jag det för troligt att dessa projekt i likhet med projekt B i min undersökning möjligen är representativa för hur de mer "medicinskt" inriktade projekten utvecklats. Projekt A och C i min undersökning skulle då kunna sägas representera de mer "socialt inriktade" projekten.

5.11 Resultatsammanfattning

*Den behandling som ges av yrkesgrupperna socialarbetare, sjuksköterskor och läkare/psykiatriker inom projektet kan sägas vara yrkestraditionell och bygger på yrkeskunskaper inom det medicinska och det sociala yrkesfältet.

*Personalen oavsett yrkesgrupp verkar motivera det egna behandlingsarbetet utifrån yrkeskunskaper samt utifrån en förståelse för heroinmissbrukets orsaker och problematik.

*En gemensam samtalsordning (diskurs) verkar utvecklas inom respektive projekt. De övergripande målen för verksamheten motiveras utifrån denna diskurs som innefattar en gemensam syn och en förståelse för heroinmissbrukets orsaker.

*Den diskurs som utvecklas inom respektive projekt innefattar en syn på heroinmissbruk och behandling som kan kopplas till den gällande narkotikapolitiken och tankarna om skadereducering samt till den rådande missbruksdiskursen i samhället.

6 Slutdiskussion

Denna uppsats inleddes med frågorna: Vad uppfattas som sociala problem i olika kulturer och länder? Hur ser man på dessa problem och vad gör samhället för att minska de sociala problemen? Jag valde att inleda med dessa frågeställningar då jag finner dem högst relevanta för den tid och värld vi lever i. En värld med olika länder, samhällen, kulturer och lokala traditioner. Väljer vi att titta närmare på hur dessa samhällen försöker minska eller lösa det man uppfattar vara sociala problemen finner vi sannolikt många olika varianter.

Jag har i denna uppsats försökt att beskriva och ge en bild av det schweiziska samhället och hur de har valt att gå till väga för att minska och lösa de narkotikarelaterade problemen i samhället. Den bild som det schweiziska samhället själv går ut med är att man bedriver en narkotikapolitik som står emellan extremerna, ett narkotikafritt samhälle och en legalisering av narkotikamissbruk. Man säger sig bedriva en narkotikapolitik som bygger på flera mål. Den narkotikapolitik som bedrivs kallas för de fyra pelarnas politik (*Vier Säulen-Politik*) då den bygger på fyra strategiska pelare: prevention, repression, behandling och skadereducering. Jag har i denna uppsats presenterat tankarna och målen bakom denna politik samt ett av de projekt som diskuterats både inom och utanför de schweiziska gränserna under 1990-talet. Projekt PROVE som projektet heter är ett statliga initiativ som syftar till att nå de tunga heroinmissbrukarna som erhållit fysiska/psykiska skador samt sociala skador till följd av sitt heroinmissbruk. Projektets målgrupp är vidare de heroinmissbrukare som i hög grad kommit att framstå som ett socialt problem i samhället. Dessa heroinmissbrukare har ofta vistats vid de öppna narkotikascenerna som är platser för konsumtion och handel av narkotika. De har begått kriminella handlingar och prostitutionen bland dessa missbrukare är utbredd. Med en blick på den allmänna folkhälsan och smittspridning av HIV och hepatit B/C ges även en koppling till narkotikapolitiken och målen att reducera all tänkbar skada som kan uppstå i samband med narkotikamissbruk. Detta innebär att både skadorna hos individen och samhället skall reduceras.

Det faktum att skadereducering för individ och samhälle är ett av de narkotikapolitiska målen som har mycket starkt stöd hos det schweiziska folket kanske kan förklaras just utifrån den allmänna folkhälsan. Min tolkning av det material som jag tagit del av är att heroinmissbruket i Schweiz inte enbart ses och uppfattas som ett socialt problem utan i hög grad även som ett medicinskt problem med blick mot den allmänna folkhälsan. De narkotikapolitiska tankarna om skadereducering för individ och samhälle skall komplettera behandlande åtgärder som syftar till ett narkotikafritt liv och individens integration i samhället. Behandlingen för de tunga heroinmissbrukarna som deltar i projekt PROVE bygger således på en social och en medicinsk yrkeskunskap. Personligen ser jag detta som en av de stora fördelarna med projekt PROVE. Heroinmissbrukarna bollas inte fram och tillbaka mellan socialtjänsten och sjukvården/psykiatrin. De som bestämmer sig för en behandling inom projekt PROVE har goda förutsättningar att erhålla professionell vård inom både det sociala och det medicinsk/psykiatriska området.

En intressant fråga utifrån de resultat jag funnit i min undersökning är emellertid vilken ev. betydelse projektens inriktning har för den vård heroinmissbrukarna erhåller inom de respektive projekten. Om det förhåller sig så att vissa projekt är mer socialt inriktade med drogfrihet som övergripande mål och att andra är mer medicinsk/psykiatriskt inriktade med patientens överlevnad som mål borde patienternas behandlingsinriktning och ev. även behandlingstid påverkas. Inom projekten idag finns det ingen maximal behandlingstid. Det innebär att det finns patienter som är inskrivna sedan starten och fortfarande efter 4,5 år behandlas inom projekt PROVE. Tar en behandling med syfte att återintegrera individen och motivera till ett narkotika fritt liv lika lång tid som en behandling som syftar till att bota/hela patienten och få dem att överleva? Något svar på denna fråga finns inte idag då det forskningsarbete som bedrivs inte problematiserar kring de olika projektens eventuella inriktningar. Inriktningar som för övrigt kan komma att förändras när projekten ska permanentas och vara en bestående del av det schweiziska behandlingsutbudet för heroinmissbrukare.

En annan intressant fråga är vilken betydelse just patientbegreppet har för heroinmissbrukarna. Med en inskrivning inom projekt PROVE transformeras individen från heroinmissbrukare till att vara patient med patienträttigheter. Vad innebär det? Dessa frågor kräver mer information om projekten och om heroinmissbrukarnas egen uppfattning av den behandling de erhåller. Avslutningsvis kan jag därmed konstatera att jag endast berört några av de många aspekter som projekt PROVE innehåller. Jag hoppas emellertid att jag väckt ett intresse för projektet utifrån den bild jag givit i denna uppsats.

7 Källförteckning

Buschan,Chr., (1997) "Recht und Polizei. Illegale Drogen" i Müller,R., Meyer,M., Gmel,G., red,: *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA).

Estermann,J., (1997) "Recht und Polizei. Illegale Drogen" i Müller,R., Meyer,M., Gmel,G., red,: *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogen.(SFA).

Farenkrug,H., (1997) "Politik. Illegale Drogen" i Müller,R., Meyer,M., Gmel,G., red,: *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogen.(SFA).

Gmel,G., van Slooten,J.Chr., (1997) "Krankheit und tod. Illegale Drogen" i Müller,R., Meyer,M., Gmel,G., red,: *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogen.(SFA).

Klingemann,H., (1997) "Behandlung. Illegale Drogen" i Müller,R., Meyer,M., Gmel,G., red,: *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogen.(SFA).

Levin, Claes., Sunesson,Sune., Swärd,Hans., (1998) "Behandling" i Denvall,Verner och Jacobson,Tord, red,: *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Nordstedts Juridik AB. Upplaga 1:1.

Meier Kressig,Marcel., Nydegger Lory,Bruno., Schumacher,Christina., Kurzfassung des Schlussberichtes *Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich*. Zürich: Forschungsberichte des Instituts für Suchtforschung (IFS). Nr 33.

Moeckli,Chr., (1997), "Überlebenshilfe. Arbeit und Wohnen" i Müller,R., Meyer,M., Gmel,G., red.: *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogen.(SFA).

Simmel,U., (1997), "Überlebenshilfe. Schadensbegrenzung/Schandensverminderung" i Müller,R., Meyer,M., Gmel,G., red.: *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol und andere Drogen.(SFA).

Starrin,Bengt. och Renck,Barbro. (1996) "Den kvalitativa intervjun" i Svensson, Per-Gunnar., Starrin,Bengt., red.: *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Svensson,Bengt. (1998) "Missbrukare" i Denvall,Verner och Jacobson,Tord, red.: *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Nordstedts Juridik AB. Upplaga 1:1.

Thurén,Torsten. (1986) *Orientering i källkritik*. Stockholm: Almqvist och Wiksell Förlag/Liber AB. Andra upplagan.

Uchtenhagen,Ambros., Gutzwiller,Felix., Dobler-Mikola,Anja., (1997) *Synthesebericht PROVE Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten*. Zürich: Institut für Suchtforschung (IFS).

Officiella tryck.

BAG (März 1999) *Die schweizerische Drogenpolitik. Strategie der vier Säulen mit spezieller Berücksichtigung der ärztlichen Verschreibung von Heroin*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

BAG (April 1999) *Der Bericht der von der WHO eingesetzten Expertengruppe über die Schweizer Versuche mit der ärztlichen Verschreibung von Heroin aus der Sicht des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Övriga källor.

Officiella brev

Kaufmann,B., Steffen,T., Ernst Engels,M., IFS (20. Januar 1999) Newsletter PROVE neue Forschung Nr 3. Institut für Suchtforschung, Konradstrasse 32, 8005 Zürich.

Intervjuer.

Ann-Sophie Nyman (psykolog, forskare IFS Zürich). Bandinspelad intervju den 10 november 1998.

Pia (sjuksköterska, med vidareutbildning inom psykiatri, projekt A). Bandinspelad intervju den 14 mars 1999.

Barbro (socialarbetare, projekt A). Bandinspelad intervju den 14 mars 1999.

Karin (projektledare och socialarbetare, projekt A). Bandinspelad intervju den 14 mars 1999.

Lena (socialarbetare, projekt B). Bandinspelad intervju den 26 mars 1999.

Stina (socialarbetare, projekt B). Bandinspelad intervju den 26 mars 1999.

Hans (projektledare och läkare/psykiatriker, projekt B). Bandinspelad intervju den 26 mars 1999.

Anna (sjuksköterska, projekt C). Bandinspelad intervju den 15 april 1999.

Maria (sjuksköterska med psykiatriutbildning, projekt C). Bandinspelad intervju den 15 april 1999.

Kristina (projektledare och sjuksköterska, projekt C). Bandinspelad intervju den 15 april 1999.

World Wide Web adresser.

<http://www.admin.ch/bag/sucht/therp-hr/d/hegebed.htm> "*Heroingestützte Behandlung*".

<http://www.admin.ch/bag/sucht/therp-hr/d/therapd.htm> "*Das Engagement des BAG in Bereich Therapie*".

<http://www.harmreduction.org/prince.html> "*HRC- Principles of Harm Reduction*".

Adress tips! Harmreduction orienterade sidor.

<http://www.drugtext.org>

<http://www.lindesmith.org>

<http://www.ihra.org.uk/main.htm> "*International Harm Reduction Association*"

Bilaga 1.

Intervjuguide

Intervjuerna genomförs som öppna samtal med fokusering på nedanstående punkter.

Ge en kortfattad beskrivning av projekt PROVE.

- hur ser organisationen ut, huvudmannaskap, personalsammansättning?
- syftet med behandlingen?
- vilka mål delmål har man?
- arbetsmetoder?
- teoretisk grund?