

Universitetet i Tromsø Høst 05

5.års oppgave

”Urinprøvetakning ved Medikament- Assistert Rehabilitering”

Student: Maja Wilhelmsen, kull 2000

Veileder: Georg Høyer

1 INNLEDNING

1.1 Medikament assistert rehabilitering

1.1.1 Gjennomføring av urinprøvetakning ved MAR i Tromsø

1.2 Hensikt

1.3 Hypotese

1.4 Formål

1.5 Etikk

2 MATERIALE OG METODE

2.1 Utvelgelse

2.2 Bearbeiding

3 RESULTATER

3.1 Tanker om urinprøvetakningen

3.1.1 Prosedyrene

3.1.2 Hensikt

3.1.3 Hyppighet

3.2 Hvordan opplevde du sist gjennomført urinprøvetakning?

3.3 Hvilken rolle har personen som er inne sammen med deg ved avlevering av urinprøven?

3.3.1 Dyktighet

3.3.2 Samtalen

3.3.3 Rolle

3.4 Hvis du fikk bestemme hvordan: skulle prosedyrene for urinprøvetakning være?

3.4.1 Forbli slik det er, eventuelt tettere oppfølging.

3.4.2 Mindre kontroll

3.4.3 Eget metadonsenter

3.4.4 Hasj

4 DISKUSJON

4.1 Metodediskusjon

4.2 Diskusjon av resultater

4.2.1 Akseptering av betingelser

4.2.2 Sosialt

5 KONKLUSJON

Kilder

Appendix A: Samtykkeskjema

Appendix B: Intervjuguide

1. Innledning

1.1 Medikamentassistert rehabilitering

Siden 1960 har metadon blitt brukt i behandling av opiatavhengige i USA. Første metadonbehandling i offentlig regi i Norge ble forsøkt i 71-72. Forsøket ble raskt avsluttet uten seriøs evaluering. Det var på denne tiden mye motstand hos myndighetene for slik behandling. De var redd for å skape narkomane. Det var derimot stor optimisme for medikamentfrie tiltak. På midten av 80 tallet kom en frykt for AIDS-epidemi blant injiserende stoffmisbrukere som gjorde at medikamentassistert rehabilitering igjen ble tema for diskusjon. Argumentasjonen var at ved bruk av metadon ble det ikke brukt sprøyter og man unngikk dermed spredning av sykdommen. Men fortsatt var det sterkt ønske hos myndigheten å oppnå et narkotikafritt Norge, som gav motstand til oppstart av metadonbehandling. Tross dette, starter et prosjekt hvor HIV-positive fikk tilbud om metadonbehandling i 89. På grunn av gode resultater ble dette et permanent tilbud for HIV positive i 95. Dette åpnet dører for andre grupper. På grunn av høy dødelighet og dårlige resultater fra medikamentfrie behandlingstilbud hos eldre, nedslitte sprøytemisbrukere starter et forsøksprosjekt i 92. Denne metadonbehandlingen omfattet i starten bare 50 pasienter og det var strenge inntakskrav. Forsøket var vellykket og medikamentassistert rehabilitering (MAR) blir nå sett på som livreddende behandling (1).

I dag kan personer med langvarig opiatmisbruk kan søke om MAR, men for å komme med må de fylle flest mulig av inntakskravene. For det første bør de være 25 år eller mer. De skal ha en langvarig narkotikamisbrukskarriere. Misbruket på søkertidspunktet og over flere år skal ha vært opiatdominert. Til sist bør de ha prøvd medikamentfri behandling i rimelig omfang. Det gjøres en individuell vurdering av hver enkelt søker(2).

Bruk av medikamenter er et av flere virkemidler for å oppnå følgende:

- ”- komme seg ut av de hardt belastede misbruksmiljøene,
- nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak,
- redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall,
- bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og

- oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og så langt mulig- yrkesmessig og sosial rehabilitering”(3).

I Norge har vi en svært streng linje i forhold til urinprøvetaking av personer som får tilbudet om MAR. Disse personene velger jeg å kalle pasienter i denne oppgaven. Rammene for urinprøvetakning ved god utvikling og negative urinprøver følger faste retningslinjer. Første 6 måneder må pasient levere urinprøve 3 ganger per uke under oppsyn. Neste 6 måneder leveres det urinprøve 2 ganger per uke under oppsyn. Fra 12-24 måneder leveres urinprøver 1 gang pr uke, samt bruk av stikkprøver. Stikkprøver er tilfeldig, uanmeldt testing. Etter 24 måneder i prosjektet er det kun stikkprøvebasert urinprøvetakning (4).

Hensikten med urinprøvene:

1. Kontroll for misbruk av andre rusmidler.
2. Kontroll på inntak av metadon/subutex som er substitusjonspreparat. (2)

1.1.1 Gjennomføring av urinprøvetakning ved MAR i Tromsø

Tidlig i mitt prosjekt tilbrakte jeg noen dager nede på Sosial Medisinsk senter for å se hvordan urinprøvetakningen foregår. Da satt jeg litt på venterommet og pratet med pasientene og fikk være med inn når de leverte urinprøvene. Det er levering av urinprøver mandag, onsdag og fredag mellom 9 og 11. I dette tidsrommet var det ikke åpent for andre pasienter nede på senteret. Noen av pasientene som var i arbeid hadde spesialavtale for når de skulle levere urinprøve.

De gikk en og en inn for å avlevere prøve. Det var et svært lite toalett hvor de tisset med døren åpen. Rett utenfor var et til lite rom hvor en av de ansatte sto og overvåket det hele. En del av urinen ble helt over på et prøveglass og merket. Pasienten sjekket at merkingen var rett. Det ble så målt temperatur på den resterende urinen. Hvis den holdt ca. 37 grader indikerte dette at urinen kom direkte fra kroppen.

1.2 Hensikt

Er hyppig urinprøvetakning under kontrollerte forhold riktig måte å følge opp pasienter som deltar i MAR? Noen mener det er galt at helsevesenet på denne måten blir en kontrollinstans og at det er nedverdiggende for pasientene som får MAR. (1) Denne oppgaven ser nærmere på hvilken tanker pasientene selv har om temaet.

1.3 Hypotese

Siden jeg gjennomfører en kvalitativ undersøkelse har jeg ingen hypotese. Jeg ønsker å få fram en beskrivelse av hvordan pasientene selv opplever urinprøvetakningen. Deres spesielle historier, opplevelser og eventuelle ønsker er det jeg har prøvd å få fram i min oppgave.

1.4 Formål

Formålet mitt er å gi pasientene selv en stemme. De har fått fortelle hvordan de opplever urinprøvetakningen. På denne måten kommer deres side av historien frem. I stede for å anta hva de føler, får de her si med egne ord hva de tenker. På denne måten får jeg kunnskap om hvordan urinprøvetakningen oppleves.

1.5 Etikk

Studien er tilrådd av Etisk komité og følger Helsinki-deklarasjonen.

2. Materiale og metode

Teorien bak metoden kommer fra "Kvalitative metoder i medisinsk forskning" skrevet av Kirsti Malterud (5).

For å samle inn råmaterialet har jeg benyttet åpne intervjuer av pasientene selv.

Hver informant ble intervjuet en gang i ca en halv time. Intervjuene ble gjennomført på legekontor på Sosial Medisinsk Senter i Tromsø. Ved hjelp av båndopptaker og notater fra intervjuene ble informasjonen som kom fram under samtalen bevart. Dette råmaterialet ble deretter bearbeidet og oppgaven utarbeidet.

For at jeg skulle kunne gå grundig igjennom materialet bestemte jeg meg for å ha forholdsvis få intervjuer. På denne måten unngår jeg en overflatisk tolkning. Malterud anbefaler 4-7 intervjuer når man skal gjennomføre medisinsk kvalitativ forskning (5). Jeg gjennomførte 5 intervjuer, og håper med dette å ha fått fram nyanser om temaet.

Jeg hadde klart på forhånd noen tema jeg ønsket vi skulle være innom i løpet av intervjuet, se appendix B: Intervjuguide. Dette var et fint utgangspunkt for samtale, og gjorde at vi til en viss grad kom innom noen av de samme problemstillingene i alle intervjuene. Jeg ønsket å få belyst tema som kontroll, tillit og om urinprøvetakningen svekker eller støtter målsetningene med MAR. Intervjuguiden består av fire åpne spørsmål som kan innlede til samtale om disse temaene. Grunnen til at jeg har åpne og nøytrale spørsmål er at jeg i minst mulig grad prøver å lede pasientene fram i en forutbestemt retning.

2.1 Utvelgelse:

Da jeg begynte på dette prosjektet var det 11 personer som fikk Medikamentassistert rehabilitering i Tromsø. Disse leverte urinprøver på Sosial Medisinsk Senter. Jeg fikk 5 av disse til å stille frivillig til å være med på prosjektet. Det var noen som sa de hadde lyst, men for tiden ikke hadde anledning.

Framgangsmåten var at de ansatte på SMS leverte ut invitasjon med samtykkeerklæring ved en urinprøvetakning. De informerte om at jeg var å treffe på urinprøvetakningen en uke

senere, hvor pasientene kunne avtale tidspunkt hvis de ville være med på prosjektet. Metoden var at "første mann til mølla" fikk være med. Til slutt ble det 3 kvinner og 2 menn. Det varierte hvor lenge de hadde vært i prosjektet. Av hensyn til informantenes personvern blir de presentert i oppgaven under falske navn.

2.2 Bearbeiding

Etter intervjuene var gjennomført satt jeg igjen med en hel del råmateriale som bestod av lydbånd og notater. Lydbåndene skrev jeg ut i tekst.

Jeg gikk så gjennom hele materialet for å se helheten. Teksten delte jeg inn i tema som fulgte intervjuguiden. Til slutt ble så dette kategorisert i undertemaer. Jeg analyserte så teksten ut ifra eksisterende litteratur om rusomsorg.

3 Resultater

3.1 Tanker om urinprøvetakningen

3.1.1 Prosedyrene

Flere av informantene syntes at for dem selv er prosedyrene for urinprøvetakningen ok. Det å tisse mens noen ser på, er det ingen av informantene som mener er noe problem. Samme prosedyrer hadde noen opplevd i fengsel og andre klinikker. De er dermed vant med rutinene. Men de er stort sett enig om at det nok er andre som sliter med prosedyrene.

”Æ vet om to som plages med det. Det har æ forståelse for. Det e sikkert ikkje lett å stå og pesse foran andre, men for mæ gjør det ingenting. Det e mange som ikkje like det”

En av jentene nevnte at når hun har mensen syntes hun det kan være svært ubehagelig å levere urinprøve.

3.1.2 Hyppighet

Flere av informantene har ingen klar formening om hyppigheten. Opplegget er så fastlagt at de ikke ser andre muligheter. De har stått så lenge på venteliste for å komme med på prosjektet, at når de først kommer med godtar de alle betingelsene uten kritikk.

”Hyppigheta e grei. Æ syns den har vært grei hele tia. Æ har jo vært veldig klar over ka æ har gått inn i. Æ har jo venta veldig lenge på det og satt mæ veldig godt inn i det, syns æ no sjøl. Men æ vet jo at det e enkelte som syns det e frøktelig tungt å komme og levere urinprøva tre ganga i uka i begynnelsen.”

Noen av informantene har ikke noen jobb ennå. Derfor har de ikke så mye å ta seg til om dagene. På denne måten kommer ikke urinprøvene i veien for annen aktivitet. Det sosiale rundt urinprøvene kan oppleves som en hygge for deltakerne. Maria sier at det er stress å levere tre gangen i uka, men følger opp med å si følgende:

”...men æ har ikkje så mye å gjøre på dagan, så for mæ e det nesten litt godt å komme hit og prate litt med folk”

For de som har jobb krever det tilpassing. De har informert sine arbeidsgivere. Løsninger er at de enten legger opp arbeidet slik at de ikke har jobb når de skal levere, eller at de får fri en periode på dagen for å gjøre dette ærende. Hjalmar er opptatt av at han skulle ønske tidspunktet var utenom arbeidstid. De som jobber forteller at der de jobber nå går dette greit. Men de frykter at hvis de får seg en annen jobb kan fraværet bli et problem.

3.1.3 Hensikt

Alle hadde en formening om hva hensikten med urinprøvetakningen er. Alle nevner å oppdage sidemisbruk. De har flere teorier for hvorfor sidemisbruk skal avsløres. En grunn er at det er del av programmet, at hvis man ruser seg på noe annet skal man levere hyppigere urinprøver som del av en tettere oppfølging.

Hvis man ruser seg ved siden av øker også faren for overdose. Ved å fange opp slik bruk kan man avverge farlige situasjoner.

En av jentene mener at ved å få mye rene prøver får prosjektet prestisje. At urinprøvene ikke er for oppfølging av pasientene som individer, men et mål på hvor vellykket prosjektet er.

Flere har fått med seg at dosering av metadon også er et poeng. Det er varierende om de syntes urinprøvetakingen motiverer de fra å ruse seg.

”Kontrollen har ingen effekt på mæ personlig, men den vil jo ha en effekt på andre som ønske å tilføre kroppen andre rusmidla”.

Men en av jente derimot, mener at urinprøvene har en direkte effekt på å hjelpe og holde henne nøktern. Hun sier videre at urinprøvene også har en ikke direkte rusrelatert hensikt. Hun tror at hvis hun har en betennelse eller lignende i kroppen vil dette komme frem av urinprøven. Dette mener hun er bra for oppfølgingen av helsen hennes.

Urinprøvene blir også karakterisert som straff. At man må levere hyppigere urinprøver etter en sprekk (sidemisbruk) oppleves som en sanksjon.

3.1.4 Juks

Det er blandet formening om juks i forhold til urinprøver er et utbredt fenomen. Noen mener det ikke forekommer i Tromsø, andre antyder at dette skjer hyppig. En av guttene mener han skulle klart det hver gang hvis han hadde villet. Han mener at hvis guttene skal avsløres må

det være en gutt inne sammen med de for å avsløre juks. Flere forklarer at for jentene som har et hull ekstra, kan de sette inn en flaske med ren urin. På denne måten er det vanskelig for den som observerer å avsløre siden hun ikke ser flasken og urinen holder rett temperatur.

”Det må dæm jo vite om. Jentn har jo et håll tel, som guttan ikkje har, kor man føre opp et rør med rein urin, og slepp det ut i urinprøven.”

3.1.5 Lokalene

De setter pris på at lokalen ligger midt i sentrum. Dette gjør det lett å komme seg til og fra. Det er gode bussforbindelser og kort vei å gå for mange. Det er viktig for de som jobber at lokalene er lett tilgjengelig. Det er også en fordel at inngangen er litt skjermet.

Det klages over små toalett hvor urinprøvene avleveres. Venterommet derimot skryter de av. Det er hyggelig og et naturlig samlingspunkt. Her kan de som deltar i prosjektet utveksle erfaringer. Det er viktig å prate med andre i liknende situasjon for å klare en ellers tøff hverdag.

”Æ træff jo kjentfolk her...Det e veldig viktig å utveksle erfaringe. Du vil hele tia ha en masse spørsmål som man ikkje kan få svar på her (hos de ansatte). Som man kun kan få svar på ved å prate med andre som har erfaringe”

3.2 Hvordan opplevde du sist gjennomført urinprøvetakning?

De fleste er fornøyd med at de slapp å stå i kø for å komme inn. De skryter av at det er effektivt her. De som måtte ta seg fri fra jobb, mente at de bare var borte en liten time. Dette mener de ikke var så lenge å være borte.

Alle dro på apoteket og hentet medisinen (metadon) først. Så spaserte de til Sosial Medisinsk Senter. Der er det et venterom hvor noen benyttet sjansen til å lese avisa, ta en kaffe og slå av en prat før de gikk inn for å avlevere prøve. Marianne kommenterer at hun likte seg når hun satt der på venterommet.

De hadde bakt urinprøvetakningen inn i hverdagen sin. Prater om den som en annen post på timeplanen. For eksempel en av jentene sier følgende:

”Det e jo en del av livet mitt, og da på en måte del av jobben åsså.”

En av guttene forteller at han holdt faktisk på å glemme å komme og levere. Han kom på det i siste liten, og rakk det heldigvis.

3.3 Hvilken rolle har personen som er inne sammen med deg ved avlevering av urinprøven?

3.3.1 Dyktighet

Personen som er inne sammen med pasientene ved avlevering må være dyktig til å utføre prosedyrene. Det er svært viktig for pasientene at de ikke får en falsk positiv prøve. Selv om de har noen positive prøver å gå på ville det oppleves som urettferdig. Et konkret eksempel på prosedyrefeil ble presentert. Det var blitt målt temperatur på urinen før prøven som skal sendes inn var helt av. Temperaturmåleren er ikke steril og dermed hadde urinprøven blitt forurenset. Siden det skal så lite til for at prøven blir positiv hadde dette gjort pasienten bekymret. Marianne sier hun er redd for at de skal bytte om på rørene og dermed lage kluss med resultatene.

3.3.2 Samtalen

Siden det blir en-til-en samtale inne på avleveringsrommet kan det oppstå fortrolighet.

”Det e jo mye lettere å prate me ho der inne, enn når vi e ute og alle sammen er der. Da kan æ snakke om ting æ ikkje har løst at alle sammen skal høre”.

Det blir sagt at det er viktig at personen bør være lett å snakke med. Noen går så langt som å si at denne samtalen er viktig for deres oppfølging i prosjektet. At ting som blir sagt her blir det tatt tak i og gjort noe med, og er dermed til hjelp for de som brukere.

Guttene sier at samtalen er uten verdi. Kåre for eksempel svarer kun på tiltale.

3.3.3 Rolle

Marianne sier at personen som er inne sammen med henne kun gjør et arbeidsstykke og har dermed ingen spesiell rolle ovenfor henne. Hun sier at kontrollfaktoren ligger lenger ute et sted og det syntes hun er ubehagelig. Når personen er åpen og forståelsesfull vil hun være til hjelp, sier en av de andre jentene. Flere kommer med lignende utsagn som tilsier at personen har en hjelperolle. Alle kan navnet på de to kvinnene som pleier å være inne sammen med

dem. Selv om noen kaller de kontrollører, får jeg et inntrykk av at de opplever det som om de er på samme parti.

De som har sonet kan til tider assosiere urinprøvetakningen men den i fengslet, og dermed få en uggen følelse av kontroll.

3.4 Hvis du fikk bestemme: Hvordan skulle prosedyrene for urinprøvetakning være?

3.4.1 Forbli slik det er, eventuelt tettere oppfølging.

Det fortelles at det må være slik det er nå. Det er viktig å ha en struktur. De føler at det må være regler for å få prosjektet til å fungere. De er så innstilt på å ha det slik det er nå at noen andre alternativ virker utenkelig. Noen tror at det er andre som nok skulle ønske at ting var annerledes. Da nevnes det spesielt at for noen holder det ikke med urinprøver og den oppfølgingen som er nå. Det burde være tettere oppfølging med for eksempel hjemmebesøk

”Æ savne ingenting, men æ vet folk savne tettere oppfølging, for eksempel hjemmebesøk”

3.4.2 Mindre kontroll.

Noen av pasientene syntes det er alt for mye og for streng kontroll slik det er nå. Hvis urinprøvene hadde vært mindre hyppig hadde de ikke følt at de hadde husarrest. De kan si at det er bra slik det er nå, men hvis de fikk bestemme skulle det ikke være så strengt. De etterlyser rutiner som gjør det lettere å få permisjon. Slik det er nå er det vanskelig å reise bort. Hvis de gikk på en smell burde ikke ”straffen” være så kraftig. Perioden de skal levere urinprøver 3 ganger i uka burde være kortere. En av guttene foreslår et todelt opplegg hvor pasientene skal deles i to grupper:

- opplegg 1: slik det er nå med urinprøver, hvor målet er å bli helt rusfri
- opplegg 2: hvor målet er å komme seg ut av rusmiljøet og kriminaliteten, men likevel får ruse seg litt i tillegg. Bare en viss grad av urinprøver. Evaluering kanskje etter ett år og evt. bytte til gruppe 1.

Han mener at på denne måten fanges alle opp. Slik det er nå vil de som har det største rusproblemet falle ut av prosjektet. Disse blir da stående på bar bakke helt uten tilbud. Han syntes det er rart at kriteriet for å komme inn i prosjektet er at du ikke klarer å holde deg rusfri til tross for behandlingsforsøk. Men hvis man så ikke klarer å holde seg rusfri når man er kommet med, blir man kasta ut. Man burde ha et tilbud til de som ønsker å bli helt rusfri, men også et tilbud til de som bare ønsker bedre livskvalitet.

3.4.3 Eget metadonsenter.

De ønsker et eget senter bare for de som er med i metadonprosjektet. På denne måten slipper de å møte på andre rusbrukere som kommer for å hente sprøyter og liknende. Slik det er i dag kan dette være et problem.

De mener også at da slipper man diskusjon om tidspunkt for urinprøvene. Slik det er i dag er det et problem at mange kommer for sent. Siden sentret har åpent etter elleve for andre brukere, krangler de i MAR seg til å få ta urinprøven på overtid. Dette ville man unngått hvis sentret var stengt utenom leveringstid for urinprøver. Hvis senteret kun var for pasienter med i MAR ville åpningstidene være tilpasset deres tjenester.

”...slipper unna at folk kommer hinkanes et kvarter for seint og begynne å krangle og skal pesse, hvis man hadde et eget lokale og at dørnene va stengt da”

3.4.4 Hasj.

Det bør åpnes for pasientene i prosjektet skal få lov å røyke hasj. De mener at bruk av hasj ikke leder til bruk av hardere stoffer. Slik det er nå har det ingenting å si for oppfølgingen hva slags sidemisbruk de sprekker på. En av jentene mener at dette fører til at hvis de først går på en smell benytter de seg skikkelig av sjansen og ruser seg derfor på de sterkeste stoffene. Hvis det var lov å røyke hasj hadde mye av denne harde rusen vært unngått. Det er hasjen de savner mest.

4 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Det er problematisk at det er en så liten gruppe mennesker som er del av MAR i Tromsø. Når fem er informanter vil jo dette nesten være 50 prosent av hele gruppa. Dermed er det lett at deres identitet kommer fram når rapporten skrives. Det er gjort en grundig innsats for at deres identitet ikke skal avsløres i mitt prosjekt. Krysskobling av egenskaper som alder, varighet av deltakelse i MAR og lignende er blitt unngått.

Før intervjuet ble gjennomført måtte et samtykkeskjema signeres. Her ble det lagt vekt på at i data vil bli anonymisert og at informanten når som helst kan trekke seg fra prosjektet. De samtykkte på at alt de forteller under intervjuet kan brukes i min rapport. På denne måten ble de gjort bevisst på hva de egentlig var med på og hvilke kriterier som ligger til grunn. Ingen ble med uten at de ønsket det selv. Det ble også informert om at deltakelse i prosjektet ikke påvirket deres behandlingsopplegg.

Temaer av svært personlig karakter som barndom, seksualitet og lignende ble ikke tema for diskusjon under intervjuene. På denne måten avslørte ikke informantene for mye om seg selv.

En studie av injeksjonsmisbrukere gjort ved SMS tidligere (6) hadde problemer med å rekruttere kvinner. I min studie var det faktisk flere kvinner enn menn. En kan spørre seg om dette skyldes at det går bedre med jentene enn guttene i prosjektet og at de derfor var mer motivert til å delta i mitt prosjekt. Men dette er ikke dokumentert og er en helt annen studie.

Jeg har ikke jobbet med disse pasientene tidligere. Dette gjør at jeg ikke hadde en sterk forforståelse for hva mine resultater ville bli. Dette førte til at jeg lyttet til hva de virkelig sa under intervjuet. Utfordringen er om de virkelig hadde tillit til meg og om jeg evnet å forstå hva de mente etter et så forholdsvis kort intervju. Jeg følte at det hjalp at jeg hadde vært på SMS en del, slik at de godt visste hvem jeg var.

Det at intervjuene ble gjennomført på SMS gjorde nok at pasientene så på meg som en representant for plassen. Jeg prøvde å forklare min nøytralitet og uavhengighet, at jeg var der på eget initiativ og ikke utsendt fra SMS. Men det at vi var i lokalene for deres oppfølging i

MAR, kan ha påvirket intervjuene. Kanskje sa de det de trodde var de riktige svarene. At de var mindre kritisk enn de ville vært i en annen setting. Flere ganger ble det sagt at ”jeg har ingen problemer, men jeg vet mange andre som plages med...” Dette kan være en måte de pakker inn sine egne meninger. Klaging de selv egentlig står for, men på grunn av omstendighetene pakker inn som andres meninger. En annen mulighet er jo selvsagt at bare de best fungerende ville være med i mitt prosjekt og at de derfor har minst problemer.

4.2 Diskusjon av resultatene

4.2.1 Akseptering av betingelsene

Det kommer fram lite problematisering av betingelsene rundt urinprøvetakningen. Det virker ikke som pasientene har tenkt mye på hva som er dårlig og hvordan det kunne vært bedre.

Dette kan skyldes at dette er et enormt bra opplegg, eller det kan være mange andre grunner til dette.

Alle de som er med i Metadonprosjektet har lang fartstid som tidligere rusmisbrukere. I følge Randi Erviks "Evaluering av Metadon-prosjektet i Oslo" (7) vil man som rusmisbruker bygge opp en spesiell identitet. Identiteten kommer blant annet fram ved at de kler seg, beveger seg og prater på en spesiell måte som er felles for gruppen, som igjen påvirker handling. En slik identitet hadde nok trolig alle som er med i MAR i sin rusmisbrukerkarriere. Denne identiteten var årsak at de ble behandlet som mindre verdt, som løgnere, som kriminelle. Dette skyldes stigmatisering. Stigmaet påvirker samhandlingen mellom stigmatiserte og ikke-stigmatiserte ved at stigmaet overskygger det individuelle og personlige (8). Det er altså fordi de har identitet som rusmisbrukere, og ikke egenskaper de har som enkeltpersoner, at de blir behandlet nedsettende. Når de nå skal starte et liv uten å være rusmisbruker må de bygge opp en ny identitet. For at dette skal skje må de møtes med tillit og respekt. Det er viktig at pasientene får en forståelse av situasjonen og hva de opplever de trenger må få anledning til å komme tydelig fram (7). Dette er en langvarig prosess som tar tid.

Som et rusfritt individ forventer man å bli behandlet på en spesiell måte. Vi har en forestilling om hva som er verdighet. Vi syntes kanskje at å måtte avlevere urinprøver på denne måten er uverdigg. I denne oppgaven kommer det fram at pasientene jeg pratet med ikke var så opptatt av ubehaget ved å tisse mens noen observerte. Det ble ikke sagt noe om at dette opplevdes som uverdigg. Dette sier noe om hva slags forventninger pasientene har til samhandling med hjelpeapparatet. Det at de ikke reagerer på slik behandling kan henge igjen fra deres identitet som rusmisbrukere. De er fra tidligere vant til å bli behandlet uten særlig respekt. Prosessen med å bygge seg en ny identitet er så vidt begynt. Men når de har vært lenge i prosjektet og forhåpentligvis fått et nettverk blant ikke rusavhengige kan dette endres. Da har de trolig bygd opp en identitet som vil reagere annerledes på prosedyrene. Kanskje vil de da oppleve urinprøvetakningen som nedverdiggende?

En annen mulighet er at deres reaksjon på urinprøvetakningen ikke har noe med deres identitet å gjøre, men en adaptasjon. Mennesket har en utrolig evne til å tilpasse seg situasjoner de blir utsatt for over tid. Blir man eksponert for noe over en lenger periode vil trolig de fleste etter hvert slutte å reagere hvis ikke eksponeringen er spesielt grov. Det at pasientene i flere sammenhenger har måtte levere urinprøver gjør at de er vant til denne prosedyren. Hvis det er en oppbygd identitet som gjør at de aksepterer en generell uverdig behandling ville dette gjelde på flere områder. Kanskje aksept for urinprøvetakning ikke har noe med identitet å gjøre i det hele tatt, men rett og slett at de er så vant til denne prosedyren at de har sluttet å reagere. Det er kanskje prosedyren isolert de aksepterer og ikke en generell uverdig behandling.

Flere av pasientene forteller hvor viktig det var at de endelig kom med i prosjektet og hvor lenge de hadde stått på venting. Kanskje det at alternativet til å være med i prosjektet er så brutalt gjør de mindre kritisk når de endelig kommer med. For noen er det snakk om liv eller død. Litt urinprøver blir bare en bagatell mot å dø av en overdose.

4.2.2 Sosialt

Sosialt er pasientene i MAR mellom barken og veden. De må bryte med sitt nettverk blant rusmisbrukere. Dette er viktig for at de skal kunne holde seg nøktern. Hvis de hele tiden er i kontakt med mennesker som ruser seg er det vanskelig å få en vellykket rehabilitering. Dette kommer godt fram når man ser på parforhold hvor bare den ene er med i MAR. Da er det svært vanskelig for den ene parten å holde seg rusfri siden den hele tiden er i nærheten av en som ruser seg. Best resultat får man hvis begge parter kommer med i prosjektet. Pasientene faller heller ikke i gruppen som helt rusfri. De er avhengig av å få sin daglige dose med substitusjonsopiat. Alle har lang karriere som rusmisbruker. Ikke rusavhengige blir skremt av mennesker som har vært narkomane (1).

De fleste i MAR er godt opp i årene. Kriteriet for å komme med er at man skal være over 25, med få unntak. Middelaldrene mennesker har ofte en vennekrets de har hatt over mange år og slipper derfor ikke så lett nye til. Det er derfor i den alderen vanskelig å finne seg nye venner. Pasientene mangler også ofte skolegang. Alle disse er elementer som gjør det vanskelig å få et nettverk blant ikke rusavhengige mennesker (1).

De faller altså mellom to stoler sosialt og har lett for å bli ensom. Ikke et nettverk blant rusbrukere og foreløpig ikke er nettverk blant nøkterne. Dette kan være grunnen til at den sosiale biten i MAR blir så viktig. Flere vinklinger rundt urinprøvene ble diskutert og det sosiale rundt er et tilbakevendende tema. Når de avleverer urinprøver forteller de om utveksling av erfaring og hyggelig samtale på venterommet blant de som er med i prosjektet. Det å ha hverandre, personer i samme båt føles trykt. Dette er mennesker som har kjent hverandre i flere år. De har opplevd mye av det samme. Den ene jenten som forteller om daglig omgang med sin familie er ikke så opptatt av omgang med de andre i prosjektet. Hun er heldig og har tydeligvis et sosialt nettverk utenom. Det at de andre er opptatt av hverandre indikerer at de ikke har så mange andre, som er den typiske situasjon for pasienter i MAR.

Hvis det sosiale nettverket i høy grad består av andre pasienter i MAR blir individet svært sårbart. Hvis de andre sprekker er det lett å følge etter. Men har de ikke kontakt med de andre i MAR kan alternativet være en tom leilighet og ingen å snakke med (9). Ved å møte hyppig til urinprøver i begynnelsen unngår pasientene å sitte alene hjemme. En forteller at hun syntes det er plagsomt å levere urinprøver tre ganger i uka, men hun hadde egentlig ikke så mye annet å ta seg til. Å knytte seg til de andre i prosjektet er kanskje ikke ideelt i lengden, men i det minste en start på et nytt liv.

Også samtalen med den profesjonelle inne på avleveringsrommet blir trekt frem som positivt. Her blir de forstått og møtt med respekt. Som rusmisbruker har man lite kontakt med helsevesenet. Denne kontakten er etterlengtet (1) Det i det hele tatt å jevnlig være på et helsesenter gjør at en barriere er brutt. Det at pasientene kan navnet på kvinnene som er inne og observerer avlevering tyder på nærhet. Det kan virke som at forholdet strekker seg lenger enn klient- helsepersonell og beveger seg over på det personlige plan. Dette er nok en av fordelene med at det er så få pasienter og ansatte i Tromsø.

Konklusjon

MAR er et livreddende tiltak for tunge rusmisbrukere. Slik det er i dag har MAR hatt god effekt for å redusere sykkelighet, dødelighet, kriminalitet, asosial atferd og bruk av illegale rusmidler (10). I Tromsø er det intimt og lite miljø. Pasientene kjenner hverandre og personalet godt. Det pasientene trekker fram som viktig med urinprøvene er det sosiale som følger med. Det å møte de andre i prosjektet og utveksle erfaringer er sentralt, noe som gjøres når de samlet leverer urinprøver. Venterommet med kaffe og avis blir et viktig møtested. Den sosiale biten består også av et godt forhold til de som jobber på SMS. Det er viktig for pasientene at de har en god tone med personalet. Kanskje er det fordi de verken er rusmisbrukere eller rusfrie at det sosiale pasientene imellom og forholdet til de ansatte blir så viktig. De er i mangel av et annet nettverk.

I intervjuene kommer det fram relativt lite problematisering av urinprøvetakningen. Det virker ikke som pasientene har tenkt mye på hva som er dårlig med opplegget eller hvordan det kunne vært bedre. De har små innvendinger, men totalt synes de opplegget er tolererbart. Det er vanskelig å si om dette skyldes at dette er et svært bra opplegg, deres identitet som rusbrukere eller adaptasjon av situasjonen. Mange trekker fram at de har ventet lenge på å komme med i programmet. Hvis de hadde fortsatt livet uten metadon kunne det ha ledet dem inn i døden. Kanskje er det dette brutale alternativet som gjør at de er så lite kritiske til betingelsene som stilles innad i programmet.

Kilder

1. Frantzsen, Evy "Metadonmakt" Universitetsforlaget, Oslo 1996
2. Det kongelige sosial- og helsedepartement, "Retningslinjer for Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere" Rundskriv I-35/2000
3. Johansen, Arne "Legemiddelassistert rehabilitering "kokebok" for primærleger" Telemark fylkeskommune 2001:8 (brukt som retningslinjer i Tromsø)
4. Metadon Assistert Rehabilitering i Trondheim's "Rammer for medikamentutlevering og urinprøver", Trondheim. (brukt som retningslinjer i Tromsø)
5. Malterud, Kirsti "Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring" Universitetsforlaget, Oslo 2003
6. Grimnes, Guri "Oppfattelse av helse, risiko og sykdom hos injiserende rusbrukere i Tromsø" 2003
7. Ervik, Randi "Evaluering av metadon-prosjektet i Oslo" SIFA rapport nr 5, 1997
8. Goffman, Erving "Stigma" Gyldendals samfunnsbibliotek, København 1975
9. Øiern, Tone "Metadon og Sosialhjelp er ikke nok" Rus og Avhengighet nr 2, 2002:18-19.
10. Norges Offentlige utredninger. Forskning på rusmiddelfeltet. NOU 2003:4

Appendix A: Samtykkeskjema

Ønsker du å være med i mitt 5.års prosjekt?

Mitt navn er Maja Wilhelmsen. Jeg er medisinstudent ved Universitetet i Tromsø. Jeg vil med dette spørre om du vil være med på et prosjekt om erfaringer med metadon behandling. Prosjektet er en studentoppgave ved det medisinske fakultet ved Universitet i Tromsø. Veileder er professor dr. med Georg Høyer ved Institutt for Samfunnsmedisin.

Prosjektet innebærer at du deltar i et personlig intervju av ca en halv times varighet. Intervjuene vil finne sted på sosialmedisinsk senter. Intervjue vil særlig dreie seg om dine opplevelser rundt urinprøvetakningen, som inngår i ditt rehabiliteringsopplegg. Jeg snakker med deg alene.

Intervjuet er konfidensielt. Jeg har taushetsplikt. Alt som blir sagt under intervjuet vil ikke bli knyttet til deg som person seinere. Ditt navn vil ikke bli avslørt. Båndopptakene fra intervjuet vil bli ødelagt straks oppgaven er klar, forhåpentligvis innen september 2005.

Informasjonen som kommer fram i intervjuet skal brukes i en skriftlig oppgave som er en del av medisinstudiet. Oppgaven vil bli skrevet slik at din identitet ikke kan avsløres.

Du vil få mulighet til å lese igjennom oppgaven før den ferdigstilles.

Det er frivillig å være med på intervjuet og du kan når som helst trekke deg før og under intervjuet. Om du velger ikke å være med får dette ingen følger for din behandling.

Jeg bekrefter herved på at jeg har lest betingelsene for prosjektet og samtykker med dette at jeg er villig til å delta

Dato _____

Underskrift _____

Hilsen Maja Wilhelmsen

Appendix B: Intervjuguide

- Tanker om urinprøvetakningen.
- Hvordan opplevde du sist gjennomført urinprøvetakning?
- Hvilken rolle har personen som er inne sammen med deg ved avlevering av urinprøven?
- Hvis du fikk bestemme hvordan: skulle prosedyrene for urinprøvetakning være?