

*Ska jag bli av med min medicin för att jag visar symptom på
den sjukdom jag en gång fått medicinen för?*

– Röster från personer i läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

Av Sara Ahlin-Heikkinen & Tanja Persson

LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan
Kandidatuppsats (SOPA63)
Vt14



Handledare: Anett Schenk

Abstract

Authors: Tanja Persson & Sara Ahlin-Heikkinen

Title: Maintenance treatment in opiate dependence – qualitative study from the patients' perspective [translated title]

Supervisor: Anett Schenk

Assessor: Lupita Svensson

The aim of this study is to explore the system of maintenance treatment for opiate addiction from a patient's perspective. Six semi structured interviews were performed with persons who are or have been engaged in maintenance treatment. The majority of them had experienced discharge from the program. Our results show that discharge may result in harsh consequences; relapse in heroin use or other illegal drug abuse, increased criminality and increased mental illness. We discuss how the patient's relationship to the healthcare staff affects the action of discharge, as a consequence of the disciplinary system. We also analyze the patients experience of everyday pick-ups of medicine, urine samples, discharge and "spärrtid" (three-month exclusion) as possible sanctions given in hope that it will make patients behave more according to standards. Nevertheless our results show that the system sometimes gives the opposite effect than wanted. The conclusions of our study show that the disciplinary system may increase the patient's experience of being stigmatized.

Key words: maintenance treatment, methadone treatment, involuntary discharge, discipline, stigma

Nyckelord: underhållsbehandling, metadonprogram, ofrivillig utskrivning, disciplinering, stigma

Förord

Stort tack till våra respondenter som bjudit in oss för att ta del av sin historia. Tack även till Marie för att du hjälpt oss i sökandet av respondenter till vår studie. Avslutningsvis vill vi tacka vår handledare Anett Schenk för värdefulla tips och råd längs vägen.

Tanja Persson & Sara Ahlin-Heikkinen

Lund 2014

Innehållsförteckning

1 Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte.....	8
1.3 Frågeställningar	8
1.4 Begreppsdefinitioner	8
2 Bakgrund	9
2.1 Metadonprogrammets skakiga framfart i Sverige	9
2.2 Regelverket i dagsläget.....	11
3 Tidigare forskning.....	13
3.1 Underhållsbehandlingens effekter	13
3.2 Patienternas upplevelse av underhållsbehandlingen.....	14
3.3 Konsekvenser av utskrivning	15
4 Teori.....	17
4.1 Disciplinering	17
4.1.1 <i>Panopticon - “det allseende ögat”</i>	17
4.1.2 <i>Normalisering genom sanktion och belöning</i>	18
4.2 Stigma.....	19
4.2.1 <i>Stämplingsteori</i>	19
4.2.2 <i>Kategorisering</i>	20
4.2.3 <i>Att förhålla sig till ett stigma</i>	20
5 Metod	21
5.1 Metoddiskussion.....	21
5.2 Urval	23
5.3 Intervjuer	24
5.4 Bearbetning av material och analys.....	25
5.5 Etiska överväganden.....	26
5.6 Arbetsfördelning.....	27

6 Analys	27
6.1 Att gå i underhållsbehandling.....	28
6.2 Ofrivilligt utskriven	33
6.2.1 Utskrivningsorsaker	33
6.2.2 Att bli av med sin medicin.....	35
6.3 Konsekvenserna.....	37
6.4 Spärrtiden	38
7 Slutdiskussion	40
Referenslista	42
8 Bilagor.....	46
Bilaga 1- <i>Informationsblad</i>	46
Bilaga 2 - <i>Intervjuguide 1</i>	47
Bilaga 3 – <i>intervjuguide 2</i>	48

1 Inledning

En av oss gjorde sin praktik på en mottagning för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Hon fick där erfara hur patienter blev utskrivna samt fick avslag på sin ansökan till det läkemedelsassisterade behandlingsprogrammet. Inte sällan till följd av ett allt för omfattande sidomissbruk. I dessa situationer upplevdes en avsaknad av diskussion och hänsynstagande kring de konsekvenser en utskrivning i de enskilda fallen kunde leda till. Där väcktes ett intresse att undersöka brukarnas upplevelser av behandlingsprogrammet.

1.1 Problemformulering

Läkemedelsassisterad behandling är den behandlingsmodell som vid opiatberoende har starkast stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Den rekommenderas därför som behandling (Socialstyrelsen 2012). Behandlingen innebär att personer med opiatmissbruk får ett läkemedel som substitution för att ta bort behovet av opiater. Forskning kring underhållsbehandling visar på entydiga positiva effekter vad gäller minskat missbruk, minskat behov av slutenvård, socialt förbättrade levnadsvillkor, minskad kriminalitet samt lägre dödlighet för de personer som stannar kvar i behandlingen (jmf De Maeyer et al. 2011; Gunne & Grönbladh 1981). Liknande resultat har framkommit i behandling med läkemedlet buprenorfin . Någon effekt av enbart psykosociala behandlingsmodeller utan läkemedel som komplement har inte kunnat påvisas (Kakko 2011).

Den läkemedelsassisterade behandlingen omges av en rad regler och kontroller. Med regelverket önskar man uppnå en balans mellan behandlingsmålen, patientsäkerheten samt behovet av kontroll för att minimera sidomissbruk och läckage från behandlingsprogrammen (Svensson & Andersson 2012). Sidomissbruk eller misskötsel av behandlingen leder till ökad kontroll och övervakning. Upprepade sidomissbruk samt misskötsel av behandlingen kan i förlängningen leda till utskrivning. Bergschmidt (2004) menar att dessa åtgärder bedöms som nödvändiga för att disciplinera de personer som anses svåra att styra och därmed behandla under kontrollerade former. Patienter som visat negativa urinprover samt "skött" sin behandling under en tidsperiod får sedermera ta hem medicin för flera dagar. Slutligen, efter en bestämd tid i fungerande

behandling, får personen hämta ut sin medicin på apoteket. Målet med det disciplinära systemet är således att personerna ska utveckla färdigheter till självstyrning (Bergschmidt 2004).

“The techniques regulating the heroin dependent individual thus increasingly focus on the normalizing subjectivation of the individual, which is increasingly dependent on the participation of the client. At the same time, the threat of being excluded from the programme, and thereby sent back into a desolate life-situation, remains looming in the background.”

(Bergschmidt 2004:64)

Utformningen av regelverket har lett till att en stor andel av de enheter som bedriver underhållsbehandling uteslutit patienter. I Socialstyrelsens kartläggning från år 2012 beräknas drygt 5200 personer ingå i en läkemedelsassisterad underhållsbehandling i Sverige. Uppskattningsvis rör det sig om mer än 350 patienter som pga. regelbrott skrivits ut från programmen. Svensson och Andersson (2012) konstaterar att under perioden 1992-2004 startades 222 patienter upp i programmet i Malmö. Under samma period avslutades 148 patienter. Majoriteten av de ofrivilliga utskrivningarna som studerats föranleddes av sidomissbruk (Socialstyrelsen 2012; Svensson & Andersson 2012). När en patient skrivs ut pga. regelbrott aktiveras en så kallad “spärrtid”. Spärrtiden innebär att patienten under en tremånadersperiod inte får ingå i någon form av läkemedelsassisterad behandling (SOSFS 2009:27 4 kap 3§). Någon motsvarighet till denna typ av exkludering återfinns inte inom den övriga hälso- och sjukvården (Svensson & Andersson 2012).

Vid uteslutning från den läkemedelsassisterade behandlingen tar socialtjänsten över vårdansvaret, då de har det yttersta ansvaret för samtliga medborgares välbefinnande (Socialstyrelsen 2006:12). Socialtjänstens insatser för personer med opiatberoende är dock begränsade till behandlingsmodeller utan vetenskaplig evidens. Behandlingsalternativet blir således ett andrahandsval i dubbel bemärkelse, både gällande den vetenskapliga evidensen samt personens önskan.

1.2 Syfte

Studiens syfte är att undersöka intervjupersonernas upplevelse av hur systemet kring den läkemedelsassisterade behandlingen påverkat deras livssituation.

1.3 Frågeställningar

Hur upplever intervjupersonerna den läkemedelsassisterade behandlingen?

Hur beskriver intervjupersonerna att de förhåller till risken att kunna bli utskriven från sin behandling?

Vilka konsekvenser uppger de intervjupersoner som blivit uteslutna att utskrivningen ledde till?

Vad har intervjupersonerna för uppfattning om spärrtiden och dess funktion?

1.4 Begreppsdefinitioner

Opiater Till gruppen opiatier hör heroin, opium, morfin, kodein samt övriga syntetiska eller halvsyntetiska opiatier som t.ex. fentanyl. Det dominerande missbrukspreparatet i gruppen opiatier är heroin vilket intas genom att inhalera, injicera eller sniffa (Heilig 2004)

Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende (LAR/LARO) ”Behandling med Metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende och ordineras i samband med psykosocialbehandling vid sådant beroende” (Socialstyrelsen 2009:3). Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende använder vi hädanefter synonymt med underhållsbehandling samt läkemedelsassisterad behandling för läsbarhetens skull.

Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) innehåller Socialstyrelsens gällande bestämmelser för hälso- och sjukvård, hälsoskydd, smittskydd och socialtjänst.

Spärrtid kallas de tre månader som följer efter utskrivning från den läkemedelsassisterade behandlingen. Personen är under denna tid spärrad från att ingå i någon form underhållsbehandling för sitt opiatberoende (Socialstyrelsen 2009).

Metadon är ett narkotikaklassat syntetiskt preparat av morfinkaraktär som minskar suget efter opiater. Samtidigt blockeras opiatreceptorerna vilket innebär att tillförsel av heroin eller morfin blir verkningslös då ”kicken” uteblir (Heilig 2004).

Subutex/buprenorfin används som ett alternativ till Metadon inom underhållsbehandling och lanserades år 1999 (Läkemedelsverket 2000).

Suboxone är en kombinationsberedning som innehåller buprenorfin samt naloxon. Suboxone framställdes för att minska missbrukspotentialen av Subutex och lanserades i Sverige år 2006 (Läkemedelsverket 2006).

Abstinens uppstår vid minskad eller utebliven tillförsel av tillvänd substans. Abstinens kan innefatta en mängd mer eller mindre obehagliga symptom beroende på aktuell substans samt hur länge och i vilka mängder substansen brukats (Heilig 2004).

2 Bakgrund

2.1 Metadonprogrammets skakiga framfart i Sverige

Efter att ha blivit inspirerad av Doles och Nyswanders behandlingsprogram för opiatberoende i USA tog Lars Gunne år 1966 initiativet att starta underhållsbehandling i Sverige (Johnsson 2005). Behandlingsprogrammet startades upp i liten skala vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Sverige var då en av de första länderna utanför USA som byggde upp underhållsbehandling (Svensson 2005). Ulleråkers behandlingsprogram följde den modell Doles och Nyswander byggt upp (Doles-Nyswander modellen). Patienterna fick Metadon mot sitt opiatberoende under kontrollerade former och deras medicinska samt psykosociala situation utreddes. Förhoppningen var att Metadon i kombination med psykosociala insatser skulle stötta deltagarna till återanpassning i samhället (Johnsson 2005).

Inledningen av Ulleråkers behandlingsprogram gick emellertid trögt. Gunne fick få patienter remitterade till programmet. Johnsson (2005) menar att det sannolikt berodde på att opiatmissbruket vid denna tidpunkt ännu inte etablerat sig i Sverige. Ett par år senare, kring år 1968, började emellertid opiatmissbruket i Sverige att öka. Remisserna till Ulleråkers behandlingsprogram började komma in vilket ledde till att programmet i slutet på september år 1969 bestod av 28 deltagare (ibid.).

Massiv kritik riktades på 70-talet mot behandlingsformen och Ulleråkers verksamhet. För att förstå kritiken menar Johnsson (2005) att en viss kunskap om narkotikapolitiken i tidsperioden är nödvändig. Kring år 1970 flyttades narkomanvården från de psykiatriska mottagningarna. En stor vårdapparat innefattande öppenvård och behandlingshem började byggas ut. Från att narkomanvården legat under den medicinska professionen inkluderade de nya vårdformerna nu även andra professioner såsom socialarbetare, psykologer och beteendevetare. Behandlingshem med miljöterapeutisk inriktning blev snabbt det nya rönet inom narkomanvården. RFHL¹, socialarbetare och företrädare för den "drogfria" narkomanvården samt massmedia, läkare och politiker riktade hård kritik mot behandlingsprogrammet. Kritiken ledde till att metadonbehandlingen mot mitten av 70-talet uppfattades som en osäker och kontroversiell verksamhet. De positiva forskningsresultaten av verksamheten började ifrågasättas och man befarade att behandlingsmodellen skulle leda till negativa konsekvenser för de drogfria behandlingsmetoderna (ibid.). Trots kritiken fortsatte Ulleråkers forskningsverksamhet, om än med fler restriktioner.

Under mitten och senare delen av 70-talet blev forskarna vid Ulleråker allt mer övertygade om behandlingsmodellens positiva effekter. Deras forskning visade att en stor del av deltagarna kunde återanpassas till samhället. Kriminaliteten minskade liksom prostitutionen medan graden av sysselsättning ökade. Deras resultat kompletterades i tidsperioden med internationell forskning som visade liknande resultat. Dole och Nyswander formulerade en metabolisk teori, som något förenklat innebär att individen efter en tids opiatanvändning drabbas av en metabolisk störning i hjärnan. Störningen innebär att det är nödvändigt för personen att kontinuerligt tillföra opiater för att upprätthålla ett stabilt mående. Den metaboliska teorin stärkte tron på att ett opiatmissbruk inte bara bör förstås ur ett symptomteoretiskt perspektiv utan även ett biologiskt och medicinskt perspektiv (ibid.).

Mot slutet av 70-talet intensifierades motståndet mot Ulleråkers verksamhet trots de positiva resultaten. Den massiva kritiken ledde till ett intagningsstopp mellan år 1979 och 1984 (Svensson 2005). Under intagningsstoppet avled 50 procent av dem som satt upp sig på väntelistan (Nordegren & Tunving 1997). År 1984 öppnades åter

¹ RFHL bildades år 1965 i Stockholm och namnet stod då för "Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare" (Johnsson 2005). RFHL står idag för "Rättigheter, Frigörelse, Hälsa, Likabehandling" (RFHL 2012).

behandlingsprogrammet vid Ulleråkers sjukhus. Svensson (2005) menar att den ökande oron för hiv-spridningen var en pådrivande orsak.

Gunne och hans medarbetade debatterade friskt under andra hälften av 80-talet för att låta utvidga metadonprogrammet. Ansökningarna till behandlingen ökade och väntetiderna för behandling var nu upp till två år (Johnsson 2005). År 1988 öppnade man i Stockholm det andra metadonprogrammet i landet. Ytterligare metadonprogram startades i Malmö och Lund i början på 90-talet. Därefter kom det att dröja fram till år 2004 innan nästa program startades, då i Göteborg (ibid.)

Enligt socialstyrelsens kartläggning från år 2012 framkommer att 5200 personer var i behandling vid 114 enheter. Det har således skett en markant utökning av behandlingsprogram under de senaste 10 åren. Vidare bedöms tillgängligheten under perioden för kartläggningen var otillfredsställande i ungefär hälften av landets län (Socialstyrelsen 2012).

2.2 Regelverket i dagsläget

Den läkemedelsassisterade behandlingen ligger under hälso- och sjukvårdens ansvar och är frivillig. Patienterna omfattas därför av HSL (Hälso- sjukvårdslagen). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) gällande läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende* ligger till grund för det regelverk som omger behandlingen. Föreskriften innefattar råd och anvisningar gällande vem som får bedriva vården samt hur vården ska bedrivas. För att få beviljad läkemedelsassisterad behandling krävs att du är 20 år samt har ett dokumenterat opiatmissbruk sedan minst ett år tillbaka (4kap 2§). Tre läkemedel är godkända av Läkemedelsverket för att används i behandlingsprogrammet; Metadon, Subutex och Suboxone. Samtliga preparat är narkotikaklassade.

Behandlingen får *inte* ges om patienten är "beroende av alkohol eller andra narkotiska preparat än opiater på ett sätt som innebär en medicinsk risk" (4kap 3§). Behandling får heller inte ges till en patient som uteslutits från läkemedelsassisterad behandling under de senaste tre månaderna (ibid.). Denna tremånadersperiod kallas vanligtvis spärrtid.

Nedan följer ett utdrag ur *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27) gällande läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*.

Uteslutning

11 § En läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende ska avbrytas, om en patient trots särskilda stöd- och behandlingsinsatser inte kan förmås medverka till att syftet med behandlingen uppnås och patienten

1. under längre tid än en vecka inte har medverkat i sådan behandling,
2. har upprepade återfall i missbruk av narkotika,
3. missbrukar alkohol i sådan omfattning att det innebär en påtaglig medicinsk risk,
4. upprepade gånger har manipulerat urinprover, eller
5. enligt en dom som har vunnit laga kraft har dömts för narkotikabrott eller grovt narkotikabrott, eller vid upprepade tillfällen har dömts för narkotikabrott av ringa art där gärningen har begåtts under behandlingstiden.

Den ansvarige läkaren ska ta ställning till om förutsättningarna för uteslutning är uppfyllda.

(Socialstyrelsen 2009:6)

I början av behandlingen sker patientens intag av läkemedel under övervakning. Enligt *Socialstyrelsens handbok för underhållsbehandling vid opiatberoende (2006)* gäller detta fram tills dess att patienten uppvisar tecken på ökad rehabilitering och stabilisering. Dock minst sex månader. Urinprov tas regelbundet, 2-3 gånger per vecka, för att kontrollera missbruksfrihet från opiater, centralstimulantia, bensodiazepiner och alkohol. Utöver detta tas även prov för cannabis en gång per vecka. Riktade prover kan även bli aktuella vid misstanke om sidomissbruk. En samlad utvärdering av rehabiliteringen görs efter sex månader och det kan då bli möjligt för patienten att ta med sig doser för flera dagar.

“I början av behandlingen har patienterna i regel inte lämnat det invanda missbruksbeteendet. För att bryta beteendet är det viktigt med en tydlig

fokusering på regelstyrning och att man inte lämnar utrymme för misslyckande eller läckage från behandlingen. När patienten efter sex månader visar tecken på rehabilitering och ökande förmåga till ansvarstagande kan det finnas möjlighet att ge patienten ökat handlingsutrymme och ansvar.” (Socialstyrelsen 2006:24)

Stark kritik har riktats mot regelverket från forskare och politiker som menar att regelverket saknar stöd i internationell forskning (jmf Johnson, Svensson & Åkesson 2013). De ställer sig kritiska till att föreskriften inte lämnar utrymme för individuella bedömningar. Samt att övervakad medicinering och återkommande urinprover i ett senare skede av behandlingen, då några av patienterna har arbete och studier, försvårar patienternas möjlighet till rehabilitering. Kritik riktas även mot de paragrafer som gäller uteslutningen av patienter vid “återupprepade återfall i missbruk av narkotika” (SOSFS 2009:27 11§ 2p). Johnson et al. (2013) uppmanar Socialstyrelsen att ändra reglerna på denna punkt eftersom de anser att risken med missbruk under pågående underhållsbehandling måste vägas mot de risker som är förenat med utskrivning.

3 Tidigare forskning

3.1 Underhållsbehandlingens effekter

En numera klassisk svensk studie av underhållsbehandling är den som Gunne och hans team genomförde under intagningsstoppet vid Ulleråkers sjukhus år 1981. Studien bestod av 34 intravenösa heroinmissbrukare varav 17 randomiserat utvalda personer fick metadonbehandling. De övriga 17 tillhörande kontrollgruppen stod kvar på väntelistan (Gunne & Grönbladh 1981). Efter två års uppföljning kunde det konstateras att tolv personer i metadongruppen hade avslutat sitt drogmissbruk och börjat arbeta eller studera. De övriga fem var fortfarande aktiva i missbruk. I kontrollgruppen hade en person uppnått drogfrihet, två personer satt i fängelse, två hade avlidit varpå de resterande tolv fortfarande var aktiva i heroinmissbruk. Tre av dessa tolv personer hade under perioden insjuknat i potentiellt dödliga sjukdomar. Studiens sammanfattande resultat visar på en rehabiliteringsgrad på 76 procent i experimentgruppen jämfört med sex procent i kontrollgruppen. Resultatet visar även en reducerad risk för dödlighet samt

svåra hälsotillstånd för de personer som ingick i metadongruppen. Efter sjuårsuppföljningen hade åtta personer från kontrollgruppen tagits in för metadonbehandling efter det att intagningsstoppet upphört. Fyra personer hade avlidit till följd av överdos.

I en studie genomförd av De Maeyer et al. (2011) intervjuades 25 opiatberoende personer i åldern 36-55år. Studien undersökte hur intervjupersonernas livskvalité förändrades sedan de börjat i läkemedelsassisterad behandling. Fem huvudteman kring hur metadonbehandlingen har kommit att påverka intervjupersonernas liv har utvärderats. Dessa teman var sociala relationer, psykologiskt välmående, sysselsättning, självständighet och meningsfullt liv. I studien beskriver intervjupersonerna att en känsla av att kunna ta på sig ansvar, sköta en sysselsättning samt fungera normalt i samhället är av stor vikt för dem. Intervjupersonerna vittnar om förbättrad psykisk hälsa och en förstärkt känsla av självständighet. Känslan av självständighet kommer främst från att de fått kontroll över sitt opiatberoende. Behandlingen bidrog även till en förbättrad ekonomisk situation för deltagarna vilket förstärkte känslan av självständighet. Intervjupersonerna beskriver hur underhållsbehandlingen bidragit till en ljusare syn på framtiden samt en upplevelse av att kunna bilda och uppfylla sina livsmål.

3.2 Patienternas upplevelse av underhållsbehandlingen

Harris & McElrath (2012) skriver i sin studie om hur patienter upplever att mottagningens schema hindrar dem från att få tag i ett arbete. Intervjupersonerna beskriver det som problematiskt att finna ett arbete som tillåter dem att varje dag hämta ut sin medicin på mottagningen. Författarna gör vidare en talande jämförelse kring hur de upplever att personerna i underhållsbehandling disciplineras. De beskriver hur de som lämnar gröna urinprov och sköter sig i sin behandling benämns som "rena". Medan de som missköter sig benämns som "smutsiga". De menar att systemet disciplinerar patienterna genom att underlätta behandlingen för de "rena" patienterna genom att till exempel låta dem ta med sin medicin hem. Mot de "smutsiga" personerna utdelas emellertid sanktioner såsom mer frekventa kontroller och daglig uthämtning av medicin. På så vis menar författarna att man försöker skapa en distinktion mellan bra och dåligt beteende. Flertalet av intervjupersonerna beskriver en maktlöshet då de upplever att de inte ha något att säga till om vad gäller deras behandling.

Även Schacht Reisinger et al. (2009), som studerat utskrivningar från den läkemedelsassisterade behandlingen, återger i sin studie intervjupersonernas upplevelse av att vardagen blev kontrollerad av mottagningens schema. Respondenterna menade att mottagningens tidsschema hindrade dem i deras fortsatta rehabilitering. Vidare vittnar intervjupersonerna om en upplevelse av att det fanns skilda meningar gällande det rådande regelsystemet. Frustrationen över att reglerna ständigt förändrades och att de inte användes konsekvent ledde till att flera av dem valde att självmant lämna programmet. De personer som blivit utskrivna till följd av regelbrott skildrar en upplevelse av att deras utskrivning påverkades av vilken kontakt de hade med personalen på mottagningen. En person beskriver en upplevelse av att hans kontaktperson försökte använda sig av "tuff kärlek". Personen var av uppfattningen att detta inte skulle fungera för honom utan att det istället fick honom att känna sig underlägsen.

Anstice, Strike & Brands (2009) genomförde 64 intervjuer med patienter aktuella i läkemedelsassisterad behandling. Resultatet visar hur behandlingens utformning verkade stigmatiserande gentemot patienterna. Intervjupersonerna beskriver bland annat den dagliga hämtningningen av sin medicin som stigmatiserande. Vidare uttrycker de en önskan om att få hämta ut sin medicin på apoteket eftersom ett besök på apoteket inte anses vara något märkvärdigt. Det bidrar därför till en känsla av att vara som "vem som helst". Intervjupersonerna berättar även att de upplever att de av personal och professionella ofta blir bemötta som missbrukare trots att de är fria från droger. Anstice et al. (2009) menar att en reduktion av den stigmatiserande upplevelsen inom behandlingsprogrammet skulle kunna leda till förbättrade behandlingsresultat.

3.3 Konsekvenser av utskrivning

Det har gjorts flera studier på vad utskrivning från läkemedelsassisterad behandling kan få för konsekvenser för individen. Flera studier visar att dödligheten bland de som lämnar behandlingen ökar drastiskt (jmf Caplehorn et al. 1994; Grönbladh, Öhlund & Gunne 1990; Joseph, Stancliff & Langrod 2000). Clausen, Anchersen & Waal (2008) konstaterar att risken för överdos ökar markant efter avbruten behandling. Enligt studiens resultat ökar risken för dödlighet till följd av överdos mer än dubbelt så mycket efter avslutad behandling jämfört med då personen är i behandling (ibid.).

Svensson och Andersson (2012) redovisar i sin artikel *Involuntary discharge from medication-assisted treatment for people with heroin addiction – patient's experiences and interpretations* resultatet från en kvalitativ studie. I studien beskriver 35 patienters sin upplevelse av den läkemedelsassisterade behandlingen i relation till utskrivningar. Flertalet av personerna hade varit i behandlingsprogrammet vid upprepade tillfällen. Sidomissbruk var den dominerade anledningen till utskrivning. 25 av de 35 deltagarna exkluderades från programmet av den anledningen. Respondenterna uppger att fler orsaker, som till exempel konflikter med personalen, påverkade beslutet om utskrivning. Sidomissbruk användes i sammanhanget som den legitima anledningen till utskrivningen då det stöds i regelverket. Flera av personerna kände att de blivit orättvist behandlade och att utskrivningen skett på godtyckliga grunder. Känslan av att ha blivit orättvist behandlade riktades dels mot behandlingspersonalen men också mot regelsystemet.

“Many of the interviewees claim that the threat of being discharged means that they must try to avoid conflicts with staff and act as well-adjusted patients. The staff are seen as inspectors, not helpers that you can trust” (Svensson & Andersson 2012:182)

Respondenterna återföll antingen i heroinmissbruk eller köpte Metadon illegalt efter utskrivningen. Ingen av personerna sökte sig till icke-medicinska behandlingsmodeller. Uteslutningen ledde till försämrade levnadsvillkor, försämrad psykisk och fysisk hälsa samt försämrad kontakt med närstående. För att försörja sitt missbruk drevs flertalet av respondenterna in i kriminalitet. Svensson och Andersson (2012) konstaterar således att exkluderingen ledde till att personerna gick tillbaka till samma destruktiva heroinmissbruk som innan de påbörjade behandlingen.

I ytterligare en del av sin studie undersöker Joseph et al. (2000) hur det gått för 846 slumpmässigt valda personer efter utskrivning. Två år efter utskrivningen uppgav enbart 8 procent av personerna att de var helt fria från alla former av missbruk och kriminalitet. 64 procent hade återfallit i heroinmissbruk och 22 procent hade allvarliga problem med kriminalitet, alkohol och/eller andra narkotiska preparat än opiater.

Coviello et al. (2011) skriver i sin artikel *Characteristics and 9-month outcomes of discharge methadone maintenance clients* om konsekvenser av utskrivning. Författarna redogör för att ju fortare utskrivna personer återgår till behandling samt ju längre de

stannar kvar i behandling, desto bättre är den långsiktiga prognosen. De personer som återgick till behandlingen inom en tremånadersperiod efter sin utskrivning löpte lägre risk för återfall i heroinmissbruk samt kriminalitet jämfört med den grupp som först efter nio månader återupptog sin behandling. De belyser därför vikten av att de personer som blivit utskrivna återkommer till behandlingen så tidigt som möjligt.

4 Teori

I vårt analysarbete har vi valt att analysera vårt material utifrån två teorier. Vi anser att Foucaults teori om disciplinering kompletteras bra av Goffmans teori om Stigma. Att utvärdera vårt material ur teorin om disciplinering låg nära tillhands eftersom det temat var ständigt återkommande i intervjupersonernas berättelser. När en individ inte lever upp till omgivningens förväntningar utdelas sanktioner som syftar till att anpassa individen till rådande normer (Foucault 1993). Sanktionerna kan leda till att individen upplever sig som avvikande. När individen sedan tillskrivs en kategoritillhörighet baserad på ett beteende omgivningen anser avvikande, skapas ett stigma (Goffman 2011).

4.1 Disciplinering

Foucault intresserade sig för makt, dess tekniker och effekter på människan. Han menade att makt är ett fenomen som är ständigt närvarande i olika former. I *övervakning och straff* (1993) beskriver Foucault disciplinering som en blygsam, tyst och misstänksam form av kontrollerande maktutövning. Disciplineringens framgång tillskriver han de enkla medel som används för att utöva den.

4.1.1 Panopticon - "det allseende ögat"

Tidigt i historien började människan intressera sig för att *observera* den mänskliga mångfalden. Foucault (1993) beskriver hur den tekniska utvecklingen har gjort det möjligt att observera utan att avslöja sin egen existens. "Den fulländade disciplinära apparaten skulle vara så beskaffad att det var möjligt att med en enda blick ständigt se allt" (ibid:203). Målet med övervakningen är att få kunskap om människans beteende genom att samla in information om enskilda individer, deras historia och karaktär. Detta genom att hålla dem under ständigt uppsikt.

Panopticon - "det allseende ögat" - kallade Bentham den plan som han utvecklade för nya typer av institutioner under 1780-talet (Nilsson 2008). Principens grundutformning var att övervaka de intagna genom ett rum i mitten av den cirkelformade byggnaden som utgjorde institutionen. Övervakaren kunde ständigt se de intagna samtidigt som han vara osynlig för dem. Detta genom att ljusförhållandena ordnades på ett sätt som inte avslöjade övervakarens närvaro (ibid.). Huvudfunktionen med panopticon var således att göra den intagne "medveten om att han ständigt kunde vara övervakad utan att han visste om så verkligen var fallet" (Nilsson 2008:108). Vetskapen om den skenbara övervakningen leder till att den intagna slutligen kommer konstruera en egen inre kontroll. Detta gjorde den fysiska övervakningen överflödig.

4.1.2 Normalisering genom sanktion och belöning

Foucault (1993) menar att vi alla är, i mer eller mindre utsträckning, bärare av det disciplinära systemet i relationen till andra människor. Den disciplinära makten upprätthålls som ett maskineri via ett nätverk av människors relationer. Staten och de samhällseliga institutionerna har emellertid tillgång till en auktoritär form av maktutövning inom det disciplinära systemet (Larsson & Engdahl 2011).

Foucault (1993) beskriver närvaron av makttekniker inom institutioner såsom skolor, sjukhus och fängelser. Övervakning av människor inom institutionerna ämnar kategorisera och identifiera eventuella avvikare. Via disciplin och uppfostran önskar man dressera människor till ett mål eller beteende som anses värt att eftersträva. För att göra detta krävs omfattande övervakning men också en arsenal av *regel- och kontrollmekanismer*.

Foucault benämner maktens disciplinering som en "brottsbalk i miniatyr" innehållande en rad negativa konsekvenser till följd av ett normbrytande beteende (1993:208). Han diskuterar hur maktteknikerna skiftat från tvång, våld och hot till en normaliseringsprocess. Även löjeväckande små avvikande beteenden såsom oartighet, försening samt bristande renlighet kan leda till omgivningens sanktioner. Jämte de straff som till följd av lagöverträdelser kan bli aktuella, kan det disciplinära systemets sanktioner ses som en del i en inlärningsprocess (ibid.). Som en motpol till sanktioner, men med samma mål, innehåller det disciplinära systemet även belöningar. Larsson och Engdahl (2011) menar att kontrollteknikerna sanktioner och belöningar syftar till att individen så småningom ska börja styra sig själv i linje med rådande normer.

Det disciplinära systemet kan ses som en human åtgärd som syftar till att uppfostra och att bota (Foucault 1993). Systemet innehåller även en form av maktutövning baserat på ”bättre” vetande kring sjukdom och avvikelse (ibid.). Systemet bildar en rangordning och ett iordningställande av vad Foucault (1993) kallar den *hierarkiska disciplineringen*. Foucault beskriver sambanden mellan sanktioner och belöningar samt hur det påverkar individen:

“Genom denna kvantitativa beräkning, denna ständiga sammanräkning av plus- och minusbetyg utbildas inom de disciplinära anordningarna en hierarki av i förhållande till varandra ”goda” och ”dåliga” individer. Tack vare denna ständigt verksam mikroekonomi sker en differentiering, som inte gäller handlingarna utan individerna själva, deras natur, deras förutsättningar, deras nivå eller deras värde.” (Foucault 1993:211-212)

4.2 Stigma

Stigma syftar på avvikande beteende och egenskaper hos en person som i sin tur leder till utanförskap. Goffman (2011) beskriver tre olika typer av stigman; de som är direkt synliga kallar han för *kroppsliga stigman*, de som rör en viss typ av beteende kallar han för *beteendemässiga stigman*. Slutligen skriver han även om så kallade *Tribala stigman* som rör till exempel etnicitet. Goffman (2011) skriver även om synliga stigman. Dessa skapar vissa förväntningar på personen och hur denna ska vara. Redan vid det första mötet börjar vi bilda oss en uppfattning om personen. Vi börjar skapa oss en bild av personens *sociala identitet* och försöker sedan forma denna efter normativa förväntningar. Det uppstår då krav kring hur personen förväntas vara. Den som blivit utsatt för ett stigma kallar Goffman för ”den stigmatiserade”. Övriga personer omnämns som ”de normala”.

4.2.1 Stämplingsteori

Stämpling är en process där upprepade negativa reaktioner från så kallade *signifikanta andra* påverkar självbilden negativt. I takt med att en individ växer från barn till vuxen ökar antalet signifikanta andra i personens liv. Stämplingen börjar redan med föräldrarna som signifikanta andra. När barnet sedan ger sig ut i världen kommer även personer inom dagis, skola, fritidsföreningar o.s.v. utgöra signifikanta andra. Dessa hjälper individen att anpassa sig till den kultur som personen lever i samt att förstå

samhällets normer (Goldberg 2005). Enligt Goldberg (2005) innebär detta att personens beteende blir mer och mer socialt styrt ju äldre personen blir. Det viktigaste när barnet är litet är inte vad det gör utan hur omgivningen reagerar på detta. Personer med en god självbild tenderar att ta till sig negativa reaktioner så att de ändrar sitt beteende i positiv riktning. De personer som däremot har en negativ självbild tar istället emot dessa reaktioner som en bekräftelse på den negativa bild de redan har av sig själva. Detta menar Goldberg (2005) är en process som sedan fortsätter genom livet.

4.2.2 Kategorisering

Personer som fått erfara samma typ av stigma bildar i samhället en kategori. Kategorier hjälper oss att organisera den verklighet vi lever i. Kategorin kan hjälpa den stigmatiserade att få uppleva en viss gemenskap med andra. Denna grupp anses vara den stigmatiserades *verkliga* grupp. Alla andra kategorier som personen kan tänkas tillhöra i samhället anses inte vara den stigmatiserades främsta grupp (Goffman 2011).

Goffman (2011) skriver även om *unikhet*. Unikhet menar han är en positiv markering. Att se personen som en individ och inte enbart som en del av en grupp är stärkande för självbilden. Den stigmatiserade identifieras oftast enbart med *den stigmatiserande faktorn*, alltså den avvikande egenskap personen besitter.

4.2.3 Att förhålla sig till ett stigma

För den stigmatiserade finns det olika sätt att förhålla sig till sitt stigma; antingen kan det leda till en drift att vilja försöka ”rätta till” sitt stigma. Eller så kan det leda till känslor av självhat och skam. I vissa fall infinner sig en känsla av acceptans hos den stigmatiserade. Enligt Goffman (2011) råds individen att inte skämmas över sitt stigma, utan fungera som en fullgod människa. Personen bör arbeta hårt och anstränga sig för att så långt det är möjligt försöka uppnå den ”normala standarden”. Däremot får personen inte driva det så långt att denna försöker dölja den faktiska olikheten och därigenom försöka uppnå en fullständig normifikation.

5 Metod

Medan den kvantitativa metoden eftersträvar en mer generell och objektiv syn ämnar den kvalitativa metoden att undersöka individens subjektiva uppfattning av verkligheten (Bryman 2011). Den kvalitativa metoden passar vår undersökning bäst eftersom vi intresserar oss för individens personliga erfarenheter och hur dessa uttryckts. Den subjektiva upplevelsen är något vi behöver få tillgång till för att kunna utforska studiens syfte och frågeställningar.

Vi har valt att använda oss av semistrukturerade intervjuer vid insamlandet av materialet. Sammanlagt genomfördes sex intervjuer. Samtliga intervjupersoner har varit eller är inskrivna i läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Två av intervjupersonerna befann sig vid tidpunkten för intervjuerna i behandling och hade ingen erfarenhet av att ha blivit utskrivna. Fyra av intervjupersonerna har erfarenhet av att ha blivit utskrivna från behandlingsprogrammet. Vid tidpunkten för intervjuerna var en av dessa fyra åter i behandling, två var på väg in och en var under spärrtid.

5.1 Metoddiskussion

Bryman (2011:351-353) för en diskussion kring begreppen *validitet och reliabilitet* samt deras plats i den kvalitativa forskningen. I den kvantitativa forskningen är dessa kopplade till mätbarhet. I den kvalitativa forskningen är det inte just mätbarheten som är det centrala, därför kan det bli svårt att direkt överföra dessa begrepp till den denna typ av forskning. Den kvalitativa forskningen är beroende av tid, rum och det studerade subjektet. Eftersom dessa är variabler som hela tiden är i rörelse så är den kvalitativa forskningen inte heller replikerbar på samma vis som den kvantitativa forskningen. Vissa forskare menar att ovan nämnda begrepp ändå går att anpassa, medan andra använder sig av andra kriterier för att bedöma den kvalitativa forskningen. Många använder sig därför istället av begreppet *tillförlitlighet*.

Enligt Bryman (2011:353-356) krävs det att man uppfyller en *trovärdighet* för att styrka forskningens tillförlitlighet. För att stärka trovärdigheten har vi under intervjuerna varit lyhörda inför det intervjupersonerna velat säga. Med jämna mellanrum har vi sammanfattat och återkopplat till respondenten för att försäkra oss om att vi uppfattat

rätt. Intervjupersonerna gavs möjlighet att i slutet utveckla ämnen som de kände att vi inte berört i tillräcklig omfattning. Materialet är sedan bearbetat genom transkribering.

Vi har under arbetets gång haft *möjlighet att styrka och konfirmera* genom att ha tillgång till varandra. Det har hela tiden varit möjligt återkoppla till varandra att öppet reflektera tillsammans. Genom diskussioner längs processens gång har vi kunnat säkra att vi verkligen undersökt det vi ämnat undersöka. För att ytterligare stärka vårt empiriska underlag har vi använt oss av triangulering (Bryman 2011). Detta har vi gjort genom att ta del av forskning och dokument och sedan använda dessa i analysarbetet.

Trovärdigheten stärks ytterligare genom att återkoppla materialet till de personer som finns i den verklighet man studerat (ibid.). Vår ambition var inledningsvis att genomföra respondentvalidering. Dock insåg vi redan tidigt att detta på grund av målgruppens komplexa levnadssituation skulle bli en mycket svår och tidskrävande uppgift att genomföra. Vi har därför valt att i stället lämna slutresultatet av vår studie på de platser intervjupersonerna haft anknytning till. På detta vis kommer även intervjupersonerna, om så önskas, kunna ta del av slutresultatet.

Överförbarhet är en annan viktig del vad gäller studiens tillförlitlighet. I den kvantitativa forskningen motsvarar det reliabilitet och innebär att studien ska ha gjort på sådant vis att den ska kunna återupprepas av annan person än forskaren och komma fram till liknande resultat. Överförbarhet kan emellertid vara svårt att uppnå inom den kvalitativa forskningen eftersom den är beroende av subjekt och kontext. Forskare uppmanas istället att förse läsaren med fylliga beskrivningar av detaljer i den kultur som studeras. På så vis får läsaren en "databas" och kan med hjälp av denna själv bedöma studiens överförbarhet (ibid.).

För att styrka en kvalitativ studies *pålitlighet* ska man förhålla sig kritisk till det material man studerar samt bidra med redogörelse för forskningsprocessen (ibid.). Vi anser att vi styrker pålitligheten i vår studie genom att redogöra för hur vi gått tillväga gällande urval, intervjuer och bearbetning av material. Vi har förhållit oss kritiska så till vida att vi styrkt det som framkommit i vårt empiriska material med hjälp av annan forskning.

5.2 Urval

Samtliga intervjupersoner är män. Vi benämner därför samtliga personer som ”han” i analysen av materialet. Vi hade bokat in intervjuer med kvinnliga respondenter men de föll dessvärre bort med anledning av att de inte dök upp vid intervjutillfället. Åldern på våra intervjupersoner låg mellan 36-55 år. Sammanlagt genomfördes sex intervjuer. Tiden för intervjuerna varierade mellan 30 - 45 minuter.

I studiens begynnelse ämnade vi att ta del av individers självupplevda erfarenheter av ofrivillig utskrivning från underhållsbehandling. Vi vände oss till en ideell rörelse som arbetar med människor i utsatta situationer för att rekrytera intervjupersoner till studien. En av författarna har tidigare varit engagerad inom rörelsen (för vidare diskussion se *etiska överväganden*). Det visade sig inte ge något resultat. Vi gick vidare genom att sätta upp informationsblad (bilaga 1) på platser där vi visste att målgruppen rörde sig. På detta vis lyckades vi rekrytera några intervjupersoner. Genom de tidigare etablerade kontakterna, som en av oss har via sitt engagemang i den ideella rörelsen, fick vi tag på ytterligare intervjupersoner. Urvalet kan således betraktas som ett bekvämlighetsurval (Bryman 2011:433). Vid några av de inbokade intervjuerna dök intervjupersonen inte upp. Vi hade vid tidpunkten genomfört fyra intervjuer. Vi var redan från början medvetna om att den målgrupp vi valt skulle kunna bli svår att nå ut till. Detta på grund av deras komplexa levnadssituation. På grund av studiens tidsbegränsning valde vi att bredda vår målgrupp. Vi ville fortfarande rikta in oss på ett brukarperspektiv. Därför valde vi att bredda målgruppen till de som har varit eller är inskrivna i läkemedelsassisterad behandling. Två av intervjupersonerna har därför snarare erfarenheter kring hur de disciplinära åtgärderna inom programmet påverkar dem och deras behandling. Resterande fyra har självupplevda erfarenheter av utskrivning. Vår intervjuguide (bilaga 3) anpassades i de intervjuer där personerna inte tillhörde den ursprungliga målgruppen. Med tanke på studiens syfte och frågeställningar anser vi inte att dessa två intervjuer ska bearbetas och analyseras på annat sätt än det övriga materialet. Vi diskuterar detta vidare under *Bearbetning av material och analys*. Eftersom vi varit selektiva i vårt urval och använt oss av personer som står i direkt anslutning till de forskningsfrågor vi formulerat skulle man även kunna säga att vi har använt oss av ett s.k. målstyrt urval (Bryman 2011:351).

5.3 Intervjuer

En av fördelarna med kvalitativa intervjuer att man inte i förväg behöver bestämma antalet intervjuer som ska genomföras. Redan efter 6-8 intervjuer finns en viss säkerhet som gör att materialet blir relativt oberoende av enskilda individers uppfattningar. Målet i en kvalitativ studie är att uppnå en så kallad mättnad. Detta innebär att man vid ytterligare intervjuer inte får några nya svar som bidrar till materialet (Ahrne och Svensson 2011:44). Vi är medvetna om att vårt intervjuantal ligger bland de lägre för vad som anses som ett tillfredställande material. Vi anser trots det att vår empiri är tillräcklig eftersom vi upplevde att vi i intervjuerna fick fram liknande beskrivningar på våra frågeställningar. Därför anser vi att vi uppnått en form av mättnad i studien.

Enligt Bryman (2011:413) är det önskvärt att låta kvalitativa intervjuer röra sig i olika riktningar. Det bidrar med kunskap om vad intervjupersonen upplever som relevant. För att undersöka våra frågeställningar har vi valt semistrukturerade intervjuer. Syftets känsliga natur kräver ett visst mått av öppenhet. Vid en mer strukturerad intervjuform riskeras intervjuens karaktär att upplevas som forcerande, vilket missgynnar undersökningens syfte. Den semistrukturerade intervjuformen har ändå tillåtit oss att hålla någon form av struktur i form av en intervjuguide (bilaga 2). Inför intervjuerna med de två personerna som inte har egna erfarenheter av utskrivning anpassades intervjuguiden (bilaga 3). Intervjuguiden har hjälpt oss att bibehålla fokus på syftet och minska risken för att materialet blir allt för omfattande. Den valda intervjuformen har även gjort att det funnits utrymme för att frånga intervjuguiden och ställa frågor som står utanför denna.

Vi har valt att använda oss av en diktafon för inspelning av intervjuerna. Inför varje intervju har vi fått tillåtelse av intervjupersonen att spela in materialet. I slutet av varje intervju har vi tillfrågat intervjupersonen om han vill lägga till något. Detta för att öka respondenternas känsla av delaktighet och att vi är intresserade av vad de har att framföra.

Aspers (2007) menar att en viss påverkan, den så kallade intervjuareffekten, mellan intervjuaren och intervjupersonen är ofrånkomlig. Interaktionsprocessen innehåller tolkningar av de frågor och svar som ges och han menar att det därför är orealistiskt att tala om att helt utesluta bias. Genom att använda sig av sig själv och sin personlighet som redskap kan man få intervjupersonen att slappna av och underlätta att samtalet

flyter på. Dock har även egenskaper så som kön, ålder, etnicitet m.fl. viss påverkan på intervjun (May 2013:169). Dessa egenskaper är uppenbart svåra att göra något åt, men vi tänker att det viktigaste är att vara medveten om egenskapernas påverkan och vara ödmjuk inför detta.

En intervju är inte bara ett passivt medel för att få fram information utan i grunden ett socialt möte. Därför är det viktigt för intervjuaren att vara medveten om sin egen och intervjupersonens roll. Som i alla sociala möten styrs intervjun till viss del av förförståelse och antaganden. Samtidigt som vi är intresserade av den subjektiva upplevelsen måste det ändå finnas en viss distans mellan intervjuare och intervjuperson. Detta för att intervjuaren ska kunna se på intervjun så objektivt som möjligt (May 2013:168-171). Det gör att intervjun blir ett något problematiskt socialt möte som kan kännas konstruerat. Ett sätt att överbygga detta kan vara att påverka samtalskaraktär och få intervjupersonen att känna att sig trygg. May (ibid.) skriver att det är viktigt att få intervjuerna att känna att deras deltagande är betydelsefullt. Vi har i intervjuerna varit väldigt måna om att visa intresse för intervjupersonerna och deras berättelser. I slutet av varje intervju har vi frågat om intervjupersonen velat tillägga något.

5.4 Bearbetning av material och analys

Då vi transkriberat samtliga intervjuer kodade vi dem utifrån relevanta teman som framkommit i det empiriska underlaget samt den forskning vi tagit del av. De teman vi använde var: upplevelser av behandlingen, utskrivningsorsaker, konsekvenser av utskrivning samt spärrtid. Detta gjordes genom att vi i Word markerade textavsnitten i olika färger för varje tema. För att få en samlad överblick av materialet inför analysen klippte vi ut textavsnitten efter färgindelningen och klistrade in i ett nytt dokument. På så vis kunde vi sortera i materialet och finna grundstrukturen för vår analys. Materialet analyserades sedan utifrån valda teorier om disciplinering och stigma. Detta gjordes åter med hjälp av färgindelning i ett nytt Word dokument. Slutligen analyserades materialet med hjälp av de begrepp som framkommer i de valda teorierna.

Vi har valt att inte ange ålder eller någon annan information som kan kopplas samman och leda till en identifiering våra respondenter i anslutning till citaten. Detta med tanke på studiens känsliga ämne. Istället har vi valt att ge våra respondenter fingerade namn. För läsbarhetens skull är citaten justerade genom att vi tagit bort läten som framgick vid

transkriberingen i form av “eeeh” och “hmm” - ljud. Då ljuden inte tillförde något i citaten anser vi att citatens innebörd inte ändrats. Citaten är presenterade i kursivt teckensnitt.

5.5 Etiska överväganden

För att möjliggöra vår studie har vi valt att använda oss av tidigare etablerade kontakter med en rörelse som arbetar ideellt. En av oss har tidigare varit verksam i rörelsen och vi har diskuterat de etiska aspekterna av att genomföra vårt urval på detta vis. Då det inte föreligger någon beroendesituation mellan intervjupersonerna och personen som arbetat inom rörelsen finner vi inga etiska hinder för detta urval. Med tanke på att personen inte varit aktiv det senaste året och det ständiga flödet av personer som söker sig till och från rörelsen, anser vi att risken för påverkan genom tidigare etablerade relationer är relativt liten. Det har varit tydligt för intervjupersonerna att studien inte har någon koppling till rörelsen då vi satt universitets logotyp på de informationsblad vi hängt upp. Vi har även i början av varje intervju informerat om att vi studerar vid Lunds Universitet.

Tanken på att intervjua personer som är påverkade av alkohol eller narkotika kan vara etiskt problematiskt. Samtidigt betonar Bryman (2011:364) att vi inte kan förstå en människas beteenden, åsikter, värderingar och tolkningar om vi inte tar hänsyn till den kontext de befinner sig i. Vi tänker att intervjupersonerna befinner sig, eller har befunnit sig i miljöer där alkohol och narkotika är vanligt förekommande. Att vara påverkad av någon substans tillhör med stor sannolikhet flera av våra intervjupersoners dagliga liv. Att inte vara påverkad eller att vara abstinent har för dem möjligtvis kommit att betraktas som avvikande. Innan varje intervju har vi haft ett avslappnat samtal med intervjupersonen för att bedöma huruvida en intervju skulle vara etiskt försvarbar att genomföra.

Enligt Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer bör man i varje studie uppfylla det så kallade *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet*. Informationskravet har vi uppfyllt genom att inför varje intervju ta en stund och delge intervjupersonen grundläggande information inför deras medverkan. Vi har tydligt förklarat syftet med vår studie. De har även tillfrågats angående användningen av diktafon, vilket vi i samtliga fall har fått ett bejakande svar på. Innan vi påbörjade intervjuerna informerades intervjupersonerna om att de när som helst kan

avbryta samt att de inte behöver svara på frågor som de inte känner sig bekväma med. Att intervjuerna genomförts på intervjupersonernas villkor innebär att vi uppfyllt samtyckeskravet. Intervjupersonerna har informerats om att deras medverkan är anonym och att materialet enbart kommer att användas till vår studie. Vi har även talat om att inspelat material kommer att förstöras efter att vi är klara med vår studie. På så vis är även nyttjandekravet uppfyllt. Konfidentialitetskravet är uppfyllt genom att samtliga intervjupersoner är helt anonyma i användandet av det empiriska underlaget. Materialet har även förvarats på ett säkert sätt genom hela processen.

5.6 Arbetsfördelning

Arbetet med att rekrytera intervjupersoner gjorde vi tillsammans. Vi har båda närvarat vid samtliga intervjuer utom en. Efter första intervjun var genomförd tog vi beslutet att den ena utav oss skulle få rollen som intervjuare i samtliga intervjuer. Beslut togs eftersom vi ansåg att det skulle bli gynnsammast för studien, då hon hade en bredare förkunskap än den andra.

När intervjuerna sedan skulle transkriberas valde vi att dela upp arbetet sinsemellan. Kodningen av materialet genomförde vi tillsammans. För effektivitetens skull har vi valt att dela upp inläsningen på tidigare forskning samt teorierna. Vad gäller skrivandet har vi både jobbat tillsammans och enskilt. Vi fann det mest effektivt att dela upp vissa delar av uppsatsen för att komma igång i skrivprocessen. Vi har sedan delgett det vi skrivit med varandra och bearbetat texterna.

6 Analys

I analysen resonera vi kring intervjupersonernas upplevelser av underhållsbehandling sett ur Foucaults teori om disciplinering. Vidare analyserar vi huruvida det disciplinära systemet kan leda till en känsla av stigmatisering. Utifrån vårt material kommer vi först redogöra för hur det är att gå i underhållsbehandling. Sedan följer ett avsnitt som handlar om utskrivning. I avsnittet redogör vi och analysera intervjupersonernas upplevelser av utskrivningsorsakerna. Vidare redogör vi för hur det är att bli av med sin medicin samt vilka konsekvenser en utskrivning kan leda till. Slutligen analyserar vi intervjupersonernas tankar kring spärtriden och dess funktion.

6.1 Att gå i underhållsbehandling

Den läkemedelsassisterade behandlingen omges av en rad regler och kontroller. Sett ur Foucaults (1993) teori om övervakning kan behandlingens kontrolltekniker såsom urinprover samt rigida tider för medicinhämtning skapa ett visst mått av ordning. Flera av intervjupersonerna ställer sig positiva till vissa delar av den struktur som omger behandlingen. Innan behandlingen beskriver flertalet att de levde i ”ett ständigt kaos” och de anser därför att ett visst mått av struktur på deras tillvaro har förbättrat deras situation.

När jag började på metadonmottagningen... Då var det ju världens hjälp tyckte jag ju. Att jag kom bort ifrån missbruket och så vidare. Då tog jag upp studier och såna grejer. Jobbade i hemtjänsten och så läste jag. Så jag läste in sista året på gymnasiet, sen läste jag vidare. Så... det hände jättemånga positiva grejer.

Henrik

I det inledande skedet av underhållsbehandlingen ska personen besöka mottagningen varje dag för att få sin medicin. Detta gäller de första sex månaderna. Därefter besöker personen mottagningen ett par gånger i veckan för medicin och provtagning. Målet är att kontakten med mottagningen ska ske med längre mellanrum allteftersom personen uppvisar ett fungerande deltagande i behandlingsprogrammet. Vid positiva tester på narkotikaklassade preparat återgår emellertid personen till inledningsstadiet och får gå dagligen tills proverna är negativa (Socialstyrelsen 2006).

Flera av intervjupersonerna upplever det påfrestande att besöka mottagningen varje dag för att hämta ut sin medicin. Det kan vara svårt att få mottagningens schema att passa in i vardagslivet. Att gå till ett apotek kan upplevas mindre stigmatiserande, eftersom alla människor emellanåt blir sjuka och därför behöver vända sig dit. Anstice et al. (2009) beskriver hur personerna i deras studie upplever att det ligger ett stigma över mottagningarna och att de därför hellre vill hämta ut sin medicin på apoteket.

Alltså... dom tar det personligt, ett positivt prov tar dom personligt. Och då ska man straffas för det. Och visst... det är klart man ska straffas på nåt vis om man nu går och är positiv hela tiden liksom. Men man måste göra det på

rätt sätt, man kan liksom inte... Har du då dina doser på apoteket, då kan du inte dra in dom och få gå varje dag. För har du då ett jobb att sköta, vad gör du då? Jag har själv varit i den sitsen.

Göran

Likt Göran beskriver flertalet av intervjupersonerna hur de tycker att det är problematiskt att få ihop vardagen med mottagningens tider för medicinhämtning. För de som har arbete kan det vara svårt att hinna hämta medicinen vid de bestämda tidpunkterna. I synnerhet då de i inledningsstadiet, eller vid positiva prover, går dagligen. När mottagningens schema krockar med vardagen kompliceras således ett moment som är av stor vikt för rehabiliteringen (jmf De Maeyer et al. 2011). Situationen kompliceras ytterligare då somliga väljer att inte berätta för sin omgivning att de går i underhållsbehandling (Schacht Reisinger et al. 2009). På så vis skapas en situation där individen kan begränsas i sitt val av sysselsättning.

Men det är så konstigt. För dom som har mycket problem får ju ofta gå varje dag men då får man även gå på helgmottagningen. Så man får gå lördagar och söndagar och då samlas ju alla dom som har problem på ett och samma ställe. På lördag förmiddag när dom ska hämta sin medicin. Och det säger ju sig självt, dom är inne i ett ååter... jag gillar inte det ordet riktigt... men inne och tar grejer vid sidan av och har problem och dom är inne i en jobbig period liksom /.../ Då samlas alla dom där... liksom som nu... solen skiner... 'Va fan ska vi göra idag grabbar liksom?' 'Ja vi går upp på stan och tar en bir' och så rullar det kanske vidare och så tar dom nånting igen och så menar då mottagningen: 'Ja men det är ju en hjälp för er att komma hit varje dag'. Och det är det ju inte alltså. Det är liksom kontraproduktivt istället...

Kurt

Den dagliga uthämtningen av medicin kan anses användas som ett disciplinärt verktyg för att uppnå kontroll. På så vis skapas även en distinktion mellan "bra" och "dåligt"

beteende (jmf Harris & McElrath 2009). Kurt diskuterar hur de dagliga besöken kan få negativa följder. Det är enbart de “icke fungerande” patienterna samt de patienter som startats upp i behandling under de senaste sex månaderna som går till mottagningen på helgerna. Dessa bildar därför en grupp som har negativ inverkan på varandra. På så vis upprätthålls i stället det oönskade beteendet och den disciplinära åtgärden slår en bakåtvolt.

Mats och Mohammed beskriver hur vetskapen kring de disciplinära åtgärderna påverkar relationen till mottagningens personal.

Så är det ju, det beror ju på hur man har varit mot personal och såhär liksom. Vissa kan komma undan med jätte mycket och andra kommer inte undan med nåt va /.../ Men jag tror att det är lite vilka... hur mycket man kommer undan med, det beror på hur man är mot personalen.

Mats

Dom sa det till mig också - du kommer hit Mohammed och så tar du din flaska och sen går du härifrån. Du kommer aldrig in och snackar med oss och så. “Men jag kommer hit och hälsar på er och säger hej hur är det och så sen tar jag min flaska och... Ja men du kommer aldrig in och snackar om dina problem och bekymmer sa dom. Men jag har ju inga problem och bekymmer, sa jag. Jag klarar mig ekonomiskt och jag har lägenhet, jag har det bra! Jag har en liten hund och så. Så jag trivs, det är okej. Hade jag haft problem så hade jag kommit in va. Ja men du vill sköta allting på ditt eget sätt, säger dom till mig. ‘Du är inte som dom andra. Här kommer folk in liksom och gråter ut så kallat va.’ ‘Oh, jaja, vi ska hjälpa dig. Var inte orolig, du ska inte bli utskriven. Vi ska göra allt för dig’.

Mohammed

Att vara på “god fot” och hålla sig undan konflikter med mottagningen anses av intervjupersonerna som viktigt för den fortsatta behandlingen. Likaså skapandet av en fungerande relation till personalen som kan fungera som en förmildrande omständighet om sanktioner skulle bli aktuella. Relationen mellan personal och patient kan således upplevas som oärlig. Göran beskriver relationen mellan personal och patient som “en

teater”. Han menar att oärligheten kommer från båda håll. Även Henrik, som har gått i underhållsbehandling sedan år 2002, beskriver att relationen till personalen spelar viss roll då sanktioner kommer på tal. Han uppger emellertid att det är något som förbättrats genom åren.

Forskning visar att personer i underhållsbehandling upplever att beslut om utskrivning påverkas av vilken relation man har till sin kontaktperson och övrig personal (jmf Schacht Reisinger et al. 2009; Svensson & Andersson 2012). Sett ur Foucaults teori om disciplinering spelar således blotta *vetskapen* om en disciplinär åtgärd en avgörande betydelse. Mats beskriver nedan hur rädslan för de disciplinära åtgärderna kan få ödesdigra konsekvenser.

Något som är helt vansinnigt... det är om du åker in akut för du har tagit för många tabletter, du har tagit en överdos, så är det belägg för att bli utskriven från programmet va... och då är ju folk livrädda för att ringa...

Mats

Henrik beskriver nedan den bild han har av att systemet försöker fostra patienterna genom att utfärda varningar och sanktioner vid oönskat beteende eller regelbrott. Den första varningen kan ses som ett medel i en normaliseringsprocess. Henrik menar emellertid att ett sådant system inte uppnår de effekter det ursprungligen var tänkta att uppnå.

Har dom fått en varning så är det precis som att dom har busat lite. 'Oh, du har busat! Nu får du en varning. Busar du en gång till så skriver vi ut dig.' Så kan man inte se missbruk. Man får ju se det medicinskt. Alltså det är ett medicinskt problem. Alltså, killen har tagit tabletter igen! Hur ska vi hjälpa honom? /.../ Alltså vad fan är det? Jag menar, jag har två barn med två underbara kvinnor som inte är missbrukare. Om jag har riskerat dom... Eller ja, jag har prioriterat heroin framför dom. Jag har prioriterat heroin framför jobb, utbildningar, framför lägenheter, framför boende, framför lycka och allting. Hur ska dom... hur ska dom då för att dom varnar mig. Skulle du då bli... Alltså förstår du hur jag menar? Precis som att det skulle HJÄLPA..?

Henrik

I flera av intervjuerna finns en tydlig önskan om mer hjälp och mindre disciplinära åtgärder, i synnerhet gällande sidomissbruk. Då personer som är aktuella för underhållsbehandling redan upplevt svåra negativa konsekvenser av sitt missbruk såsom bristande kontakt med sin familj, hemlöshet samt försämrad psykisk och fysisk hälsa tenderar de disciplinära åtgärderna att ytterligare stärka känslan av misslyckande.

Majoriteten av intervjupersonerna beskriver att de tagit bensodiazepiner och/eller sömnmediciner i pågående underhållsbehandling. Några utav dem hade blivit utskrivna av den anledningen. Att bruka preparaten är något personerna beskriver som problematiskt i kombination med reglerna för underhållsbehandling. De upplever emellertid inte användandet av preparaten som ett sidomissbruk utan att de brukar preparaten på grund av sömnproblem och ångest. Flertalet av intervjupersonerna beskriver att de upplevt sömnproblem som en biverkning av Metadon. Att bensodiazepiner är vanligt förekommande menar Lintzeris et al. (2006) kan förstås mot bakgrund av den förhöjda psykiska ohälsan i gruppen. Intag av läkemedlet i berusningssyfte kan däremot inte uteslutas (ibid.).

Och man får aldrig en sömntablett där... alltså det görs ingenting. Och jag tjata och tjata och tjata - 'ni måste försöka åtgärda detta på nåt sätt och ni måste hjälpa mig för det kommer att braka åt helvete liksom'. Och varenda gång 'nä, men du får försöka, du får försöka...' /.../ Och när man då har legat där till klockan tre/fyra på natten ett par dagar i rad så är man ju trött i huvudet, då vill man bara sova. Då tar man en tablett och så säger man till på mottagningen 'du nu orka jag inte mer så nu tog jag en tablett'. Gör som många andra svenskar. Men för mig och för oss så är det som vi sidomissbrukar /.../ Jag pratade med dom gång på gång på gång 'ja men du måste sluta äta tabletter'. Ja, men jag äter tabletter för att ni inte gör nånting, för att jag har sömnproblem, för att jag måste få ladda mina batterier. Jag har fått kontroll på mitt heroinberoende, jag har uppnått det, och det var det jag börja här för men jag behöver hjälp med denna biten. Och man fick 'ja, men du måste sluta äta tabletter'. 'Ja, men jag äter tabletter för...' alltså det är bara rundgång hela tiden.

Mats

Man kan få en så tung medicin som Metadon men dom kan inte hjälpa mig med en löjlig sömntablett eller nån lugnande för nerverna. Jag säger... många som jag känner, det handlar inte om att de är dumma eller

ointelligenta utan dom har dåliga nerver. Behöver medicineras /.../ Så jag tycker inte att jag missbrukar jag tycker att jag självmedicinerar.

Henrik

Att vara i behov av sömntabletter i perioder i livet beskriver några av intervjupersonerna som något de uppfattar som " normalt". Intervjupersonerna uppger att de vid nekandet av sömntabletter fått förklarat för sig att det föreligger en medicinsk risk genom att blanda preparaten. Att inte få tillgång till en hjälp som de upplever sig vara i behov av, som för andra är relativt lättillgänglig, skapar känslor hos individen av utstötthet. På detta vis ger de uttryck för en upplevd kategorisering som i sin tur leder till stigmatisering.

6.2 Ofrivilligt utskrivnen

För förståelsen kommer vi nedan att kort redogöra för de anledningar intervjupersonerna uppgav som orsak till deras utskrivning. Det gör vi även för att tydliggöra bakgrunden inför senare avsnitt.

6.2.1 Utskrivningsorsaker

I linje med Socialstyrelsens (2012) kartläggning samt Svensson och Anderssons (2012) studie uppger majoriteten av våra intervjupersoner att de blivit uteslutna på grund av sidomissbruk. Vi frågade huruvida de upplever att utskrivningsorsakerna var lika för alla. Flera av dem vittnar om en känsla av att utskrivningarna kan ske med ett visst mått av godtycke. Henrik, som inte själv har erfarenhet av att ha blivit utskrivnen berättar hur han "strulat" så mycket att han är förvånad över att han ännu inte åkt ur programmet. Han uttrycker också hur personer som "strulat" mindre än honom blivit utskrivna för länge sedan. Henriks uttalanden vittnar om hur personer i behandling ställs mot varandra som en konsekvens av det disciplinära systemet.

Mohammed beskriver nedan hur han sökte sig till vårdcentralen då han på grund av biverkningar från Metadon i kombination med svår astma upplevde sömnproblem. Vårdcentralen nekade emellertid ordination av den medicin han efterfrågat när det framkom att han gick i underhållsbehandling.

Jag har fått sova nu i åtta, nio dagar på en fåtölj sittandes upp och så har jag lutat huvudet ner bara för att kunna andas lättare, du vet? /.../ Då ringer vårdcentralen till metadonmottagningen och säger att 'Mohammed han var här på vårdcentralen och försökte få utskrivet sömntabletter'. Och då kallade dom upp mig på månadsmöte och då sitter alla runt bordet. Och ja, då togs det beslutet att jag blev utskriven på grund av det /.../ Jag nämnde, där är folk som gått där i fjorton månader och inte lämnat ett enda grönt urinprov. På fjorton månader! Medan jag var grön hela tiden och gör en sån enkel grej. Alltså det är olika från människa till människa.

Mohammed

Både Henrik och Mohammed ger uttryck för att personer i programmen behandlas olika. Även Harris & McElrath (2012) skriver att det görs skillnad mellan personer i underhållsbehandling. Personerna i deras studie menar att det görs en distinktion mellan "rena" och "smutsiga" personer. Likt Henrik och Mohammed menar de att "rena" personer får vissa fördelar i jämförelse med de "smutsiga". Känslan av att vara "smutsig" förstärks således.

Vi är dömda innan och liksom inte trodda i samhället... För att alltså, man kommer till ett ställe bara för att man vill ändra på sitt liv lite. Man har tröttnat på allt. Man visar att man sköter sig, man kämpar. Men det visar sig att det stället som man kom till, som man ville ha hjälp från, det är dom som inte tror på en och det är dom som lägger käppen i hjulen på en (...) alltså förtroende mellan mig och min mottagning - noll liksom. Att jag fortsätter där är inget alternativ längre /.../ Framöver kan jag inte lita på någon myndighet. Ja... Jag tappade förtroendet.

Per

Per blev utskriven då mottagningen misstänkte att han var påverkad av preparat som inte framgick i analysen av proverna. Enligt honom hade mottagningen således inga belegg för att han varit under påverkan av illegala substanser. Att han känner sig misstrodd leder till att han tappar allt förtroende för sin mottagning. Vilket i sin tur resulterar i att han inte kan tänka sig återvända till dit. Goffman (2011) menar att den stigmatiserade personen ständigt har en känsla av att vara ifrågasatt. Individen måste bedöma det intryck hen gör i vidare utsträckning än övriga personer. Ett då och då olämpligt beteende kan lätt tolkas som en bekräftelse på avvikelse.

Man har en stolthet för vi är människor allihopa va... sen om vissa av oss har haft problem med tunga droger det är ju kanske inte så jätteintressant alltid. Man är ju människa och mamma och pappa och syster och bror och anhörig liksom också.

Kurt

Kurt ger uttryck för att oftast bli identifierad med sin problematik. Han upplever en frustration över att inte bli sedd som enbart en människa. Negativa reaktioner i kombination med brist på positiv bekräftelse kan tänkas få personen att känna sig som en utstött i samhället. Goldberg (2005) menar att stämpling är en process som består av upprepade negativa reaktioner från omgivningen. Denna process bidrar i sin tur till en negativ självbild. En person vars självbild redan är negativ tar till sig negativa reaktioner som bekräftelser på den egna självbilden.

6.2.2 Att bli av med sin medicin

Utskrivning från det läkemedelsassisterade behandlingsprogrammet innebär att personen inte längre ordineras medicin mot sitt opiatmissbruk. Vid en utskrivning kan en person erbjudas uttrappning av sin medicin. Uttrappning på mellan 10-14 dagar har varit aktuellt för intervjupersonerna i vår studie. Några av dem fullföljde inte sin nedtrappning utan återföll i heroinmissbruk innan den avslutades.

Från början, första gången fick jag en månads nedtrappning. Andra gången fick jag tio dagar. Och du, man är ju chanslös...

Kurt

Jag trodde aldrig att den [metadonabstinensen] skulle försvinna... det var... jag fick sån postakut abstinens efter... en månad var det riktigt jävligt, sen började det lugna ner sig lite. Sen fick jag en postakut abstinens då. Så jag åkte till "alk-akut" där på beroendecentrum. Så dom tog in mig där efter tredje gången jag sökte.

Göran

Samtliga intervjupersoner beskriver metadonnedtrappningen som en mycket jobbig process. Några hävdar att metadonabstinensen är värre än heroinabstinensen då den upplevs som utdragen och smärtsam, både fysiskt och psykiskt. I linje med Svensson och Anderssons (2012) studie menade flera av intervjupersonerna att uttrappningen var för kort.

Intervjupersonerna menar att deras opiatberoende är en sjukdom. Att kunna bli ifråntagen sin medicin upplevs av intervjupersonerna som ett uttryck för att deras sjukdom saknar legitimitet. Henrik och Mats betraktar sin sjukdom som vilken annan sjukdom som helst. De menar emellertid att det görs skillnad på olika sjukdomstillstånd inom vården.

Jag har fått metadon en gång för att jag missbrukar, ska jag bli av med min medicin för att jag visar symptom på den sjukdomen jag en gång fått medicinen för?

Henrik

'Nä... nu stoppar vi din blodtrycksmedicin här för nu har du ätit för fet mat alltså'. Alltså det är... det är så rubbat... så rubbat...

Mats

Mats och Henrik indikerar att man inom sjukvården inte kan bli ifråntagen sin medicin vid andra sjukdomstillstånd. En person som bör hålla sig till en viss kost pga. t.ex. högt blodtryck blir inte ifråntagen sin blodtrycksmedicin om personen inte håller sig till den upplagda kostplanen. Henrik och Mats ger uttryck för att de blir annorlunda behandlade på grund av sjukdomens uppkomst och karaktär. Mats indikerar att sanktioner som utdelas kan bero på vilken kategoritillhörighet man har i samhället. Sanktioner utdelas till avvikande personer eftersom samhället ämnar normalisera deras beteende.

6.3 Konsekvenserna

Dag ett då du blir utskriven så börjar det direkt med att du återfaller, alltså du börjar ta tabletter. Sen när du kommer ner i så låg dos Metadon så återfaller du i heroin. Alltså det återkommer automatiskt, för det är så lång och jobbig abstinens. Så att när dom skriver ut folk – så skriver dom ut folk till, ja alltså dom skriver ut dom i stort sett till...(tystnad)

Henrik

Samtliga av våra intervjupersoner med erfarenhet av att själva ha blivit utskrivna beskriver återfall i heroinmissbruk som den direkta konsekvensen av uteslutningen. Detta är något som också är återkommande i övrig forskning (Svensson & Andersson 2012; Joseph 2000). Majoriteten av dem återföll innan uttrappningen var slutförd. Några av dem skiftade mellan heroin och illegalt Metadon.

Jag köpte ju lite svart åt sidan och det föreslog dom till och med, personalen där /.../ Att jag skulle köpa lite svart och försöka klara mig dom här tre månaderna tills spärrtiden är över.

Mohammed

Mohammeds uttalande vittnar om behandlingsspersonalens frustration och känsla av maktlöshet inför de konsekvenser som ett återfall i heroinmissbruk med stor sannolikhet kan leda till. Mohammed berättar att han enbart tagit illegalt Metadon efter sin utskrivning. På så vis försökte han upprätthålla sin underhållsbehandling på illegal väg tills dess att spärrtiden gått ut och han åter kunde ställa upp sig på väntelistan. Utskrivningar kan således resultera i att personer försätts i en situation där införskaffandet av illegala substanser är den enda utvägen. Att kriminaliteten ökar vid utskrivning framgår även det av forskning (jmf Coviello et al. 2000).

Den [kriminaliteten] kommer alltid i samband med missbruket. Alltså alla domar jag har, har med missbruket att göra. Så jag är inte kriminell för kriminalitetens skull utan det är för... ja det är för att fixa pengar till

heroin. Framförallt heroin, det var då det började. Mycket stölder och rån.

Göran

Återfall i kriminalitet sker inte enbart genom användning av illegala substanser. Göran berättar att han finansierat sitt missbruk genom kriminalitet under de perioder han varit utskrivnen. Utskrivningen leder således till att personerna faller tillbaka i gamla livsmönster. Genom kriminalitet skapas på så vis ytterligare en *stigmatiserande faktor* (Goffman 2011) och individen kan tänkas hamna ännu längre ner på samhällsskalan. Således kan effekterna av det disciplinära systemet få en stigmatiserande inverkan på personernas liv. Kopplingen mellan heroinmissbruk och kriminalitet återfinns bland annat hos Kokkevi et al. (1993).

Antingen går jag tillbaka till knarket som innan liksom och ja... och kriminalitet och fängelse och sånt där liksom. Eller man tar en liten extra dos liksom och blir... borta med vinden...

Per

I intervjuerna framkommer det att underhållsbehandlingen har skapat ett mått av ordning och struktur i tillvaron. Utskrivning från programmet försatte samtliga personer i en situation där de på illegal väg underhöll sitt beroende med antingen heroin eller Metadon. Samtliga intervjupersoner uttrycker tankar kring risken att överdosera. Otryggheten i situationen försämrade intervjupersonernas upplevda psykiska hälsa. Flera beskriver känslor kring hopplöshet och passivitet då de återgått till det livsmönster som de med underhållsbehandlingen ämnade bryta. Detta förstärktes ytterligare med anledning av spärrtiden.

6.4 Spärrtiden

Efter utskrivning följer en tre månader lång spärrtid då patienten inte kan återvända in i behandling (Socialstyrelsen 2009). Det är först när spärrtiden löpt ut som personen åter har möjlighet att ställa sig i kö till läkemedelsassisterad behandling.

För att innan så dog folk i väntan på att få komma in. Nu dör folk i stället för att dom får sitta på spärrtid. Och om dom inte hamnar på spärrtid så hamnar dom på kåken i stället.

Göran

Vi frågade våra intervjupersoner hur de upplever spärrtiden och vad de tror att den fyller för funktion. Majoriteten av respondenterna uppfattar spärrtiden som ett straff, eller som Göran beskriver det: ”det är väl för att man ska få en tankeställare”. Samma person diskuterar hur han uppfattar spärrtiden som en kontraproduktiv form av bestraffning. Att han på grund av spärrtiden inte kunde reflektera över vad det var som gick fel då han blev utskriven. Detta eftersom han i direkt anslutning till utskrivningen återföll i heroinmissbruk.

Jag har mått så dåligt! Hade jag haft medicin fast jag haft spärrtid på mån konstig vänster, hur det nu skulle gå att lösa det liksom, då hade jag nog kunnat reflektera mer över vad det egentligen var som gick så jävla fel /.../ Jag hade liksom kunnat ta tag i det bättre.

Göran

Foucault (1993) menar att straff spelar en betydande roll i det disciplinära systemet. Det är straffet, eller sanktionen från omgivningen som upprätthåller ordningen. Straffet bör därför betraktas som ett korrigerande, som en del av en livslång inläring av vad som är rätt och fel. Oavsett spärrtidens ursprungliga syfte är det tydligt att intervjupersonerna upplever spärrtiden som en form av sanktion till följd av ett oönskat beteende. Foucault tes om inläring genom disciplinering bygger emellertid på att individen förmår reflektera över vad som ledde fram till den disciplinära åtgärden. Något som intervjupersonen ovan beskriver som problematiskt.

Mohammed resonerar kring den egentliga nyttan med spärrtiden.

Jag menar varför skriva ut, trappa ner... skriva ut honom i tre månader så han ligger sjuk och skakar och fryser och måste ut och stjäla i dom här två tre månaderna och sen efter det: 'varsågod, kom in igen här har du Metadon igen'. Vad är det för lönt? /.../ Men så här i tre månader så bara väntar du hela tiden på att få komma tillbaka och under tiden så måste du

drifta dig och se till så att du klarar dig och att du överlever dom här tre månaderna.

Mohammed

Flera av intervjupersonerna har varit i programmen upprepade gånger. Enligt den forskning vi tagit del av är det vanligt att personer återvänder till programmen (jmf Bell et al. 2006). Intervjupersonerna i vår studie uppger att de inte ser det som en svårighet att åter komma in i behandling. Mohammed beskriver hur han under tremånadersperioden försökte hålla ut och bara väntade på att få komma tillbaka. Ur ett disciplinärt perspektiv förlorar således utskrivningen sin förväntade effekt om den inte åtföljs av spärrtiden.

7 Slutdiskussion

Syftet med studien var att, utifrån teorier om disciplinering och stigma, undersöka intervjupersonernas upplevelse av att gå i läkemedelsassisterad behandling. I analysen har vi utifrån våra frågeställningar valt att fokusera på tre huvudteman; att gå i underhållsbehandling, konsekvenser av utskrivning samt spärrtidens funktion.

Studien visar att flertalet av personerna upplevde att delar av behandlingens struktur hade förbättrat deras situation. Trots det ställde de sig kritiska till behandlingsprogrammets överhängande disciplinära struktur. I studien framkommer att delar av de disciplinära åtgärderna, såsom daglig hämtning av medicin, visade sig få kontraproduktiva följder. De personer som är inne i ett aktivt sidomissbruk samt de personer som gått i behandling i kortare tid än sex månader går även till mottagningen på helgerna. Dessa personer bildar en grupp som kan ha negativ inverkan på varandra. Det har även framkommit att delar av behandlingens disciplinära struktur hindrar personerna i deras rehabilitering. Tydligt genom studien är att intervjupersonerna ser daglig medicin hämtning pga. sidomissbruk, utskrivning samt spärrtid som ett straff. Den ojämna maktfördelningen och patientens beroendesituation till mottagningen bidrar till en komplex relation mellan personal och patient. Det är rimligt att påstå att en sådan relation kan påverka behandlingens utfall negativt. Studien visar även på hur den blotta *vetskapen* om de disciplinära åtgärderna har en negativ inverkan på relationen mellan personal och patient.

Det har i studien visat sig att sanktionsverktygen ökade känslan av stigmatisering. Detta eftersom personerna har en upplevelse av att bli annorlunda behandlade. Således blir stigmatisering ett resultat av det disciplinära systemet.

Sidomissbruk var i studien den vanligaste orsaken till utskrivning. Personerna upplevde att relationen till personalen hade en viss påverkan på beslutet om utskrivning. Återfall i heroinmissbruk och användande av illegala substanser blev den direkta konsekvensen av utskrivningarna. Intervjupersonerna uppger ökad kriminalitet samt ökad psykisk ohälsa som ytterligare konsekvenser av utskrivning. Spärrtiden upplevs som ett sätt att förstärka straffet av utskrivningen. Personerna upplevde det inte som en svårighet att åter komma in i behandling. Ur ett disciplinärt perspektiv måste därför utskrivningen följas av en spärrtid för att sanktionen ska uppfylla sitt disciplinerande syfte.

Som nämnts visar även vår studie, i linje med tidigare forskning, att merparten blivit utskrivna pga. sidomissbruk. Återkommande genom uppsatsprocessen var tankar kring huruvida den svenska narkotikapolitiken som syftar till ”ett drogfritt samhälle” påverkat utformningen av skadereducerande åtgärder såsom underhållsbehandling och sprutbyte.

Efter genomförd studie ställde vi oss frågande till om de risker som är förenade med Metadon/Subuxone i kombination med andra narkotiska preparat och/eller alkohol står i proportion till de konsekvenser utskrivningen kan leda till. Studien har inte ämnat undersöka de medicinska risker som Metadon och buprenorfin i kombination med alkohol och/eller narkotika utgör. Vi kan emellertid konstatera med stöd av forskning att avbruten behandling inte sällan leder till mycket allvarliga konsekvenser för den enskilde. En individuell konsekvensanalys vid utskrivningstillfället skulle kunna bidra till ett bredare helhetsperspektiv.

Referenslista:

Ahrne, G & Svensson, P (2011) *Handbok i kvalitativa metoder*. 1. uppl. Malmö: Liber

Anstice, S; Strike, C & Brands, B (2009) Supervised Methadone Consumption: Client Issues and Stigma. *Substance Use & Misuse*. Nr 44, s. 794-808.

Aspers, P (2011). *Etnografiska metoder: att förstå och förklara samtiden*. 2. [uppdaterade och utökade] uppl. Malmö: Liber

Bell, J; Burrell, T; Indig, D & Gilmour, S (2006) *Cycling in and out of treatment; participation in methadone treatment in NSW, 1990-2002*. *Drug and Alcohol Dependence*. Nr 81, s. 55-61.

Bergschmidt, V (2004) *Pleasure, power and dangerous substances: Applying Foucault to the study of 'heroin-dependence' in Germany*. *Anthropology & Medicine*. 11:1, s. 59-73.

Bryman, A (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Caplehorn, JR; Dalton, MS & Peterenas, AM et al. (1994) *Retention in methadone maintenance and heroin addicts' risk of death*. *Addiction*. 89: 2, s. 203-207.

Clausen, T; Anchersen, K & Waal, H (2008) *Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross- registry study*. *Drug and Alcohol Dependence*. Nr 94, s. 151-157.

Coviello, D; Zanis, D; Wesnoski, S; Lynch, K & Drapkin, M (2011) *Characteristics and 9-month outcomes of discharged methadone maintenance clients*. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Nr 40, s. 165-174.

De Maeyer, J; Vanderplasschen, W; Camfield, L; Vanheule, S; Sabbe, B & Broekaert, E (2011) *A good quality of life under the influence of methadone: A qualitative study among opiate-dependent individuals*. *International Journal of Nursing Studies* Nr. 48, s. 1244-1257.

Foucault, M (1993) *Övervakning och straff*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur

- Goffman, E (2011). *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. 3. uppl. Stockholm: Norstedt
- Goldberg, T (2005). *Samhället i narkotikan*. Enskede: TPB
- Gunne, L & Grönbladh, L (1981). *The swedish methadone maintenance program: a controlled study*. Drug and alcohol dependence. 7:3, s. 249-256.
- Harris, J & McElrath, K (2012) *Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery*. Qualitative health research. Nr 22, s. 810-824.
- Heilig, M (2004). *Beroendetillstånd*. [2., rev. uppl.] Lund: Studentlitteratur
- Johnson, B (2005). *Metadon på liv och död: en bok om narkomanvård och narkotikapolitik i Sverige*. Lund: Studentlitteratur
- Johnson, Svensson & Åkesson (2013) *Reglerna för underhållsbehandling av opiatberoende är godtyckliga och saknar stöd i forskningen*. Läkartidningen. 110:8, s. 420
- Joseph, H, Stancliff, S & Langrod, J (2000). *Methadone Maintenance Treatment (MMT): A review of Historical and Clinical Issues*. The Mount Sinai Journal of Medicine Vol. 67, s. 347-361.
- Kakko, J (2011). *Heroinberoende*. 1. uppl. Stockholm: Liber
- Kokkevi, A, Liappas, J, Boukouvala, V, Alevizou, V, Anastassopoulou, E & Stefani, C (1993) *Criminality in a sample of drug abusers in Greece*. Drug Alcohol Depend. Nr 31, s. 111–121
- Larsson, B & Engdahl, O (red.) (2011). *Social kontroll: övervakning, disciplinering och självreglering*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Lintzeris, N; Mitchell, T; Bond, A; Nestor, L & Strang, J (2006) *Interactions on mixing diazepam with methadone or buprenorphine in maintenance patients*. Journal of Clinical Psychopharmacology. 26:3, s 274-283
- May, T (2013) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur
- Nilsson, R (2008). *Foucault: en introduktion*. Malmö: Égalité

Nordegren, T & Tunving, K (1993) *Droger A-Ö: [en uppslagsbok om historia, effekter, behandling, preparatnamn, fackuttryck och drogslang]*. Stockholm: Natur och kultur

Schacht Reisinger, H; Schwartz, R; Mitchell, S; Peterson, J; Kelly, S; O'Grady, K; Marrari, E; Brown, B & Agar, M (2009) *Premature Discharge from Methadone Treatment: Patient Perspectives*. *Journal of Psychoactive Drugs*. 41:3, s. 285-296.

Socialstyrelsen (2009) *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2009:27)* Västerås: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2012) *Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2006) *Underhållsbehandling vid opiatberoende. Handbok och kommentarer till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:8) om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. Stockholm: Socialstyrelsen

Svensson, B (2005). *Heroinmissbruk*. Lund: Studentlitteratur

Svensson, B & Andersson, M (2012) *Involuntary discharge from medication-assisted treatment for people with heroin addiction - patients' experiences and interpretations*. *Nordic studies on alcohol and drugs*. 29:2, s. 173-193.

Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Elektroniska källor:

Läkemedelsverket (2006) "Suboxone (buprenorfin + naloxon)" Läkemedelsverkets officiella hemsida

<http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Allmanhet/Lakemedel/Nya-lakemedel/Suboxone-buprenorfin--naloxon/> (2014-04-22)

Läkemedelsverket (2000) "Subutex (buprenorfin)". Läkemedelsverkets officiella hemsida <http://www.lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Monografier-varderingar/Monografier-Humanlakemedel/Humanlakemedel-Arkiv/Subutex-buprenorfin/> (2014-04-22)

RFHL (2012) ”Om RFHL”. RFHLs officiella hemsida
< <http://rfhl.se/riks/index.php/om-rfhl> > (2014-04-29)

8 Bilagor

Bilaga 1- *Informationsblad*



Har du erfarenhet av att ha blivit ofrivilligt utskrivnen från ett underhållsprogram med metadon, Subutex eller Suboxone?

Vi söker personer att intervjua för vår studie om ofrivilliga utskrivningar. Du kommer få möjlighet att beskriva din upplevelse av utskrivningen och hur det påverkat din situation.

- Vi har tystnadsplikt
- Du kommer i studien att vara totalt anonym (ingen information från intervjun kommer kunna kopplas till dig).
- Intervjun kommer att ta ca 45 min.

Vi som genomför studien heter Tanja Persson och Sara Ahlin-Heikkinen. Vi går sjätte terminen på socionomprogrammet vid Lunds universitet. Materialet från intervjuerna kommer att användas till vår C-uppsats. Kontakta oss vid intresse eller för vidare information. Tack! Kontakt: -

Bilaga 2 - *Intervjuguide 1*

1. Introduktion

- Presentera oss - Presentera studien
- Fråga kring diktafon - Möjlighet att avbryta när som helst
- Anonymitet - Eventuellt använda citat
- Intervjumaterialet kommer endast användas till vår uppsats
- Bakgrundsfakta: kön, ålder

2. Beskriv din nuvarande situation vad gäller behandling

- Var? När? Hur länge?
- Hur många tillfällen?
- Hur fungerar behandlingen för dig?
- Hur upplever du regelsystemet kring underhållsbehandlingen?

3. Omständigheter kring utskrivning

- Orsak
- Varningar?
- Nedtrappning?
- Skulle man kunnat stötta dig på något sätt, från mott sida så att det inte behövde sluta med utskrivning?

4. Konsekvenser

- Om du jämför din livssituation i behandling och utan behandling. Hur skulle du beskriva den jämförelsen?
- Hur klarar du dig rent medicinsk?
- Hur finansieras ett ev. missbruk?
- Hur klarar du dig rent emotionellt?

5. Sammanfattning kring vad vi talat om

Något att tillägga? Tacka för medverkan !

Bilaga 3 – intervjuguide 2

1. Introduktion

- Presentera oss
- Presentera studien
- Fråga kring diktafon - Möjlighet att avbryta när som helst
- Anonymitet - Eventuellt använda citat
- Intervjumaterialet kommer endast användas till vår uppsats
- Bakgrundsfakta: kön, ålder

2. Beskriv din nuvarande situation vad gäller behandling

- Var? När? Hur länge?
- Hur många tillfällen?
- Hur fungerar behandlingen för dig?
- Hur upplever du regelsystemet kring underhållsbehandlingen?
- Upplevelse kring det faktum att potentiellt kunna bli utskriven. Påverkar det din behandling? Hur?

3. Beskriv skillnaden behandlingen gjort för dig

- Jämför din situation innan behandling med din situation nu

4. Upplevelse av behandlingen

- Hur upplever du behandlingen?
- Hur upplever du det regelverk som omger behandlingen?

5. Spärrtiden

- Vad tror du att spärrtiden är menad att ha för effekt?
- Vad tänker du kring spärrtiden?

6. Sammanfattning

- Något att tillägga?
- Tacka för medverkan