



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# **“Det hade ju underlättat en hel del om man inte behövde skämmas för att man är narkoman”**

**- brukarorganisationers röster om narkomanvården och narkotikapolitiken i Göteborg.**

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp  
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits  
Kandidatnivå  
Vårterminen 2014  
Författare: Glory Hatemian, Niclas Johansson, Viktoria Safari  
Handledare: Frida Petersson

# Abstract

**Titel: “Det hade ju underlättat en hel del om man inte behövde skämmas för att man är narkoman” - brukarorganisationers röster om narkomanvården och narkotikapolitiken i Göteborg.**

**Författare: Glory Hatemian, Niclas Johansson, Viktoria Safari**

**Nyckelord: Harm Reduction, skadereducerande insatser, brukarinflytande, brukarperspektiv, narkotikapolitik, user power.**

I denna uppsats har vi undersökt hur brukarorganisationer upplever narkotikapolitiken och narkomanvården i Göteborg. Detta har vi gjort genom att intervjua representanter för olika brukarorganisationer inom missbruks- och beroendområdet. Hur upplever brukarorganisationerna att narkotikapolitiken och narkomanvården i Göteborg fungerar? Hur tänker brukarorganisationerna att den framtida narkotikapolitiken och narkomanvården i Göteborg borde se ut? På vilket sätt upplever brukarorganisationerna att enskilda brukare samt brukarorganisationer utövar konkret inflytande på narkotikapolitiken samt inom narkomanvården i Göteborg? Tre brukarorganisationer i Göteborg medverkade i studien: KRIS (Kriminellas revansch i samhället), RFHL (Riksförbundet för rättigheter, frigörelse, hälsa, likabehandling) och SBF (Svenska brukarföreningen). Studien har en kvalitativ ansats och brukarorganisationernas svar analyserades utifrån ett *socialkonstruktivistiskt perspektiv* med teorin *Claims-Making*. Resultaten visade att upplevelserna av narkomanvården i Göteborg ser relativt olika ut för de medverkande brukarorganisationerna samt att de argumenterar förhållandevis olika gällande hur situationen bör se ut. Dessa olikheter förstod vi utifrån att de ser på problematiken utifrån olika verkligheter och därmed har olika sanningar skapats. En gemensam åsikt hos samtliga brukarorganisationer gällde brukarinflytande inom narkotikapolitiken och narkomanvården. De var alla eniga om att det behövs ett mer utökat och mångfacetterat brukarinflytande inom området. En av studiens centrala slutsatser var att inflytande inte alltid medför makt, men att makt medför inflytande.

# Innehållsförteckning

|  |    |
|--|----|
| 1. Inledning .....   | 1  |
| 1.1 Syfte och frågeställningar .....   | 2  |
| 1.2 Bakgrund .....   | 2  |
| 1.2.1 <i>Historiskt perspektiv på den svenska narkotikapolitikens framväxt</i> ..... | 2  |
| 1.2.2 <i>Svensk narkotikapolitik</i> .....   | 3  |
| 1.2.3 <i>Göteborgs narkomanvård</i> .....  | 5  |
| 1.3 Begreppslista .....  | 6  |
| 2. Tidigare forskning .....  | 8  |
| 2.1 Val av tidigare forskning .....  | 8  |
| 2.2 Brukarperspektiv, brukarinflytande och brukarorganisering .....                  | 8  |
| 2.3 Brukarperspektiv inom missbruks- och beroendområdet .....                        | 11 |
| 3. Teoretiskt perspektiv .....   | 14 |
| 3.1 Socialkonstruktivism, och perspektiv på sociala problem .....                    | 14 |
| 3.2 "Claims-Making" .....  | 15 |
| 4. Metod .....   | 18 |
| 4.1 Arbetsfördelning .....   | 18 |
| 4.2 Förförståelse .....  | 18 |
| 4.3 Metodval .....   | 19 |
| 4.4 Tillvägagångssätt .....  | 19 |
| 4.4.1 <i>Urval</i> .....   | 19 |
| 4.4.2 <i>Kartläggning och avgränsning</i> .....                                      | 20 |
| 4.4.3 <i>Intervjuguide</i> .....   | 21 |
| 4.4.4 <i>Intervjusituation</i> .....   | 21 |
| 4.4.5 <i>Litteratursökning</i> .....   | 22 |
| 4.5 Analysmetod och tillvägagångssätt .....  | 22 |
| 4.6 Generaliserbarhet, reliabilitet och validitet .....                              | 23 |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.7 Etiska överväganden.....   | 24        |
| <b>5. Resultat och analys.....</b>                                     | <b>25</b> |
| 5.1 Studiens brukarorganisationer.....                                 | 25        |
| 5.2 Brukarnas verkligheter i Göteborg: situationen idag.....           | 26        |
| 5.2.1 <i>Den svenska narkotikapolitiken och dess konsekvenser.....</i> | <i>26</i> |
| 5.2.2 <i>Narkomanvården i Göteborg.....</i>                            | <i>30</i> |
| 5.3 Visionen om framtidens Göteborg.....                               | 34        |
| 5.3.1 <i>Skadereducerande insatser – stjälp eller hjälp?.....</i>      | <i>34</i> |
| 5.3.2 <i>Vård, behandling och straff.....</i>                          | <i>38</i> |
| 5.4 Brukarorganisationernas upplevelser av brukarinflytande.....       | 41        |
| 5.4.1 <i>Ensam är stark, eller?.....</i>                               | <i>41</i> |
| 5.4.2 <i>Brukarinflytande, bara fint på pappret?.....</i>              | <i>43</i> |
| <b>6. Slutdiskussion.....</b>  | <b>48</b> |
| 6.1 Förslag till fortsatt forskning.....                               | 49        |
| 6.2 Avslutningsvis.....  | 49        |
| <b>7. Referenser.....</b>  | <b>50</b> |

## **Förord**

Vi vill först och främst tacka våra intervjupersoner som gjort denna studie möjlig. Tack för att ni tog er tid att svara på våra frågor och bidrog till att utveckla studien! Vi vill också tacka vår handledare Frida Petersson för hennes goda tålamod, kritiska blick och förmåga att inspirera och vägleda oss genom studien. Hon har varit ett stort stöd och ett viktigt bollplank. Slutligen vill vi tacka varandra för ett gott samarbete, trevliga fikastunder och många givande diskussioner.

# 1. Inledning

Nu pratar jag om Göteborg, som man behandlar oss här idag så behöver allt ändras. De är helt galna och det beror på politiken i Göteborg, den är totalt skev. De vill inte ha oss här. (Svenska brukarföreningen)

Narkotikapolitiken i Göteborg skiljer sig från landets övriga storstäder. Att Sveriges narkotikapolitik är av restriktiv art är ett välkänt faktum, hur Göteborgs stad tillämpar politiken är dock mindre välkänt. Huruvida skadereducerande insatser ska vidtas, samt i vilken omfattning, baseras på regionala och kommunala beslut. Flera städer i landet, däribland Stockholm, Lund, Malmö och Kalmar har allt mer gått emot den restriktiva narkotikapolitiken genom att till exempel införa en typ av omdiskuterad skadereducerande insats för personer med missbruks- och beroendeproblem: sprutbytesprogram. Göteborg är inte en av dem.

Göteborg har precis som Sveriges andra storstäder, problem med så kallat tungt narkotikamissbruk. Social resursförvaltning gjorde år 2011 en kartläggning av antalet tunga narkotikamissbrukare i Göteborg (Anderberg, Dahlberg, & Patriksson, 2011). "Tunga narkotikamissbrukare" definierades som personer (alla åldrar) som under de senaste 12 månaderna injicerat narkotika, eller personer som använt narkotika fyra dagar i veckan eller mer under de senaste 30 dagarna. Kartläggningen visade på att det fanns 1708 personer med tungt narkotikamissbruk i staden. Denna siffra är exklusive mörkertalet, vilket bedöms vara stort. Amfetamin var den vanligaste huvuddrogen och på andra plats kom heroin. Hela 54 % hade injicerat narkotika under det senaste året och 41 % saknar någon vård- eller behandlingskontakt (ibid.).

Trots liknande problematik i Stockholm och Malmö har den angripits på olika sätt i de olika städerna. Personer med missbruks- och beroendeproblematik har därmed olika tillgång till olika slags vård och behandling beroende på var i landet de bor (SOU 2011:35). Likabehandling och rätt till samma vård verkar inte vara första prioritet för kommuners och landstings arbete för den här målgruppen. Man kan fråga sig varför användningen av skadereducerande insatser inom narkomanvården inte är lika utbredd i Göteborg, såsom i andra storstäder och även mindre städer. Har brukarorganisationer haft något inflytande vad gäller detta? Vilka är Göteborgs brukarorganisationers åsikter i dessa frågor?

Statistik (Anderberg, Dahlberg, & Patriksson, 2011) visar att de narkotikarelaterade dödsfallen i landet har ökat, samtidigt som Sveriges narkotikapolitik syftar till att eliminera all förekomst av narkotikamissbruk. Det går att diskutera hur relevant denna nollvision är i relation till brukarnas verklighet. Vidare kan frågan ställas, vems verklighet? För Sverige som land - eller Göteborg som stad - är det inte motsägelsefullt att sträva mot total narkotikafrihet, då det är i linje med den nationella narkotikapolitiken. Om frågan ställs på individnivå istället, exempelvis till de 1708 personer med tungt narkotikamissbruk i Göteborg? Är deras främsta vision och önskedröm också ett narkotikafritt samhälle?

Debatten angående den svenska narkotikapolitiken samt narkomanvården och huruvida de är framställda på ett humant och rättvist plan har pågått sedan 1960-talet bland annat inom socialt arbete. Många pekar på att rådande synsätt och den behandling som erbjuds är frihetsberövande och kränkande för människor som

behöver hjälp med sin narkotikaproblematik. Det går att se på detta ämne ur olika perspektiv och därmed förhålla sig till frågan på olika sätt, vilka aspekter anses vara sociala problem och vilka glöms bort? Utifrån ett maktperspektiv är diskussionen intressant för hur personer med narkotikaproblem upplever sin egenmakt, sin egen situation och sina möjligheter att påverka sitt liv. Brukarperspektivet inom socialt arbete är ett perspektiv som lätt kan hamna i skymundan (SOU 2011:35). Vi vill inom ramen för vår uppsats lyfta fram brukarorganisationer inom narkotikaområdet och lyssna på deras röster om narkotikapolitiken och missbruksvården i Göteborg. Därmed hoppas vi också kunna bidra till en ökad kunskap och förståelse för brukarperspektivet i socialt arbete, eller närmare bestämt missbruksområdet.

## 1.1 Syfte och frågeställningar

Vi vill i vår uppsats undersöka hur brukarorganisationer upplever narkotikapolitiken och narkomanvården i Göteborg. Detta gör vi genom att intervjua representanter för olika brukarorganisationer inom missbruks- och beroendområdet. Studien har en kvalitativ ansats och syftet bryter vi ner i följande frågeställningar:

- 1) Hur upplever brukarorganisationerna att narkotikapolitiken och narkomanvården i Göteborg fungerar?
- 2) Hur tänker brukarorganisationerna att den framtida narkotikapolitiken och narkomanvården i Göteborg borde se ut?
- 3) På vilket sätt upplever brukarorganisationerna att enskilda brukare samt brukarorganisationer utövar konkret inflytande på narkotikapolitiken samt inom narkomanvården i Göteborg?

## 1.2 Bakgrund

I denna del av uppsatsen kommer vi att redogöra för hur den svenska narkotikapolitiken har vuxit fram och hur den ser ut idag. Vi kommer även att redogöra för skadereducerande insatser och dess inverkan på den svenska narkotikapolitiken.

### 1.2.1 *Historiskt perspektiv på den svenska narkotikapolitikens framväxt*

Under 1960-talet började en ökad narkotikaanvändning uppmärksammas i Sverige, liksom i västvärldens övriga länder. En oro och osäkerhet växte fram kring vilka åtgärder som borde vidtas. I mitten av 60-talet startades samtidigt en försöksverksamhet för Metadonbehandling i Uppsala. Det kom att bli det första metadonprogrammet för opiatmissbrukare i Europa (SOU 2011:66). I samma vecka startade även en försöksverksamhet för narkotikautskrivning av läkare, så kallad legalföreskrivning. Detta blev tillåtet med syftet att förbättra hälsan för storkonsumenter av narkotika, samt att kunna erbjuda hjälp och behandling för att minska brottsligheten som uppstod i samband med narkotikaanvändningen. Denna försöksverksamhet grundades på så kallad liberal föreskrivning, som av en aktiv läkare i försöksverksamheten definierades som ”en föreskrivning där patienten själv bestämmer doseringen och doktorn mera är rådgivare, även om han naturligtvis har vetorätt” (Goldberg, 2000, s. 245). I samband med att denna försöksverksamhet startade så tillsattes en Narkomanvårdskommitté, vars arbete bland annat var att

utvärdera försöksprojektet. Deras utvärdering konstaterade att liberalförskrivningsprojektet inte hade uppnått målet gällande minskning av brottsligheten relaterat till narkotika, denna hade snarare ökat. Kritiken växte gällande de doser som skrevs ut, dessa påstods vara omåttligt stora och bidra till så kallad läckage, det vill säga att det uppstod en svart marknad för de mediciner som skrevs ut från läkarna. Även det metadonprogram som hade startat fick liknande kritik och anklagades bidra till narkotikaökningen i Sverige. Legalförskrivningsprojektet avbröts år 1967, bara två år efter att försöket inletts.

År 1967 presenterade Narkomanvårdskommittén ett annat förslag för hanteringen av narkotikaproblematiken i Sverige, bland annat det som kom att bli grunden för Narkotikastrafflagen, vilken trädde i kraft år 1968 (Goldberg, 2000). Förslagen gick helt emot försöksverksamhetens filosofi och målet blev nu att utrota narkotikan. I samband med försöksprojektets bakslag och Narkotikastrafflagens ikraftträdande, introducerades begreppen *ett narkotikafritt samhälle* och *nolltolerans* av socialläkaren Nils Bejerot, som har kommit att kallas för den svenska narkotikapolitikens fader. Med åren ökade straffskalan gällande narkotikarelaterade brott och målet om nolltolerans blev i praxis erkänd. Visionen om ett narkotikafritt samhälle kom att bli ett mål för Sveriges narkotikapolitik år 1977 (Ingdahl & Persson, 2009).

*Harm Reduction* eller *skadereducering*, uppstod under 1980-talet som en rörelse inom narkomanvården i samband med HIV-epidemin bland narkotikaanvändarna i Västeuropa. I Sverige trädde Harm Reduction fram då metadonprogrammet startade år 1966, dock med stora begränsningar. Sprututbytesprogram startade först som en försöksverksamhet i Malmö och Lund år 1987. Trots kritik tog skadereducering mer plats inom svensk missbruksvård under 2000-talet genom en utbyggnad av substitutionsbehandlingsprogram (Ingdahl & Persson, 2009). Under våren år 2006 fattade Riksdagen ett beslut, efter initiativ från den nationelle narkotikasamordnaren Björn Fries som ledde MOB (Mobilisering mot narkotika), att tillåta landsting i Sverige att bedriva sprututbytesprogram i syfte att förebygga spridning av blodburna infektioner (CAN, 2011).

I samband med narkotikans spridning i Sverige så uppstod olika klientrörelser under 1960-talet (Rönmark, 2011). RFHL (Riksförbundet för rättigheter, frigörelse, hälsa, likabehandling) var först ut med att bilda en förening för personer med narkotikamissbruk år 1965. Deras mål var att organisera människor med och utan erfarenheter av missbruk för en bättre vård och kunskap om narkotika. Kort därefter startade ett flertal olika grupper med inriktning på bland annat alkoholproblematik, psykisk ohälsa och sexuell utsatthet (ibid). Idag finns ett flertal olika brukarrörelser inom narkotikaområdet i Sverige, de kan vara brukarstyrda, anhörigstyrda eller ideellt styrda med olika inriktningar.

### **1.2.2 Svensk narkotikapolitik**

I nutidens Sverige är allt bruk, innehav, försäljning och produktion av narkotika kriminaliserat. Det innebär att det finns ett totalförbud mot all narkotikaanvändning som inte har ett medicinskt ändamål. Denna kriminalisering av droger har tre syften; att avskräcka unga från att prova narkotika, att identifiera individer som löper risk att hamna i missbruk och erbjuda dem hjälp, samt att ge möjlighet till vårdinriktade påföljder (SOU 2011:66). Utifrån ett internationellt perspektiv är bruket av narkotika i



Sverige litet, jämfört med andra länder. Konsumtionsstatistik visar att den svenska narkotikapolitiken är effektiv vad gäller förebyggandet av spridning av narkotikaanvändning bland ungdomar. Dock visar samma statistik att Sverige är mindre effektiva med att förebygga och behandla mer avancerat narkotikaanvändande (Folkhälsomyndigheten, 2008). Statistik, framställd år 2008, från EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) visar att Sverige ligger strax under det europeiska genomsnittet för narkotikarelaterad dödlighet, vilket kan betraktas som högt i förhållande till det låga narkotikabruket i Sverige (ibid.).

Den svenska ställningen i den narkotikapolitiska debatten är som vi nämnde inledningsvis av restriktiv karaktär. Ambitionen är att skapa ett narkotikafritt samhälle där all användning av icke-medicinsk narkotika är utplånad. Den svenska narkotikapolitiken har tre grundstommar; dels att minska tillgängligheten, minska nyrekrytering samt erbjuda god vård och drogavvänjning för missbrukare. Narkotikapolitiken i Sverige strävar efter en nollvision för förekomsten av narkotika. Politiska partier, såväl som föreningsrörelser, framhåller vikten av att jobba mot målet - ett narkotikafritt samhälle. Tonvikten i den svenska narkotikapolitiken har således kommit att hamna på att minska efterfrågan av narkotika, samt avskräckning, genom exempelvis en kriminalisering av både innehav och nyttjande av narkotika. Denna politik har medfört konsekvenser, bland annat genom uppkomsten av en svart marknad och en stigmatisering av missbrukare, som inte bara kan lida av svåra missbruksproblem utan också per definition blir kriminella. Kriminaliseringen och stigmatiseringen kan också leda till en policyförskjutning där mer fokus läggs på kontrollfunktioner och strävan efter nolltolerans än på behandling (Folkhälsomyndigheten, 2008).

I kontrast till en restriktiv ställning står Harm Reduction: en filosofi med ett politiskt ställningstagande, men också praktiska åtgärder och insatser vilka syftar till att minska de sociala, hälsomässiga och ekonomiska skadorna som kan uppkomma vid bruk av narkotika. I vissa länder, till exempel Danmark, utgör Harm Reduction en av grundstommarna i narkotikapolitiken. Det innebär att det huvudsakliga målet för narkotikapolitiken är att skador som orsakas av narkotika ska förebyggas kraftigare, inte att förintna narkotikan i sig. Anhängare till Harm Reduction menar att droger är en del av den moderna samhällsproblematiken vars existens behöver accepteras och hanteras på ett rimligt och människovärdigt sätt. Länder borde följaktligen fokusera mer på människors hälsa och välbefinnande och mindre på att bekämpa den illegala narkotikahandeln (SOU 2011:66). Idealet i "ett narkotikafritt samhälle" förkastas av Harm Reduction- förespråkare, som menar att nolltolerans är en orealistisk målsättning. Vissa menar även att merparten utav narkotikaanvändare kan hantera och kontrollera sitt bruk samt att alla narkotikaklassade droger inte är lika farliga och beroendeframkallande (Goldberg, 2000). Harm Reduction- anhängare kritiserar även att narkotikaanvändare ses som kriminella, snarare än som människor i behov av hjälp, och menar att en avkriminalisering skulle minska stigmatisering och diskriminering (SOU 2011:66.). Majoriteten av länderna inom EU förespråkar aktivt Harm Reduction som grund för framtidens narkotikapolitik där drogfrihet inte är en nödvändighet för missbrukare, inte ens på lång sikt.

Det finns tre perspektiv inom Harm Reduction- rörelsen. Det första – pragmatiska perspektivet – menar att skadereducering inte nödvändigtvis står i strid med en förbudsmodell, utan att det går att kombinera de båda. Skadereducerande åtgärder tas till för att lindra skadliga effekter, exempelvis sprututbytesprogram och

substitutionsbehandling. Dock krävs det enligt detta perspektiv en förbudspolitik som inte enbart prioriterar målet att eliminera problematiken, därför är pragmatisk skadereducering svårt att förena med dogmatiska nollvisioner (SOU 2011:66). Det andra – rättighetsperspektivet – utgår från människors rätt till integritet och bestämmanderätt över sin kropp. Människors frihet bör alltid värnas så länge andra människor inte tar skada av den. Inom detta perspektiv förespråkas bland annat avkriminalisering av bruk och innehav av narkotika och ibland även legalisering (ibid.). I det tredje och sista perspektivet - folkhälsoperspektivet - talar man främst om vad som gynnar hälsa och välmående på bästa sätt, exempelvis hur ska man begränsa narkotikans skadeverkningar i samhället samt vilket stöd ska man ge till dem som inte vill eller inte tror sig kunna lämna narkotikamissbruket? Inom detta perspektiv tillämpas insatser såsom sprututbyte med argumentet att skadorna av en narkotikaproblematik bör minimeras, men en restriktiv narkotikapolitik ifrågasätts ej (Svensson, 2012).

Sveriges ställning i frågan om Harm Reduction är svårtydd, dels på grund av den restriktiva narkotikapolitiken som råder, dels på grund av att det trots all kritik och motstånd finns skadereducerande insatser i Sverige. Narkotikapolitiken arbetar emot insatser enligt Harm Reduction, samtidigt som det har skett en ökning av verksamma skadereducerande insatser. Ansatsen är paradoxal eftersom det är svårt att förena målet om ett narkotikafritt samhälle med skadereducerande insatser inom narkotika. Dock är Sveriges officiella narkotikapolitiska inställning till Harm Reduction nästintill fientlig och anhängare till skadereducering pekas ut, inte sällan som drogliberaler, med tankar om legalisering som yttersta mål (SOU 2011:66).

### **1.2.3 Göteborgs narkomanvård**

Kommunen har det yttersta ansvaret för att en person med missbruks- och beroendeproblematik ska få den hjälp som denne är i behov av och landstingen har i sin tur ansvaret för den medicinska vården. I Göteborgs stad är Socialtjänsten i de olika stadsdelarna, tillsammans med Social resursförvaltning, de huvudsakliga kommunala aktörerna som ansvarar för att personer med missbruk och beroende ges adekvat vård och insatser. Inom Social resursförvaltning ansvarar "Enheten för stöd och behandling inom missbruk och prostitution" för öppenvårdsbehandling vid narkotikamissbruk ([www.goteborg.se](http://www.goteborg.se)). Den kommunala narkomanvården innefattar således det som Socialtjänsten tillsammans med Social resursförvaltning har att erbjuda. Exempel på insatser som erbjuds är olika former av stödinsatser, så som boendestödjare, kontaktpersoner, samtalsbehandlingar samt vård på behandlingshem som har ingått avtal med kommunen. Det erbjuds även särskilda gruppverksamheter till barn med föräldrar som har missbruksproblem.

Landstingets missbruksvård ansvarar för de medicinska delar som den kommunala narkomanvården inte innefattar, bland annat erbjuds rådgivning och information, samtalsstöd, abstinensbehandling, återfallsprevention och medicinsk behandling som till exempel substitutionsbehandling ([www.varguiden.se](http://www.varguiden.se)). I Västra Götaland är sjukvårdens missbruksvård organiserad under Beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Där bedrivs bl.a. substitutionsbehandling och abstinensbehandling via avdelning 369, numera endast öppen dagtid ([www.sahlgrenska.se](http://www.sahlgrenska.se)).

### 1.3 Begreppslista

Under denna rubrik kommer vi att redogöra för ett antal begrepp som används i uppsatsen. Vissa av begreppen kan definieras på olika sätt, beroende på vilket perspektiv man tillämpar, och vi bör därmed definiera hur vi använder dem i vår studie.

*Brukare:* Ett begrepp som ibland används istället för klient eller patient i avstigmatiserande syfte. Till skillnad från begreppen klient/patient syftar brukare till en mer aktiv position. Med brukare avses ibland en person som på något sätt använder sig av samhällets välfärdstjänster (Karlsson & Börjesson, 2011). Välfärdstjänster inkluderar allt ifrån universella insatser som är för alla samhällsmedborgare, såsom skola och kollektivtrafik, till selektiva insatser riktade till en viss målgrupp, som exempelvis försörjningsstödet. Därmed kan i princip alla samhällsmedborgare inkluderas i begreppet brukare, varför vi har valt att avgränsa begreppet i vår studie till att avse personer som brukar tjänster inom Socialtjänstesektorn.

*Brukarperspektiv:* Ett perspektiv som bara kan ses och uttryckas av brukarna själva. Dock säger begreppet inget om huruvida brukare utövar något konkret inflytande (Socialstyrelsen, 2005).

*Brukarmedverkan:* Begreppet syftar till något mer än brukarperspektiv; att brukaren medverkar i arbetet på olika nivåer. Här talar man om aktiv, respektive passiv medverkan. Med aktiv medverkan menas att brukare sitter med och medverkar i till exempel styrelser. Passiv medverkan är när brukare har möjlighet till att medverka utan att faktiskt göra det (Karlsson & Börjesson, 2011).

*Brukarinflytande:* Enskilda brukare eller brukarorganisationers möjligheter att utöva ett inflytande. Man kan skilja på reellt inflytande, alltså ett äkta inflytande och icke-reellt inflytande, det vill säga ett inflytande som är till för syns skull. Vidare skiljer man på tre nivåer av inflytande: inflytande på individnivå - brukarens inflytande på den egna situationen, verksamhetsnivå - möjligheten att ha inflytande över beslut i en verksamhet, och systemnivå - inflytande över exempelvis politiken (Socialstyrelsen, 2013).

*Brukarorganisation:* Det finns två olika typer av brukarorganisationer, dels de som styrs av brukare och dels de som styrs av personer som inte själva är brukare. Något alla brukarorganisationer har gemensamt är att de är formella, privata och självstyrande. Organisationen ska även vara ideell och därmed inte gå med vinst (Karlsson & Börjesson, 2011).

*Evidensbaserad praktik:* Begreppet går att definiera olika beroende på utgångspunkt och vi har valt att i vår studie använda oss av Socialstyrelsens definition. För att uppnå en evidensbaserad praktik innebär det att systematiskt och medvetet använda sig av alla tre följande kunskapskällor: den bästa tillgängliga kunskapen, den professionelles expertis och berörda personers situation, erfarenhet och önskemål. Sammanvägningen av kunskapskällorna ska göras med brukaren och även det är en väsentlig del för att en praktik ska vara evidensbaserad ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

*Harm Reduction:* Detta begrepp använder vi synonymt med skadereducering i vår studie, se nedan.

*Skadereducering:* Skadereducering är en samlingsbeteckning för olika program och åtgärder för att minska hälsorelaterade, sociala och ekonomiska skador från riskbeteenden med syftet att möta risktagande människor där de befinner sig utan att ställa krav på avhållsamhet (Ingdahl & Persson, 2009). Skadereducering finns inte bara inom narkotikaområdet utan även gällande alkoholkonsumtion, trafikskador, tobaksanvändning, prostitution med mera. Nedan definieras och förklaras de mest uppmärksammade skadereducerande insatserna i Sverige gällande narkotikamissbruk.

*Substitutionsbehandling:* Denna behandlingsform riktar sig specifikt till personer med ett opiatmissbruk. Den vanligaste drogen som missbrukas i opiatgruppen är heroin. I substitutionsvård ersätts drogen med en syntetisk, långtidsverkande opioid, exempelvis Metadon eller Buprenorfin, för att dämpa drogsuget och abstinensen vid avslutat drogbruk. Utifrån denna behandling är målet att livssituationen ska stabiliseras och att man ska bli mottaglig för vidare behandling och stödåtgärder, för att kunna återgå till ett liv utan narkotikamissbruk (Ingdahl & Persson, 2009).

*Sprutbytesprogram:* Med denna insats ges injektionsmissbrukare möjlighet att byta ut använda sprutor och kanyler mot rena, sterila och oanvända. Detta med bland annat syftet att förebygga spridning av blodrelaterade infektioner och sjukdomar, såsom HIV och Hepatit C som kan spridas i samband med injicerande (Ingdahl & Persson, 2009).

*Injektionsrum:* Injektionsrum är säkra lokaler med medicinsk personal där injektionsmissbrukare får injicera medhavd narkotika (Ingdahl & Persson, 2009). Syftet är att minska risken för överdos och lära ut injektionsmetoder som reducerar riskerna för blodrelaterad smittspridning och andra skador. De övergripande målsättningarna är med denna insats att bidra till mindre riskfylld droganvändning, minskad dödlighet, ökad hänvisning till vård och behandling samt minskade störningar för allmänheten i form av exempelvis offentligt injicerande. Injektionsrum finns idag inte i Sverige, men har startats upp i till exempel Norge och Danmark (Svensson, 2012).

## 2. Tidigare forskning

I detta kapitel kommer vi att redovisa relevant tidigare forskning om brukarperspektiv, brukarinflytande och brukarmedverkan. Vi har delat in kapitlet i två delar, den första är forskning om brukarinflytande, brukarperspektiv och brukarorganisering och den andra är brukarperspektiv inom missbruk- och beroendområdet.

### 2.1 Val av tidigare forskning

Kopplat till våra frågeställningar har vi valt att presentera tidigare forskning som belyser olika aspekter av brukarinflytande, brukarperspektiv och brukarmedverkan och som visar på det aktuella läget, dess problematik och hur det kan jobbas med. Vi inkluderar även studier som problematiserar begreppen och brukarorganisering i sig. Den forskning vi har valt att belysa är från år 2004 fram till år 2013. Detta beror på att brukarperspektiv och brukarinflytande är något som har fått utrymme i den sociala sektorn främst under det senaste decenniet, därför är forskningen från denna tid. Utifrån studiens syfte har vi valt att fokusera svensk och nordisk forskning, då vi har velat relatera situation i Göteborg med nationell men även till viss del med internationell forskning.

### 2.2 Brukarperspektiv, brukarinflytande och brukarorganisering

Socialstyrelsen (2005) uppmärksammar brukarinflytandets roll inom integrerade verksamheter i den sociala sektorn i *Integration mellan forskning, utbildning och praktik ur ett brukarperspektiv*. I rapporten redogörs för hur Socialstyrelsens satsningar har påverkat förekomsten av brukarinflytande, brukarperspektiv och brukarmedverkan i olika dem verksamheterna. Rapporten resultat visar på att även om begreppen brukarinflytande, brukarperspektiv och brukarmedverkan är med på dagordningen, finns stora brister i det faktiskt och praktiska genomförandet. Det är få verksamheter som integrerar forskning om brukarmedverkan och brukarinflytande i sitt arbete, det saknas också genomgående långsiktiga planer och strategier för att utveckla brukarmedverkan. Sammanfattningsvis visar rapporten på att även om sociala verksamheter, myndigheter och hälso- och sjukvården är medvetna om vikten av brukarinflytandet är det sällan det omsätts i praktiken.

I Socialstyrelsen (2005) redogör vidare för vad som kan göras för att öka brukarinflytandet – och medverkan. Det viktigaste är, enligt Socialstyrelsen, att utveckla långsiktiga och systematiska metoder för att integrera brukarperspektivet i det praktiska arbetet. Även utbildning lyfts fram som en viktig faktor, dels i ämnet brukarmedverkan och brukarinflytande men även en förstärkt kunskapsbas för professionella. Detta resulterar enligt Socialstyrelsen i en förstärkt profession och att de professionella därmed blir mer mottagliga för brukarnas perspektiv samt en ökad öppenhet. Slutligen tar Socialstyrelsen upp att forskare och socialarbetare behöver reflektera mer över maktbalansen samt vara mer öppna mot samarbetspartners även utanför myndighetsfältet (ibid.).

Börjeson och Karlsson (2011) skriver i *Brukarmakt - i teori och i praktiken* om brukares relation och ställning gentemot befintliga svenska välfärdssystem. Författarna inleder med att problematisera brukarens position. De menar att i och med att brukaren är insatsmottagaren och i behov av stöd och hjälp, samt att brukaren inte

besitter resurserna själv, hamnar denne i en beroendeställning. Börjeson och Karlsson beskriver vidare att denna situation inte bara är påtaglig inom socialt arbete, utan även inom vården, och de betonar att även om brukarnas röster har höjts under det senaste decenniet finns de grundläggande strukturerna kvar. Börjeson och Karlsson lyfter upp att medborgare i Sverige har rätt till välfärdssystemet och att dessa system finansieras av medborgarna själva. Översatt till det sociala arbetet är brukaren socialarbetarens uppdragsgivare, därmed är det rimligt att denne har inflytande över arbetet och besluten. En annan aspekt som tas upp är varje enskild medborgares rätt att påverka sin egen livssituation. Börjeson och Karlsson (ibid.) menar att en integration av brukarens åsikter även resulterar i en högre kvalitet och bättre resultat, då två typer av kunskap vävs samman. Brukarens kunskaper kan ses som en maktresurs, dock ligger den större problematiken kring de kunskaper som de inte besitter, till exempel de professionellas språk. Ett språkligt maktövertag från de professionellas sida gör att brukarens möjligheter att ha makt över sin egen situation minskar, då denne dels inte alltid förstår och dels inte tillåts vara med i diskussionen och utformningen av beslut och insatser. Börjeson och Karlsson vill med detta sagt belysa att en mycket viktig del av en ökad brukarmakt handlar om att brukaren och den professionella ska hitta ett fungerande språk och samspel (ibid.).

*Empowerment* är ett annat begrepp som Börjeson och Karlsson (2011) menar är centrerat vid diskussioner om brukarinflytande och brukarmakt. Begreppet förklaras som:

(...) att försöka ge enskilda brukare, liksom brukare som grupp, möjligheter att själva påverka sina liv. I dessa sammanhang talas bland annat om Empowerment, i Sverige översatt till bemäktigande, där utsatta personer ska ges stöd för att i större utsträckning kunna ta makten över sin livsföring. (ibid. s. 69)

Empowerment aktualiserar frågan angående vem eller vilka som avgör hur mycket makt brukare får, och om det är de professionella som "tillåter" brukarna att ta en del av makten i sina egna händer. Börjeson och Karlsson menar att det kan bli problematiskt när de professionella ska dela med sig av sin makt och det sker inte alltid frivilligt, vilket gör att brukarna får kämpa till sig makten. Författarna menar att genom organisering kan brukare i större utsträckning kunna utöva motmakt och därmed öka sin egen makt. Det skulle innebära att brukarna kan komma med faktiskt krav, istället för enbart önskemål.

Börjeson och Karlsson (2011) för vidare en diskussion kring brukarorganisationer och menar att de generellt på senare tid har kommit att bli alltmer professionella av sitt slag. Med detta menar de att brukarorganisationer i allt större utsträckning får ersättning för olika uppdrag istället för statliga bidrag samt att en ökad professionalisering inom brukarorganisationerna har skett. Brukarorganisationer har oftast drivits och styrts av sina brukare men idag kan man allt oftare se socialarbetare och andra professionella som är verksamma i olika brukarorganisationer. Börjeson och Karlsson (ibid.) menar att gränserna för vad som en marknadsorienterad verksamhet och brukarorganisationer kan uppfattas att ha suddats ut men att den erfarenhetsbaserade kunskapen och kamratstödet som brukarorganisationer har gör dem utmärkande inom det sociala området. I avhandlingen skiljs det på så kallade "röst" organisationer, organisationer där brukarna i första hand jobbar med att företräda sina medlemmar, göra deras röster hörda och påverka beslut med mera.

respektive "service"- organisationer som har ett större fokus på att istället göra skillnad för sina medlemmar, och utomstående, genom faktiska insatser. Trenden idag i Sverige går från "röst" organisationerna mot "service" organisationer. Börjeson och Karlsson (ibid.) problematiserar detta och ställer sig frågan om det är möjligt för brukarorganisationer att vara kritiska mot offentliga insatser men samtidigt själva ta sig an uppdrag från dem. Vidare skiljer de på brukarorganisationer som är intresseorganisationer respektive självhjälsgrupper. Även om båda organisationerna går under den ideella sektorn och är till för sina brukare har de mål som skiljer sig från varandra. Självhjälsgrupper strävar efter att stärka den enskilde, de är ofta små men intima grupper och jobbar mer inåt i gruppen till skillnad från intresseorganisationer som mer agerar utåt, vill påverka på samhälls nivå och är ofta större i sitt omfång. I självhjälsgrupperna försöker deltagarna genom samtal och reflektioner kring gemensamma problem få en ökad förståelse för varandra och skapar tillsammans en tolkning av problem (ibid.).

Frank, Anker och Tammy (2012) gör i sin artikel en överblick över fyra nordiska länder, Danmark, Sverige, Norge och Finland, deras narkotikapolitik och brukarklimat. De har undersökt brukarorganiseringen för personer med aktivt missbruk och menar att den nationella narkotikapolitiken haft påverkan på brukarorganisationer i fältet. Behovet av organisering formas alltså efter sin kontext. En av artikelns slutsatser är att brukarorganisationer i de olika länderna inte bara formar sina anspråk efter den narkotikapolitiska debatten, utan även allmänhetens förståelse av narkotika formar de sätt på vilka brukarorganisationer kan göra sig hörda. Danmark är det land i Norden där skadereducering eller Harm Reduction haft störst genomslag. Där grundades också den första nordiska brukarorganisationen för personer med pågående missbruk: Brukerforeningen. I övriga Norden har en mer repressiv hållning i narkotikapolitiken varit gällande, Svenska brukarforeningen, Brukerforeningens systerorganisation, startades inte förrän 2002, nio år efter att Brukerforeningen startats i Danmark. Detta sätter författarna i samband med att en mer vårdinriktad (om än inte skadereducerande) syn börjat göra sig gällande i landet. Artikelförfattarna menar även att det finns ett samband mellan Norges restriktiva narkotikapolitik och det faktum att den norska brukarorganisation som fått representera brukare varit en nykterhetsorganisation, grundad av före detta missbrukare. För att brukarkunskap inom missbruksområdet ska kunna lyftas fram som expertis måste det enligt författarna också finnas en samhällelig acceptans för att personer med pågående missbruk besitter en faktisk kunskap och inte bara är hjälpbehövande. Vidare har brukarorganisationerna i Danmark, Sverige, Norge och Finland olika grad av legitimitet. Frank, Anker och Tammy (ibid.) menar att med ökad legitimitet som organisation har man större möjlighet att debattera kontroversiella frågor. En sådan fråga gäller avkriminalisering av narkotikabruk. Denna hållning har dock inte fått något större gehör. Detta förklarar författarna med att de är svårare att framträda i debatten som "kriminella", som vill ha en policyförskjutning åt lägre straffskalor och avkriminalisering, än som patienter som har rätt till bättre vård. Därför har också dessa brukarorganisationer inflytande begränsats till vård och behandling. Det är också inom detta fält brukarorganiseringen fått stöd av professionella.

En av artikelns slutsatser är att brukarorganisering till stor del möjliggjorts med ett aktivt stöd från professionella och myndigheter. Med ett förhållandevis litet antal möjliga medlemmar, och dessa medlemmars ibland bristfälliga förmåga att delta i

föreningslivet (exempelvis på grund av fängelsestraff och pågående missbruksproblematik), har såväl ekonomiskt stöd från myndigheter som aktivt stöd från exempelvis socialarbetare, varit betydande för verksamheternas fortvarande och uppkomst. Ytterligare en faktor att ha med i beräkningen angående brukarorganisationers inflytande samt vara eller icke vara, är vikten av ett internationellt nätverk. Brukerforeningen i Danmark hämtade inspiration och stöd från tyska organisationer vid dess start, denna förening har sedan varit en inspirationskälla för såväl svenska som norska brukarorganisationer (Frank, Anker & Tammy, 2012).

### **2.3 Brukarperspektiv inom missbruks- och beroendområdet**

Arne Kristiansen och Bengt Svensson har i sin studie ”Byråkrati och narkomani går inte ihop...” (2004) gjort en granskning av svensk missbruks- och beroendevård ur ett brukarperspektiv. I studien har de intervjuat 45 personer och genomfört tre fokusgrupper. Målgruppen har varit personer med aktivt missbruk, personer på avgiftning, personer i öppenvårdsbehandling och personer på utrednings-, motivations- eller inackorderingshem. Syftet med studien har varit att undersöka och förmedla intervjupersonernas erfarenheter av narkomanvården.

Studiens resultat visar på ett flertal slutsatser. Den första är att de personer som söker sig till narkomanvården, ser fördelar i det nyktra livet gentemot ett liv med missbruk. Den andra slutsatsen är att de som inte söker sig till narkomanvården, eller de som återgår till missbruk inte ser sig få ett mer gynnsamt liv som nyktra. Anledningarna till detta kan vara av olika art men det som författarna främst lägger vikt vid är bristen på samarbete mellan personal och brukare, bristande sammanhängande insatser och bristfällig eftervård. Resultaten visar också att intervjupersonerna upplever en stor brist vad gäller möjligheterna att påverka sin behandling. Intervjupersonerna belyser även de långa väntetiderna i vården. De menar att det är av stor vikt att en person med missbruksproblem ska fångas upp direkt när denne vill ha hjälp. Flera av studiens intervjupersoner berättar att de i väntan på att komma in på substitutionsbehandling har köpt medicin svart för att på egen hand ”tända av” och menar att detta visar och beror på brister i den svenska narkomanvården och dess långa väntetider.

Vidare beskriver Kristiansen och Svensson (2004) hur narkomanvården har gått från att vara offensiv, det vill säga att försöka få in alla som vill ha vård i vården, till defensiv vilket innebär att de brukare som upplevs som omotiverade hålls utanför vården. Den defensiva ställning, som Kristiansen och Svensson menar att narkomanvården, resulterar i att målsättningen blir att styra brukarens vårdönskningar, samt bromsa vårdaccess för de brukare som inte bedöms vara motiverade (istället för att vara pådrivande för att alla brukare ska få vård). Det främsta problemet som studiens resultat pekar på är intervjupersonernas upplevelser av att de inte får den vård de vill ha, när de vill ha den. Många uttrycker en hoppfullhet till att leva nyktra liv, dock med förutsättningen att de får tillgång till den önskade vården. Denna hoppfullhet står i kontrast mot en uppgivenhet gentemot myndigheter och narkomanvården, då dessa inte upplevs vara tillmötesgående för intervjupersonernas önskemål. Sammanfattningsvis avrundas studien med tre teman som intervjupersonerna menar är nödvändiga förutsättningar för att lämna sitt missbruk. Dessa teman är *trygghet* - ett boende, ett drogfritt socialt nätverk och dylikt, *meningsfullhet* - att hitta en mening med det nyktra livet och fylla ut tomrummet samt



*värdighet* - att bli en samhällsmedlem, få tillbaka sitt gamla sociala nätverk, sin familj, omhändertagna barn.

Arne Kristiansen diskuterar även i ”Missbruk och behandling – gamla problem, nya lösningar?” (2009), som är en rapport som bygger på en konferens i Göteborg 21-22 april 2009, brukarperspektiv och inflytande inom missbruk- och beroendområdet. Kristiansen (ibid.) menar att frågor som rör brukarinflytande har fått ett utökat utrymme i den sociala sektorn de senaste decennierna, däribland även inom missbruksområdet. Detta menar han är strävbart då brukarinflytande är nödvändigt för en evidensbaserad praktik. Kristiansen menar att utvecklingen av brukarinflytande beror på flera faktorer. Dels välfärdssamhället bristande förmåga att klara av det utlovade arbetet, dels olika grupper och organisationers påtryckningar och arbete för att större inflytande samt mer rättigheter. Även en förändrad syn på demokrati och medborgarinflytande, samt en strävan efter kunskaps- och metodutveckling har påskyndat utvecklingen. Kristiansen menar dock att även om brukarinflytande har ökat inom den sociala sektorn så ser det olika ut inom olika områden. Främst menar Kristiansen att det inom funktionshinderområdet har varit framgångsrikt, något som visar sig genom LSS-reformen. Inom missbruksområdet däremot, är framgången inte lika påtaglig. Kristiansen menar att missbruksvården präglas betydligt mer av paternalism och underlåtenhetsmakt, än ett ökat brukarinflytande. Vidare menar han att detta står i kontrast till de nationella riktlinjerna och initiativ som har tagits av riksdagen samt Socialstyrelsen. Dessa har varit för en kunskaps- och evidensutveckling inom missbruksområdet vilket i sig kräver ett brukarperspektiv.

Trots problemen med integration av brukare i den offentliga missbruksvården har brukarorganisationer inom missbruksområdet växt fram och etablerat sig utanför den offentliga arenan. Kristiansen(2009) understryker att för att brukarperspektivet ska få en riktig betydelse inom missbruksområdet måste det omfatta alla tre kraven för evidensbaserad praktik, vilket innebär att det måste skapas förutsättningar för att brukare ska kunna vara med och utforma den offentliga missbruksvården. Kristiansen menar att denna utveckling är avgörande för att missbruksvården ska bli en evidensbaserad praktik. Ytterligare en aspekt som betonas är att med brukarinflytande och makt över behandlingsprocessen, ökar brukarens egen motivation, engagemang och delaktighet, vilket är en förutsättning för ett gott behandlingsarbete.

Kristiansen (2009) menar att den främsta anledningen till det outvecklade brukarinflytandet inom missbruksområdet är föreställningar som finns i samhället om personer med missbruksproblematik. Dessa föreställningar betonar personers brister och problem och medvetandegörandet av konsekvenserna av denna tillskrivning är förmodligen den största utmaningen för brukarinlyftande inom missbruk- och beroendområdet (ibid.).

Socialstyrelsen har gett ut ett flertal rapporter om brukarperspektiv i missbruksvården. Den senaste är: *Att ge ordet och lämna plats - vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård* (2013). Rapportens syfte är att vara en vägledning för ett ökat brukarinflytande och den har gjorts på uppdrag av regeringens övergripande mål för år 2013 som är att stödja evidensbaserad praktik och därmed stimulera och möjliggöra brukarmedverkan inom Socialtjänsten och inom hälso- och sjukvård.

I rapporten radar Socialstyrelsen (2013) upp ett antal förutsättningar för att brukarinflytande ska kunna integreras: en hållbar struktur, kunskap om olika grupper av brukare, bemötande och en helhetssyn, göra maktrelationer synliga, attitydförändring, förankring och samverkan, tillgänglighet, information och kommunikation, resurser, rutiner, långsiktighet och uthållighet samt utbildning och rekrytering av personal. Vidare förklaras varför brukarinflytande är av stor vikt. De främsta anledningarna som belyses är maktutjämningen som sker i och med ett ökat brukarinflytande (då en maktförskjutning från de professionella till brukarna sker); att ett utökat brukarinflytande ökar demokratin (eftersom brukare får möjlighet till ett reellt inflytande); serviceanpassning (som syftar till att de som beslutar eller utför vården får mer kunskap och därmed kan erbjuda bättre service); samt en ökad effektivitet. Den femte punkten är legitimitet och men denna avses att om personer som erhåller insatserna är med och påverkar insatserna får de även en större förståelse och acceptans för hur vården och socialtjänsten fungerar. Sjätte punkten är egenmakt och syftar till att makt över den egna situationen ökar självkänslan samt självförtroendet och att även de professionella får en annan syn på brukarna. Den sjunde och sista punkten är återhämtning, där Socialstyrelsen (ibid.) understryker de positiva effekterna om man som brukare får bestämma över hur behandlingen ska utformas.

### 3. Teoretiskt perspektiv

I detta kapitel tittar vi närmare på hur sociala problem betraktas ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv. Den första delen är en kort redogörelse för huvuddragen i diskussionen om hur sociala problem skapas, av vem och vilka konsekvenser det kan ge. I den andra delen kommer vi att redogöra för *Claims-Making* och hur argumentation används för att lyfta fram och konstruera skilda sanningar. Området vi undersökt är fyllt med olika typer av argument. Genom att lägga upp sin argumentation på ett specifikt sätt vill våra intervjupersoner sprida sin bild av problemet. Med dessa perspektiv och teoretiska begrepp kommer vi att kunna analysera hur våra intervjupersoner argumenterar och i förlängningen vilken verklighet de konstruerar med sin argumentation. Vi valde att översätta teoretiska begrepp från engelska till svenska i såväl teori- som resultatavsnittet.

#### 3.1 Socialkonstruktivism och perspektiv på sociala problem

The votes in the social problems game is *not* like political elections, where we each have one vote and where each vote counts equally (...) The votes in the social problems game can be weightend with some worth far more than others. Indeed, it is possible to win the social problems game with a very small amount of votes as long as they are from powerful segments of an audience. (Loseke, 2003, s.28)

Det sociala arbetet formas av det samhälle det utövas i. Människans levnadsvillkor är föränderliga och således också det sociala arbetet. Vissa av våra nuvarande sociala problem har funnits i vårt samhälle sedan urminnes tider. Ett exempel är fattigdom. Andra är mer nytillkomna exempelvis narkotikamissbruk eller nät-mobbning (Meuwisse & Swärd, 2013). Det är inte heller så att alla missförhållanden i samhället ses som sociala problem. Meuwisse och Swärd (ibid.) menar att viss vikt kan läggas vid i vilken arena missförhållandet befinner sig i, där gatuvåld får mer medial uppmärksamhet än exempelvis våld i nära relationer. Ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv finns det inga givna sanningar, sanningar skapas av sin kontext och de som har tolkningsföreträdet.

En gemensam nämnare för sociala problem är avståndet från majoritetssamhällets levnadsvillkor eller värderingar. Hur dessa problem tolkas och sedan hanteras är dock olika. Historiskt har det funnits en debatt gällande individens kontra samhällets ansvar för framväxten av sociala problem, men det finns också ett problem med så kallat tolkningsföreträde. Meuwisse & Swärd (2013) lyfter fram hur fattigdomsfrågans uttryck skilde sig i de nordiska länderna på 1800-talet. Det fanns en aktiv debatt om fattigdom i Sverige och Danmark, och en närmast obefintlig fattigdomsdebatt i Norge och Finland vid samma tid, detta trots att fattigdomen var mer utbredd i Norge och Finland än i Sverige och Danmark. Den nutida analysen av detta fenomen är att det aldrig var fattigdomen i sig som debatterades i Sverige och Danmark, utan snarare de fattiga. Om det istället hade varit de fattiga som tilläts tolka och forma debatten, hur hade det blivit? Vilka aspekter av fattigdom hade lyfts fram som kanske inte kunnat lyftas fram av andra grupper i samhället?

Meuwisse & Swärd (2013) lyfter fram medborgarrörelsen i USA som ett exempel på hur förändring kan ske från gräsrotsnivå. Att svarta amerikaner organiserade sig för att göra sin röst hörd och var det initiativ som kom att forma dagens politiska klimat

snarare än välvilliga politiska reformer från en utomstående grupp. Detta visar på vikten av brukarorganisering, då samhället inte är homogent och olika samhällsgrupper har olika verklighetsbild och prioriteringsområden. Samtidigt finns pågående teoretisk konflikt mellan de som hävdar att samhället behöver anpassa sig till individer och de som menar att individer behöver anpassa sig till samhället, samt i vilken grad dessa två vägar är möjliga att gå (ibid.). Detta kan bland annat gestaltas genom skiljelinjen i synen på samhället som präglad av konflikt eller konsensus. *Konfliktperspektivet* står i grunden för att olika samhällsgruppen står i konflikt med varandra för att få sin bit av kakan, en syn på samhället där vissa grupper gynnas och en jämnare fördelning av resurser bör uppnås. *Konsensusperspektivets* företrädare framhåller vikten av sammanhållning där avvikande beteende riskerar att störa den naturliga balansen i samhället. Den naturliga ordningen uppehålls med social kontroll och straff för avvikande/kriminellt beteende (ibid.). Dessa begrepp formades under 1800-talets senare hälft och är aktuella än idag, kan de exempelvis illustrera något om synen på narkomanvården i dagens Göteborg?

### 3.2 ”Claims-Making”

Att fenomen inte har ett objektivt sätt att tolkas på gör att människan måste stå för tolkningen. Då tolkningar görs på olika sätt och får konsekvenser därefter är det viktigt för anspråksgörare att få sin tolkning av verkligheten att bli den allmänt gällande. Enligt Donileen Loseke (2003) skapas sociala problem av så kallade *Claim-Makers* (anspråksgörare) och *Audiences* (publik). Tillsammans bildar anspråksgörare och publik de allmänt vedertagna bilderna av vad som uppfattas som ett socialt problem. Anspråksgörandet är en ständigt pågående process av en rad olika aktörer. Anspråksgörande går tydligt att se inom politiken, där politiska partier slåss om att göra sina valfrågor till de mest dominerande. Ett akademiskt exempel är när en rapport framhäver vikten av att äta mindre kött för miljöns skull, något som kanske kontraras av ett livsmedelsbolag som menar att de säljer goda och nyttiga köttbullar. Har anspråksgöraren varit framgångsrik i sitt anspråk kommer den att få stora delar av publiken eller offentligheten att tänka, känna och bete sig utifrån just denna bild av verkligheten. Artiklar om köttkonsumtionens effekter kan påverka ditt sätt att tänka och känna inför köttkonsumtion såväl som ditt sätt att handla, eller så blir de överröstade av reklam om billigt kött. Således kan anspråksgörare få dig att bortse från viss fakta vid bedömning av en situation och istället få dig att resonera utifrån känslor så som hunger eller medkänsla (ibid.).

Vid skapandet av ett socialt problem och skapandet av ett anspråk finns det vissa grundläggande frågeställningar som ofta besvaras. I narrativet kring en problematik behövs en utgångspunkt där grundkonstruktionen spikas fast, vem/vad är problemet, är ofta ett vanligt sätt att börja beskriva. Loseke (2003) kategoriserar den typen av frågor till den *diagnostiska ramen*, där tillståndet som sådant närmast får en diagnos. Ytterligare två ramar tillkommer, den *motiverande ramen*, kring varför en publik bör engagera sig i frågan samt den *lösningfokuserade ramen* där en lösning på problemet erbjuds. Vem/vad som är problemet, följt av, vilka konsekvenser denna problembild ger och vem som kan tänkas drabbas är alltså ofta steg nummer ett och två. Hur problemet sedan bör lösas och vilken roll publiken spelar i lösningen av problemet är ett effektivt sätt att antingen motivera till handling eller ge sitt anspråk tyngd (ibid.).

Trots att alla kan ta del av ett anspråk är det inte säkert att anspråket riktas till alla. Inom publiken finns en hierarki av mer eller mindre betydelsefulla aktörer.

The votes in the social problems game is *not* like political elections, where we each have one vote and where each vote counts equally (...) The votes in the social problems game can be weightend with some worth far more than others. Indeed, it is possible to win the social problems game with a very small amount of votes as long as they are from powerful segments of an audience. (Loseke, 2003, s.28)

Loseke (2003) framhäver att anspråksgörare inte har någon makt såvida de inte når fram till sin publik som i sin tur utvärderar anspråket och avgör om det är rimligt. Vilken publik anspråket riktar sig till och varför kan kanske förklaras i citatet ovan. Då anspråksgöraren vill ha förändring är det också logiskt att den främst riktar in sig på de människor med mest makt att förändra, en sådan grupp är politiker. Enligt Loseke (ibid.) följer publikhierarkin maktstrukturerna i samhället ganska väl. Barn ofta har mindre makt än sina föräldrar och där medelklassen har mer att säga till om än samhällets mest utsatta. Utifrån detta perspektiv, en samhällelig hierarki, blir det även svårt för anspråksgörare från samhällets utsatta grupper att få sitt anspråk hört. Detta gäller även barn som sällan hörs i skoldebatten, istället antas lärare eller föräldrar tala å barnens vägar. Liknande situationer har vi sett inom socialt arbete, där professionella motsatt sig nedskärningar i verksamheten med klienternas bästa som argument (ibid.).

Loseke (2003) delar upp motiven för anspråksgörande i två kategorier, *subjektiva värderingar* och *objektiva intressen*. De subjektiva värderingarna är värderingar om hur saker och ting borde vara och förhålla sig enligt oss själva. Religion, politiskt engagemang och dylikt är alla faktorer som kan komma att påverka vilka anspråk vi gör. De objektiva intressena styr den mer praktiska verkligheten, gynnas du personligen av sänkta skatter i utbyte mot avskaffandet av barnbidrag, så kanske du röstar för det parti som föreslår detta, oavsett om detta är något du stödjer ideologiskt (ibid.).

Publiken köper dock inte allt anspråksgöraren säger, alla anspråk går inte hem. Förutom kunskap eller expertis inom området kan publik använda sig av såväl *egen erfarenhet*, *kulturella föreställningar* eller vad Loseke (2003) kallar "popular wisdom", *populära föreställningar*, för att motsätta sig anspråk. Dessa är dock också användbara av anspråksgörare. Har anspråksgöraren till exempel själv haft ett narkotikamissbruk kan hen argumentera utifrån egen erfarenhet och dra nytta av det i en narkotikapolitisk debatt. Detta även om det inte alls är säkert att alla med liknande bakgrund skulle tänka på samma sätt. Med kulturella föreställningar menar Loseke (ibid.) värderingar om hur vårt samhälle fungerar eller bör fungera. En debatt som förs med argument utifrån nationalism som kulturell föreställning skulle kunna vara "svensk narkotikapolitik är ..." där tyngden inte nödvändigtvis läggs på att narkotikapolitiken är bra utan på att den uppfattas som svensk. Ett annat perspektiv skulle kunna vara individualismen, "Individens rätt att bestämma själv måste komma i första rummet", är ett argument som då och då framförs, dock är nog många överens om att detta påstående kan vara beroende av sin kontext. Vidare så kan både publik och anspråksgörare använda sig av populära föreställningar - uppfattningar som allmänheten har men som de inte nödvändigtvis kan förklara. Exempelvis är "missbruk är ett resultat av traumatisk uppväxt" alternativt "missbruk grundar sig i dålig karaktär" argument för att motivera eller avfärda exempelvis fängelsestraff vid narkotikabrott. Vidare kan populära föreställningar yttra sig i kommentarer utan

underlag som “nu har det gått för långt” när skolor väljer bort pepparkaksgubbar i luciatåg (ibid.).

Utöver dessa strategier finns en del mer handfasta tillvägagångssätt för att få sitt anspråk att bli den gällande uppfattningen, där en förenkling av situationen kan vara en av de allra mest vanliga. Genom att inte *erkänna komplexiteten* i ett ämne och samtidigt leverera svar och lösningar, kan man lyckas med att få sitt anspråk erkänt förhållandevis snabbt. Dock riskerar anspråkgöraren att inte bli tagen på allvar om denne skulle få motstånd bland andra anspråkgörare och publik (Loseke, 2003). Andra tillvägagångssätt är *länkning* eller *Piggybacking* som innebär att anspråkgöraren länkar ihop sitt anspråk med liknande problem som fått andra, enligt de själva, bättre lösningar. Exempelvis kan narkotikamissbrukare lyfta fram missbruksbehandling för människor med alkoholproblem och mena att deras vård borde se liknande ut eftersom att de lever med liknande problematik. Liknelser finns också med så kallad expansion, *utvidgning*, där till exempel ADHD, som inledningsvis var en diagnos för barn men nu också kommit att gälla vuxna (ibid.).

Loseke (2003) reser också frågan om hur många perspektiv en publik orkar bära i en viss typ av fråga. Allmänheten såväl som beslutsfattare och makthavare har inte alltid tid, möjlighet eller ork att sätta sig in i alla politiska frågor. Lösningen på detta problem blir ofta att välja *ett* perspektiv av problemet och sedan hålla fast vid det. Detta fenomen är ofta tätt sammankopplat med “social problem ownership”, *ägande av ett socialt problem*. Denna form av tolkningsföreträdare inträffar när ett perspektiv på ett problem tas för givet till den grad att det inte ifrågasätts utan tas för givet (ibid.).

Att verkligheten kan se olika ut beroende på åt vilket håll du tittar är alltså ett perspektiv vi hade med oss under uppsatsens gång. Med hjälp av begreppet Claims-Making kunde vi få en ökad förståelse för hur och varför våra intervjupersoner argumenterade som de gjorde. Genom att hålla vårt fokus till hur våra intervjupersoner argumenterade blev vi även fria från att värdera deras åsikter och kunde mer hängivet ägna oss åt vilken verklighet de ville konstruera med deras argument.

## 4. Metod

I denna del av uppsatsen kommer vi att redogöra för vilken metod vi har använt oss utav samt redogöra för hur vi har gått tillväga för att samla in vårt empiriska material. Kapitlet börjar med en diskussion kring vår arbetsfördelning och förförståelse för att sedan komma in på vårt metodval. Vidare redovisar vi för vårt tillvägagångssätt. Vi avslutar kapitlet med en diskussion kring validitet, reliabilitet, generaliserbarhet och våra etiska överväganden

### 4.1 Arbetsfördelning

Vi lade stor vikt vid att alla tre ska vara lika delaktiga och vi gjorde vårt främsta för att uppnå detta. Alla var med på lika många intervjuer, det vill säga två intervjuer per person. För att den författare som inte var med på intervjun ändå skulle bli delaktig förde vi diskussioner och reflekterade tillsammans alla tre både innan och efter alla intervjuer. Uppsatsen skrevs huvudsakligen gemensamt av oss, dock delade vi upp vissa delar för att effektivisera vårt arbete. Glory ansvarade för avsnittet tidigare forskning, inledning, begreppslistan samt intervjuguide. Viktoria ansvarade för bakgrundsavsnittet, urval, intervjusituation, bortfall och litteratursökning. Niclas ansvarade för teoriavsnittet, metodval, analysmetod, generaliserbarhet, reliabilitet, validitet och etiska överväganden. Övriga delar har skrivits och arbetats med gemensamt. Trots uppdelningarna var vi noga med att gemensamt komma fram till vad som skulle skrivas innan vi delade upp samt att efteråt läsa de enskilt skrivna texterna gemensamt. Detta för att få en enhetlig text till form och innehåll, samt för att öka delaktigheten.

### 4.2 Förförståelse

Det finns olika faktorer som kan komma att påverka de studier som görs, inte minst den förförståelse som finns hos alla människor och som medför att full objektivitet aldrig kan uppnås (Kvale, 1994). Den teoretiska förförståelsen vi har är i hög grad densamma för oss författare, vi studerar på socionomprogrammet vid Göteborgs universitet och har även läst en grundkurs i missbruk och beroende. Vi har under studierna förvärvat oss olika perspektiv på missbruk och beroende så som biologiska, sociala och psykologiska perspektiv. Vi har genom studierna också bildat oss en grunduppfattning om olika möjliga inriktningar på narkotikapolitik, däribland skadereduktion. I praktiken har vi olika erfarenheter och kunskaper om narkotika, dels utifrån jobb, verksamhetsförlagd utbildning samt erfarenheter av andra länders narkotikapolitik. Viktoria har under en kortare tid jobbat med missbruk inom Socialtjänsten och har fått erfarenheter kring hur man jobbar med svensk narkotikalagstiftning. Detsamma gäller för Glory, men i mindre utsträckning, då hon under en kortare period har haft en verksamhetsförlagd utbildning på vuxenheten inom Socialtjänsten. Niclas har stött på missbruksproblematik genom sitt arbete inom rättspsykiatri, och har också genom verksamhetsförlagd utbildning i Australien tagit del av annan policy gällande skadereducerande insatser rörande narkotika.

Vi tror att de praktiska erfarenheterna tillsammans med de teoretiska kunskaperna präglar de värderingar vi har. Utifrån den förståelse vi har av Sveriges narkotikapolitik och dess nollvision så tänker vi att den till stor del bygger på majoritetssamhällets åsikter och värderingar. Dessa visioner anser vi vara realistiska

i vårt samhälle, eftersom de inte bygger på den verklighet vi ser utan på fördomar och moral, vilket vi tror resulterar i en ökad stigmatisering av personer med missbruksproblematik. Utifrån vår förståelse bidrar filosofin kring skadereduktion till att fokus flyttas från straffetik och kriminalisering till ett mer humant perspektiv.

Vi är medvetna om att det finns en liberal grund i våra värderingar gentemot skadereduktion, samt att vi är kritiska till den svenska narkotikapolitiken. Vi ser också att vår förståelse kan komma att bli problematisk i arbetet då det finns en risk att vi blir okritiska mot de intervjupersoner med liknande inställning och extra kritiska mot de som har en annan ståndpunkt. Vidare tror vi även att vi bär på omedvetna värderingar som kan komma att påverka hur vi ställer frågor och tolkar svaren. Något vi gjorde för att inte låta våra värderingar styra empiriinsamlingen var att vi använde oss utav en semistrukturerad intervjuguide som gjorde att samma frågeställningar användes i samtliga intervjuer och att vi därmed inte styrde samtalen. Vidare tror vi att ett aktivt medvetande kring vår subjektivitet under hela studiens gång var viktigt för kvalitén. Även valet av teoretiska perspektiv kunde bidra till att minska inverkan av vår förståelse på våra resultat.

### **4.3 Metodval**

Vi valde att göra en kvalitativ intervjustudie. Vårt metodval grundades i vårt syfte – att fördjupa oss i olika brukarorganisationers tankar och upplevelser. Genom kvalitativa studier ges det möjlighet till en fördjupad förståelse av intervjupersonen, syftet med en kvalitativ studie är inte generaliserbarhet (Justesen & Mik-Meyer, 2011). Vårt syfte var att öka vår kunskap och förståelse samt lyfta fram enskilda brukarorganisationers röster. Utifrån syftet med studien så ansåg vi att en kvalitativ metod var att föredra än exempelvis en kvantitativ metod, där det finns ett större intresserad av kvantiteten och inte om hur enskilda gruppers röster och tankar ser ut. Med en kvantitativ ansats i metoden hade vår studie fått presentera ett annat syfte samt fått utföras med en annan målgrupp i fokus, eftersom endast fyra brukarrepresentanter inte hade räckt till. Därmed valde vi att använda en kvalitativ metod för studien.

### **4.4 Tillvägagångssätt**

#### **4.4.1 Urval**

Vi valde att intervjua representanter för brukarorganisationer i vår studie. Detta val gjordes utifrån studiens syfte, men även utifrån praktiska och bekvämlighetskäl. Vi antog att det skulle finnas ett intresse hos brukarorganisationer att medverka i studien och få sina åsikter framförda. Det skulle vara etiskt inkorrekt av oss att intervjua exempelvis brukare av narkotika i denna studie, vilket hade kunna vara ett alternativ (se vidare under "Etiska överväganden"). Eriksson-Zetterquist och Ahrne (i Ahrne & Svensson, 2011) skriver om de urvalsproblem som kan uppstå i kvalitativa studier och om vikten av att tänka över hur man väljer ut de som ska medverka. Vårt urval var målinriktat, eller som Bryman (2011) benämner det, ett stratifierat urval. Denna typ av urval var lämplig för vår studie då vi var intresserade av en specifik grupp. Vi gjorde ett aktivt och medvetet val av intervjupersoner genom ett tvåstegsurval: först gjorde vi ett urval av de organisationer som vi var intresserade av, och sedan gjorde vi ett urval av individer som vi ville kontakta. Eftersom brukarorganisationerna var våra



“intervjupersoner” använde vi dessa två begrepp synonymt i studien, även begreppet brukarrepresentant användes med denna innebörd.

#### **4.4.2 Kartläggning och avgränsning**

För att hitta brukarorganisationer sökte vi genom sökmotorn Google efter brukarorganisationer inom missbruk och beroende i Göteborg, med sökorden: brukarorganisationer, missbruk, väst. Sökresultaten som vi kom att använda oss utav var ett dokument från Socialstyrelsen, Göteborgs stads hemsida och ett dokument från Gävleborgs län. I det första dokumentet tittade vi på vilka brukarorganisationer som har fått statsbidrag via Socialstyrelsen. På Göteborgs stads hemsida tittade vi på bidragsfördelning till ideella organisationer inom missbruk och beroende. Vi hittade även en förteckning gjord av Gävleborgs län kring brukarorganisationer inom det sociala fältet. Utifrån dessa dokument fann vi brukarorganisationer inom missbruk och beroende och gjorde därefter ett urval. Urvalet baserades dels på att det ska vara brukarstyrda organisationer inom missbruk och beroende, dels att de ska vara verksamma i Göteborg. Därmed gjorde vi en avgränsning utifrån ett geografiskt läge, samt valde bort icke-brukarstyrda ideella organisationer. Anledningen till att vi begränsade oss till brukarorganisationer i Göteborg var på grund av vårt intresse för just Göteborgs utveckling av skadereducerande insatser, såsom varför sprututbytesprogram inte finns i samma utsträckning som i exempelvis Stockholm och Malmö. Vi valde även att utesluta icke-brukarstyrda organisationer inom missbruks- och beroendområdet, eftersom vi såg en vikt av att huvudaktörerna i denna debatt skulle träda fram, nämligen brukarna. Vi hittade fyra brukarorganisationer inom narkotikaområdet och vi kontaktade allihop för att få allas olika röster framförda i studien. Vi fick svar från alla, dock ville endast tre av dessa fyra medverka.

De tre brukarorganisationerna i Göteborg som vi identifierade var KRIS (Kriminellas revansch i samhället), RFHL (Riksförbundet för rättigheter, frigörelse, hälsa och likabehandling) och SBF (Svenska brukarföreningen). Alla tre organisationer har en egen webbsida där vi hittade kontaktuppgifter. Vi började med att ringa till respektive organisation och berättade kortfattat vilka vi var, vårt syfte med arbetet samt om de var intresserade av att medverka. Tre representanter från samtliga tillfrågade organisationer ville medverka och vi skickade därmed ut ett informationsbrev (Bilaga 1) och en samtyckesblankett (Bilaga 2) via e-mejl. Vi bad dem att återkomma med förslag på tid och plats för intervju utifrån deras önskemål, efter att de läste igenom informationsbrevet. I Ahrne och Svensson (2011) förklaras det hur en intervju påverkas av en mängd faktorer, däribland var intervjun sker. Våra intervjuer ägde rum i hemmiljö samt i brukarorganisationernas föreningslokaler utifrån intervjupersonernas önskemål. De miljöer där intervjuerna genomfördes var störningsfria, det vill säga att vi fick egentid med intervjupersonerna, utan buller och andra distraherande faktorer.

Studiens empiri utgörs av tre intervjuer av tre brukarorganisationer inom missbruk och beroende. Under ena intervjun medverkade två representanter från samma brukarorganisation, alltså intervjuade vi totalt fyra personer under tre tillfällen. Det hade varit önskvärt för oss att intervju fler brukarorganisationer inom missbruk och beroende, dock fanns det endast fyra sådana i Göteborg. Eftersom vi endast samlade in tre intervjuer av totalt fyra existerande betyder det att vi har ett bortfall. Vår tanke var att NA (Anonyma narkomaner), vilket är den fjärde brukarstyrda organisationen

inom missbruk och beroende i Göteborg, skulle medverka i vår studie. Vid samtal med NA uppgav de att det inte fanns ett intresse för dem att delta i intervjun med anledning av att de ville vara neutrala i frågan om skadereducerande insatser och den svenska narkotikapolitiken. Deras syfte med detta var att alla människor med missbruksproblematik, med behov av stöd och hjälp, ska känna sig välkomna att ingå i NA:s organisation. Hur detta bortfall kunde komma att påverka vår studie var svårt att avgöra men eftersom vårt huvudsyfte inte var, såsom i en kvantitativ studie, att uppnå hög generaliserbarhet så trodde vi inte att det kunde komma att påverka själva datainsamlingen (Ahrne & Svensson, 2011). Vi såg att detta bortfall var en förlust av intressanta värderingar och material för analysarbetet, dock delar KRIS liknande grundläggande tankar om strävan efter drogfrihet vilket gör att vi ändå får med en organisation som delar liknande värderingar.

#### **4.4.3 Intervjuguide**

Vetenskapliga intervjuer används i en rad olika syften och på olika sätt. Justesten & Mik-Meyer (2011) skriver om tre olika typer av intervjuer: den ostrukturerade, den semistrukturerade och den strukturerade. Vi valde att använda oss av semistrukturerade intervjuer. Det innebär att vi använde oss utav en intervjuguide med teman och förhandsbestämda frågor. Under intervjun fanns dock utrymme för avvikelser från vår intervjuguide, såväl i form av följd- och tilläggsfrågor som för intervjupersonen att ta upp ämnen utöver de förhandsbestämda i intervjuguiden (Bilaga 3).

Justesten & Mik-Meyer (2011) tar upp två olika förhållningssätt till semistrukturerade intervjuer på basis av vikten av standardisering. De olika perspektiven bygger på konflikten mellan att anpassa frågor efter intervjupersonen och att ge alla intervjupersoner samma frågor. Vi lade rätt stor vikt vid att ställa samma frågor till intervjupersonerna och ställde följdfrågor endast för att förtydliga, eller för att be dem utveckla sina svar. Det fanns dock utrymme för egna kommentarer och tillägg under den sista öppna frågan i intervjuguiden. Vi avbröt inte heller intervjupersonen ifall den berättat något som inte direkt kunde kopplas till frågan. Vidare hade vi (utöver inledning och avslutning) tre teman i intervjuguiden: skadereduktion, narkotikapolitik och brukarinflytande. Dessa tre teman syns i intervjuguiden med fetmarkerad text. Tillhörande frågor är fetmarkerade, men i mindre teckensnitt, och följdfrågorna är kursiva. Vi inledde intervjuerna med att berätta lite om oss själva, för att ge intervjupersonen ett sammanhang. Sedan fortsatte vi med att ställa frågor om intervjupersonen, för att låta denne presentera sig. Denna personinformation är dock inget vi kommer att använda i uppsatsen, då det framförallt är brukarorganisationerna som står i fokus.

#### **4.4.4 Intervjusituationen**

Inför intervjuerna funderade vi över intervjusituationen, bland annat över huruvida två eller tre av oss skulle medverka. Vi övervägde för- och nackdelar med att alla tre ska delta. Om alla tre medverkade så kunde vi bära olika roller såsom observatör, noterare och intervjuare. Ett sådant upplägg kunde å andra sidan skapa en känsla av maktövertag från vår sida gentemot intervjupersonerna. Vi kom fram till att en strävan efter intervjuer präglade av jämlikhet och maktbalans var att föredra (Kvale, 1994), och utförde intervjuerna parvis. Vi växlade par inför varje intervju så att respektive student medverkade i två intervjuer var. Intervjuerna spelades in, efter godkännande

från respondenterna, via Smartphones (mobiltelefoner) med inspelningsfunktionen. Telefonerna var under intervjuerna på flygplansläge för att undvika inkommande samtal och meddelanden som kunde distrahera intervjun. Vi upplevde denna teknik för att spela in intervjuerna som väldigt behändig och lätthanterlig. Efter intervjuerna transkriberade vi samtliga intervjuer, från början till slut, med hjälp av inspelningsfunktionen, redan samma dag. Detta med anledning av att samtalet fortfarande var färskt i minnet och intressanta utgångspunkter kunde noteras lättare. Vi transkriberade hela intervjuerna för att försäkra oss om att vi inte tog miste på något av betydelse samt för att kunna läsa igenom relevanta delar utifrån det sammanhang som det ingår i.

På detta sätt samlade vi in data för vår studie som vi sedan analyserade. Intervjuerna avslutades med en förfrågan till intervjupersonerna om eventuell fortsatt kontakt kunde tas vid ovisshet och oklarhet kring relevant information som kunde uppstå efter intervjutillfället. Vi informerade om att denna kontakt var ömsesidig och att de gärna fick kontakta oss vid ytterligare frågor eller funderingar. Materialet från intervjuerna behandlades, det vill säga att intervjupersonernas namn anonymiserades och ersattes med bokstaven "R" för respondent. Detta är viktigt av etiska skäl (Ahrne & Svensson, 2011) (se rubriken "Etiska överväganden"). Intervjuerna varade i 60 till 80 minuter.

#### **4.4.5 Litteratursökning**

För att hitta relevant litteratur för studien använde vi oss utav olika sökverktyg via datorn. På Göteborgs universitetsbiblioteks hemsida var Gunda, Supersök, Swepub och Social Services Abstracts till användning för litteratursökningen. Även sökmotorn Google användes flitigt för att finna olika dokument från bland annat Socialstyrelsen, Regeringen och Folkhälsomyndigheten. De sökord som användes var: Harm Reduction, user, power, nordic, skadereducerande insatser, skadereduktion, narkotikapolitik, sprututbyte, brukarinflytande, brukarorganisation. Utifrån dessa sökord hittade vi artiklar, dokument och litteratur relaterat till vårt forskningsområde.

### **4.5 Analysmetod och tillvägagångssätt**

Redan vid intervjutillfället delade vi upp intervjun i tre olika teman: en värdegrundsdel med fokus på skadereducering; en del om narkotikapolitik och dess praktiska konsekvenser och en del om brukarinflytande. Vi valde att använda oss av meningskoncentrering som analysmetod, där intressanta stycken av intervjupersonernas svar komprimerats ner för att kunna ge en mer översiktlig bild av deras tankar (Kvale, 1994). Efter att vi på så vis valde ut stycken i våra intervjuer, kategoriserade vi in dem i de tre ovanstående kategorierna. Efter att ha läst igenom dessa utdrag som skapade vi i tre skilda dokument, ett för varje del, hittade vi gemensamma nämnare och teman varav vissa har kommit att bli underrubriker till våra tre huvudteman i studien. Denna process kallas öppen kodning, och är baserad på *Grunded Theory* som ofta används vid kvalitativa analyser (Bryman, 2011). Vi kan även säga att vi hade ett abduktivt ingångssätt till studien, med en lutning mot det induktiva hållet då vi inte funderade så mycket på eventuella teorier för analys men heller inte uteslutit det. Teorin kom först till oss när vi satt och kategoriserade vårt material. Vi hade länge diskussioner om hur vi skulle förhålla oss till vår empiri, skulle vi se den som sanningar vi kunde sätta in i teoretiska perspektiv eller skulle vi istället vända på steken och analysera deras retorik och argumentation i ljus av deras värdegrund? Vi kom att välja det senare, där vi använde Losekes (2003) begrepp om

*Claims-Making* för att lyfta våra ”findings” till en nivå där vi inte bara presenterar dem, utan med hjälp av teori kan få en förståelse för vad de kan tänkas representera. Med ett perspektiv på argumentation, där argument sätts in i en kontext, och undersöks utifrån denna, kände vi ett behov av att belysa begreppet tolkning. Det hermeneutiska perspektivet karaktäriseras enligt Kvale (1994) av en hermeneutisk cirkel där tolkningen av enheter och delar hänger samman med förståelsen av helheten. Den hermeneutiska cirkeln sluts först när man får en helhetsbild utan inte inre motsättningar. Med hjälp av tolkning ges man enligt Kvale (1994, s. 54) “Möjlighet att gå under fenomenens yta, komma längre än sunda förnuftet förmår (...). Att förmedla en kritisk förståelse av livsvärlden”. Med denna förståelse av begreppet tolkning blev det lättare för oss att se en röd tråd i intervjupersonernas svar. Vi valde dessutom att endast fokusera på de delar av våra intervjupersoners svar som kunde kopplas till våra frågeställningar där underliggande värderingar om exempelvis könsroller inte platsade.

Vi valde att väva samman empiri och analys för att ge en bättre helhetsförståelse av texten, i vår resultatredovisning. Istället för att dela upp det empiriska materialet och analysen av det, kommer vi att presentera vår analys av materialet efter att det empiriska materialet presenterats. Det empiriska materialet kommer att presenteras och illustreras med hjälp av citat från våra intervjuer. Citat kommer att redovisas med indrag och mindre teckenstorlek. Teoretiska begrepp hämtade från tidigare forskning eller teoriavsnittet kommer att presenteras på svenska för att underlätta för läsaren.

#### **4.6 Generaliserbarhet, reliabilitet och validitet**

Vi diskuterade under arbetets gång studiens grad av generaliserbarhet. Vi hade förhållandevis få intervjupersoner, vilket länge fick oss att tänka att studien inte uppfyllde de krav som ställs på kandidatnivå. Vi fick oss dock en tankeställare när vi insåg att trots att vi bara hade fyra intervjupersoner så hade vi ändå fått en så kallad totalpopulation av intervjupersoner som vill uttala sig i denna typ av frågor inom ramen för vår avgränsning (Bryman, 2011). Vårt syfte med denna studie var dock aldrig att uppnå en hög grad av generaliserbarhet, utan snarare att fånga upp de olika brukarorganisationernas röster och ställningstaganden. Då vi skriver kvalitativ uppsats ser vi inget behov av att generalisera, utan menar att vi haft gått om utrymme att lyfta fram de unika kvalitéerna i de olika intervjupersonernas svar. Vi använde oss dessutom av en frågeguide med öppna frågor som gjorde det möjligt för intervjupersonen själv att tolka frågan. Konsekvensen av detta blev att vi inte fick svar på exakt samma frågor från alla intervjupersoner, men väl lyckats fånga upp deras helhetssyn, samtidigt som nyanser och skillnader kunde träda fram.

Gällande reliabiliteten, det vill säga, om vår studie faktiskt svarar på de frågor vi ställt och inte andra frågor (Bryman, 2011) menar vi att vi gjort så gott vi kunnat utifrån vår hermeneutiska ståndpunkt. Att frågor, och öppna frågor i synnerhet, är öppna för tolkning gör det svårt att sätta ett exakt värde på reliabiliteten inom kvalitativ forskning är något vi är medvetna om. Vi tycker dock att vi fått svar på våra frågeställningar genom arbetet, och har under vår tematisering av empirin valt att utesluta teman som uppkommit under intervjuerna som inte varit relevanta för våra frågeställningar, exempelvis synen på kön och genus. Det är svårt för oss att svara på om denna undersökning skulle gå att göra om och få samma slutresultat, särskilt då våra frågor har hållit sig inom en specifik men dynamisk kontext. Synen på brukarinflytande såväl som narkotikapolitiken diskuteras och omdefinieras ständigt.

Vidare lyfter Kvale (1994) i citatet nedan fram en hermeneutisk förståelse av en intervjusituation där tolkning och skapande av text hänger samman med slutprodukten.

“Intervjuarna bidrar till att skapa de texter som de tolkar och de kan förhandla med intervjupersonerna om sin tolkning. Intervjutexten är således inte en given litterär text utan framträder samtidigt som den tolkas; den omfattar både skapandet och den framförhandlade tolkningen av texten” (ibid., s. 50).

Reliabilitet liksom validitet och generaliserbarhet, är positivistiska begrepp som inte direkt är anpassade efter kvalitativ forskning (Bryman, 2011). Om man endast utgår ifrån reliabilitet och validitet, att undersökningen gjorts på rätt sätt, som bedömningsfaktorer av en vetenskaplig text missar man kanske perspektivet på kunskap som socialt skapad, något vi måste förhålla oss till. Med öppna frågor kan en viss typ av resonemang hos en av våra intervjupersoner leda in på tankar kring ett närliggande fenomen, där intervjupersonen vidareutvecklar sin analys och får ny kunskap eller ökad förståelse. I ett sådant fall får vi ta del av en kunskapsprocess som kanske inte låter sig upprepas. Det behöver dock enligt oss inte betyda att studien är av mindre vetenskapligt värde. Eftersom att det också är ett av våra mål att få ökad förståelse bidrar långa resonemang där vi får höra tanketrådar läggas ut och analyseras, till den helhetsbild vi ville ha av våra intervjupersoner. På så sätt menar vi också att vårt metodval, i en vidare mening av begreppet, ökar validiteten i vårt arbete än om vi exempelvis skulle utfört mer strukturerade intervjuer. Vi har dessutom försökt att vara så transparenta som möjligt angående hur vi samlat in och kategoriserat vårt material vilket ökat validiteten i kvalitativa studier.

#### **4.7 Etiska överväganden**

Vi använde oss i vår studie av vetenskapsrådets fyra etiska huvudlinjer (Vetenskapsrådet, 2002) som riktlinjer för vår studie. Vi utförde vår studie i samklang med rådets så kallade nyttjandekrav, där materialet vi samlat in under studien endast använts i studiens syfte och inte på andra sätt. När det gäller samtyckeskravet och informationskravet, gick vi så tillväga att vi tydligt informerade om studiens syfte såväl som vilka rättigheter intervjupersonerna har före och under studiens gång. Efter att vi fått klartecken om deltagande skickade vi ett mejl med ett informationsbrev (se Bilaga 1) och ett samtyckesbrev (se Bilaga 2) bifogat så att intervjupersonerna skulle ha tid att läsa igenom innan intervjutillfället, då vi också hade med oss informationsbrev och samtyckesbrev. Vi gick genom studiens syfte och vilka rättigheter de som intervjupersoner har under och efter intervjun vid intervjutillfället. När det gäller konfidentialitetskravet kom vi fram till att vi helst går ut med vilka organisationer det är som deltar i studien, detta då brukarorganisationerna vi intervjuat är offentliga aktörer med möjlighet att påverka den narkotikapolitiska debatten. Detta godtog alla våra intervjupersoner. För att trygga våra intervjupersoner informerade vi dem om att konfidentialitetskravet istället skulle omfatta dem som personer. Våra intervjupersoner framhöll inte att de ville delta anonymt, vissa har rätt ut sagt att de tyckte att det kändes onödigt och att det inte behövdes, men vi valde ändå att använda oss av anonyma intervjupersoner. Detta tjänade också studiens syfte då vi främst var intresserade av brukarorganisationers ståndpunkter där intervjupersonernas personliga tankar inte stod i huvudfokus.

## 5. Resultat och analys

Det övergripande syftet med denna studie är att undersöka hur brukarorganisationer upplever narkotikapolitiken och narkomanvården i Göteborg. I detta kapitel redovisar vi våra resultat. Vi har delat upp kapitlet i tre huvudrubriker (“Brukarnas verkligheter i Göteborg: situationen idag”, “Visionen om framtidens Göteborg” och “Brukarorganisationernas upplevelser av brukarinflytande”) utifrån våra tre frågeställningarna med underrubriker som belyser olika teman som framträder under vår analys. Först kommer dock en beskrivning av de olika brukarorganisationer som har medverkat i studien och vi ger en kort sammanfattning av deras framväxt och grundvärderingar. Vi kommer dock inte belysa deras ståndpunkter i olika narkotikarelaterade frågor i kartläggningen, utan hänvisar då vidare till resultatdelen där dessa utgör föremål för analys.

### 5.1 Studiens brukarorganisationer

*RFHL - Riksförbundet för rättigheter, frigörelse, hälsa och likabehandling* var den första svenska brukarföreningen med narkotikarelaterade frågor som startades, år 1965, av Frank Hirschfeldt. Organisationen var den främst till för personer med problematisk användning av läkemedel och narkotika. De ville få bort synen på människor som hjälpbehövande och valde istället att lyfta fram begreppen rättigheter, hälsa, rätten till likabehandling samt möjligheten att själv styra över den egna tillvaron och få en möjlighet till egenmakt. RFHL startade sin första förening i Stockholm, men det dröjde inte länge innan de växte fram i Göteborg och senare även i andra städer. Idag finns RFHL i 27 städer i Sverige. De har en tidning som ges ut fyra gånger per år med namnet “Oberoende” där de skildrar hur Sverige tar hand om de grupper som inte tycks platsa i vårt samhälle ([www.rfhl.se](http://www.rfhl.se)).

*KRIS - Kriminellas revansch i samhället beskriver sig själva som* “en kamratförening bestående av före detta kriminella och missbrukare och hjälper människor som frigges från fängelse att hålla sig borta från kriminalitet och droger genom att erbjuda dem ett nytt, hederligt och drogfritt socialt nätverk.” ([www.kris.a.se](http://www.kris.a.se)). Så beskrivs KRIS av förbundsordföranden samt en av grundarna för föreningen - Christer Karlsson. KRIS startade år 1997 i Stockholm och har som främsta mål att, som citatet belyser, att främja kriminellas väg tillbaka i samhället. De har fyra ståndpunkter i sin grundtro hederlighet, drogfrihet, kamratskap och solidaritet. KRIS vann pris under Almedalsveckan år 2011 för rapporten “Statligt knark är också knark”. De är aktiva i 18 städer i Sverige och ger ut en tidning med namnet “Vägen ut” fyra gånger per år. KRIS är också en social aktör som bedriver verksamheter betalda av offentliga sektorn, exempelvis boende- och ungdomsverksamhet (ibid.).

*SBF - Svenska brukarföreningen* startade år 2002 i Stockholm av ett antal personer med anknytning till substitutionsbehandling. Ansiktet utåt för Svenska brukarföreningen är Berne Stålenkrantz som även är en av utav grundarna. De har en inriktning och ett fokus utifrån opiatanvändares perspektiv på skadereducerande metoder och är den enda brukarorganisationen i Sverige som representerar personer i aktivt narkotikamissbruk, oavsett preparat. De är aktiva i 9 städer i Sverige men har representanter i 16 städer i landet. Svenska brukarföreningen bedriver arbete för människor som använder narkotika i form av stöd, hjälp med överklagande av beslut, anmälningar, få påbörja substitutionsbehandling samt belyser patienträttigheter

([www.svenskabrukarforeningen.se](http://www.svenskabrukarforeningen.se)). Svenska brukarföreningen bedriver även ett projekt med titeln "Live or Die" där arbete och prevention för sjukdomen Hepatit C upplyses ([www.hepatitportalen.se](http://www.hepatitportalen.se)).

## **5.2 Brukarnas verkligheter i Göteborg: situationen idag**

Under detta avsnitt presenteras studiens brukarorganisationers åsikter kring den svenska narkotikapolitiken samt vad de tycker om situationen idag; gällande hanteringen av narkotikaproblematiken, i landet och Göteborg. Avsnittet är uppdelat i två underteman: "Den svenska narkotikapolitiken och dess konsekvenser", samt "Narkomanvården i Göteborg".

### ***5.2.1 Den svenska narkotikapolitiken och dess konsekvenser***

Studiens brukarorganisationer positionerar sig olika i den narkotikapolitiska debatten. RFHL och SBF lutar åt samma ställning i debatten, vilket illustreras genom följande citat:

Det finns en väldigt inskränkt syn i det här landet. Sverige tycker att vi är de absolut bästa på det här området. Och det är helt... glöm det liksom. Om det någonsin har stämt så stämmer det absolut inte nu. (RFHL)

Citatet visar RFHL:s ståndpunkt och det framträder tydligt att de inte samtycker med hur den rådande narkotikasituationen hanteras i Sverige. RFHL menar att Sverige överlag har en insnävad syn. RFHL:s ställning är inte i linje med landets narkotikapolitik. Vi ser att RFHL hävdar sin position och gör anspråk för sin ställning genom att förklara motståndarnas argument som ensidiga och trångsynta. Vidare kan vi se att RFHL upplever att svensk narkotikapolitik vilar på en nationalistisk grund, RFHL menar att förespråkare för den svenska narkotikapolitiken inte kan underbygga deras argument och därför lutar sig mot en folklig idé om svensk narkotikapolitik som framgångsrik. Loseke (2003) benämner detta förhållningssätt från förespråkarna av svensk narkotikapolitik som en strategi vilken bygger på kulturella föreställningar. Meuwisse och Swärd (2013) menar att det ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv inte finns självklara sanningar utan de skapas ur sin kontext. Förespråkare för den svenska narkotikapolitiken lyfter fram den som framgångsrik, medan RFHL tydligt förmedlar en bild av att den är misslyckad och att argumentationen saknar reell grund. Utifrån detta kan vi se vikten av att samtliga anspråksgörarens olika verkligheter behöver skildras för att inte vissa perspektiv faller undan.

I citatet nedan illustreras SBF:s syn på Sveriges narkotikapolitik samt hantering av narkotikaproblematiken:

Jag tycker det är sjukt. Det är som att säga till alla en dag att: från och med idag så får ingen i hela Sverige krocka med bilen. Annars får du fängelse! Det är ju fullständigt omöjligt. Och det är likadant här, det är en total omöjlighet att införa nolltolerans mot droger. Det går inte! Så den är inte alls bra här. Den är skit. Det finns bara ett ord och det är skit. (SBF)

Ovan ger SBF sin bild av situationen som illustreras genom en metafor. De beskriver att strävan efter ett drogfritt samhälle med nolltolerans är som att säga att man inte får krocka med bilen. SBF menar att det är omöjligt att inte tillåta att folk krockar med sina fordon, likaså är det omänskligt att förbjuda människor från att misslyckas med att leva ett drogfritt liv. Detta kan analyseras ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv (Meuwisse & Swärd, 2013) där bilkrocker ses med blidare ögon än eventuella återfall till missbruk, trots att de båda kan ge likartade konsekvenser såsom dödsfall. Bilkrocker, menar SBF, uppfattas som olyckshändelser medan missbruk uppfattas som ett socialt problem av allmänheten, där individen bör ta ansvar för sin egna problematik. Vi ser utifrån detta perspektiv att personer med missbruksproblematik inte har tolkningsföreträde över problemformuleringen. I och med att utomstående tolkar problematiken med missbruk menar vi att personer med missbruk förlorar påverkansmakt över situationen och stigmatiseras därmed ytterligare.

Två av studiens brukarorganisationer är emot den svenska ställningen i narkotikadebatten. Varför får inte RFHL:s och SBF:s anspråk publikens förtroende och röster? Loseke (2003) menar att alla anspråk inte går hem hos publiken, vilket kan bero på olika föreställningar som finns hos denna. Även Meuwisse och Swärd (2013) beskriver att sanningar stärks om förespråkarna har tolkningsföreträde. Utifrån detta kan man förstå det som att både RFHL och SBF saknar publikens förtroende, eftersom det finns föreställningar om verkligheten hos publiken som är i linje med den förda restriktiva politiken, samt att det finns andra företrädare som har tolkningsföreträde.

KRIS däremot, har en annan ställning i frågan om svensk narkotikapolitik:

Ja jag är för den, jajamän! (KRIS)

I citatet ovan svarar KRIS kortfattat på frågan om deras ställning i den svenska narkotikapolitiken. De är för den. Dock förekommer det ingen vidare argumentation angående varför de tycker som de gör. Enligt Losekes (2003) resonemang är KRIS eniga med landets narkotikapolitik, och har därmed redan viktiga delar av publikens röster och förtroende. Loseke (ibid.) beskriver så kallad *länkning*, det vill säga att anspråksgörare länkar samman sin problembeskrivning med ett liknande problem, som fått bättre lösningar enligt anspråksgöraren. Citatet visar hur KRIS länkar ihop sina anspråk med den svenska narkotikapolitiken och kan därmed luta sig tillbaka och referera till politiken som svar i sitt anspråk och därmed vinna publik. I detta skede blir KRIS:s verklighet och sanning mer betrodd än RFHL:s och SBF:s. KRIS har i detta läge tolkningsföreträde då de argumenterar i samråd med politiken vilka är de huvudsakliga anspråksgörarna. Vi ifrågasätter dock huruvida KRIS:s anspråk hade haft samma "status" om dessa inte varit i linje med den folkliga uppfattningen om narkotikapolitiken. Med Börjesson och Karlssons (2011) resonemang i bakhuvudet funderar vi även över om det kan förhålla sig så KRIS blir välvilligt inställda till Göteborgs politiker eftersom de mottar uppdrag av Göteborgs stad. Börjesson och Karlsson (ibid.) menar att serviceorganisationer, organisationer som åtminstone delvis finansieras av offentliga uppdragsgivare, blir mindre kritiskt inställda till uppdragsgivare.



RFHL och SBF behöver till skillnad från KRIS ständigt hävda sitt anspråk. De menar att den restriktiva inställningen till Harm Reduction i Göteborg är en inhemsk följd av såväl missbrukskulturer som politiken i staden, den så kallade "Göteborgsandan".

Jag har pratat med folk som varit heroinmissbrukare i många år och de har åkt på stryk i Göteborg för att de varit heroinberoende. Det har funnits en stark kultur, att Göteborg är en knegarstad; "riktiga knegare använder bara amfetamin, heroinister är några jävla glassare, konstnärstyper, dom ska fan inte vara här" och jag tror att det som kallas för Göteborgsandan, är så stark att jag vet inte hur den skulle kunna ändras. De säger att; vi har bara amfetaminister i vår stad. Det är ju inte sant, köerna här är ju långa som satan till underhållsbehandling och folk dör i köerna men det låtsas man inte om. (RFHL)

Göteborg har alltid varit en amfetaminstad. Det finns en naturlig förklaring för det här i början, och det är att de är amfetaminmissbrukare. En amfetaminmissbrukare och en opiatmissbrukare, det går inte ihop. Det har alltid varit så att pundare ser ner på opiatmissbrukare. (SBF)

I den så kallade "Göteborgsandan" ingår en bild av situationen där det inte finns många heroinmissbrukare i staden, enligt RFHL. De menar att det finns heroinister och att de dör i väntan på vård. SBF är inne på samma linje och menar att Göteborg är en amfetaminstad och att personer med amfetaminmissbruk ser ner på personer med heroinmissbruk, varför dessa två grupper inte går ihop. Meuwisse och Swärd (2013) beskriver att olika samhällsgrupper har olika verklighetsbilder och prioriteringsområden. Enligt RFHL och SBF upplever personer med heroinmissbruk att de är extra utsatta i Göteborg då de upplever att stadens verklighetsuppfattning inte skildrar personer med opiatmissbruks faktiska situation eller existens, vilket kan kopplas till det Meuwisse och Swärds (ibid.) resonemang. "Göteborgsandan" menar vi är en tydlig konsekvens av den sociala konstruktionen av bilden på personer med opiatmissbruk i Göteborg och den ger i sig vidare konsekvenser (ibid.). Enligt SBF har opiater en särställning bland droger, där de ses som den "tyngsta" och "värsta", förknippad med elände och död. Såväl inom missbrukshierarkin som i samhället i stort verkar personer med opiatmissbruk stå långt ner i publikhierarkin (Loseke, 2003). Detta fenomen yttrar sig, enligt RFHL och SBF, tydligare i Göteborg och de menar att stigmatisering av personer med opiatmissbruk kan vara en förklaring till varför Göteborgs stad avstår från skadereducerande insatser. Utifrån Meuwisse och Swärds (2013) perspektiv kan vi i denna situation se hur den dominerande verklighetsuppfattningen ger konkreta konsekvenser för de personer som utesluts, exempelvis genom nerstängning av opiatavgiftningen i Göteborg. I och med att deras anspråk bland annat rör situationer inom sjukvård, frågor som är kraftigt reglerade och styrda, är det svårt för SBF att bedriva egen verksamhet inom området och de förblir därför en kritisk röstorganisation (Börjesson & Karlsson, 2011).

Jag tycker det är konstigt med att man stängt ner opiatavgiftningen här i Göteborg. Det fanns en avdelning här i Göteborg som tog emot tio patienter för dygnet runt vård, för opiatmissbrukare: avgiftning och inställning på Metadon och Subutex. Sen bara bestämde man sig för att

det ska inte finnas längre. Det är ju en klar signal på hur man ser på opiatmissbrukare i Göteborg. Hade man sett det annorlunda så hade man ju gjort tvärtom istället och ökat upp antalet platser istället för att bara klippa ner det. Det kommer gå åt pipan. (SBF)

En annan aspekt är att KRIS inte nämner diskussionen om nedläggningen av avdelning 369, vilket SBF belyser under intervjun. Detta kan vi analysera med Losekes (2003) begrepp av *subjektiva värderingar* och *objektiva intressen*. Vi ser att SBF gör anspråk utifrån objektiva intressen, där deras egna intressen är i fokus. Det går att förklara deras anspråk även utifrån subjektiva värderingar, som grundar sig i hur saker och ting borde vara. De subjektiva värderingarna beror på vilken verklighet man lever i och vilka sanningar man utgår från (Meuwisse & Swärd, 2013). SBF har en uppfattning av verkligheten som verkar skilja sig från RFHL:s och KRIS:s, då diskussionen angående nedläggningen av avdelning 369 inte tas upp av dessa två organisationer.

Trots att mycket skiljer brukarorganisationerna åt finns det en gemensam åsikt hos studiens brukarorganisationer angående hur personer med missbruks- och beroendeproblematik blir bemötta och hjälpta av samhället. SBF beskriver nedan om sina erfarenheter:

Men det märker man redan nu när man går till läkaren, så fort de får veta att man har varit missbrukare så är det en helt annan femma. Då blir de otrevliga, ser ner på en och så. (SBF)

I citatet beskriver SBF hur de har blivit bemötta, exempelvis i kontakt med läkare, då de har förklarat sin tidigare missbruks- och beroendeproblematik. De menar att när personer får kännedom om att det finns eller har funnits en drogproblematik i deras liv så blir folk ”otrevliga” mot dem och ”ser ner på en”. SBF beskriver här en verklighet som även KRIS upplever:

Direkt från kåken in till arbetsförmedlingen och utan att ha körkort, utbildning eller arbetslivserfarenhet eller någonting. Du är inte attraktiv för arbetsmarknaden eller samhället överhuvudtaget, och du blir stämplad. (KRIS)

KRIS beskriver i citatet om de svårigheter som uppstår för personer som har suttit i fängelse och ska slussas in i samhället. De menar att på grund av sin bakgrund, innehållandes kriminalitet och droger, tas man inte gladeligen emot av samhället. Både SBF och KRIS har en gemensam ställning angående vissa konsekvenser av den svenska narkotikapolitiken, trots att de har olika positioner gentemot den. Studiens brukarorganisationer har utifrån Losekes (2003) perspektiv på hur ett anspråk skapas, grundat olika utgångspunkter, vilket kan placeras in i den *diagnostiska ramen*, den *motiverande ramen* samt den *lösningfokuserade ramen*. Som vi har redogjort för tidigare så har SBF och KRIS olika syn på den diagnostiska ramen, alltså vad som är det faktiska problemet. SBF anser att politiken är ”skit”, och diagnosen är ställd; problemet är Sveriges politik. KRIS å andra sidan ser inte politiken och systemet som

problemet, utan själva drogen, därmed diagnostiseras drogen som problemet. SBF och KRIS har två skilda förklaringar för den diagnostiska ramen. I den motiverande ramen förklaras varför folk bör engagera sig; jo, för att folk blir stämplade och nedtryckta i det svenska samhället och därför bör publiken engagera sig i frågan. Den lösningsfokuserade ramen, alltså hur man bör handskas med problematiken, redogörs det för i avsnittet ”Visionen om framtidens Göteborg”.

RFHL lyfter också fram de konsekvenser som följer från den svenska narkotikapolitiken:

Länder där det finns en mycket mycket större missbruksproblematik och mycket mycket fler människor som missbrukar, där dör det mindre folk. Och då måste man säga att det finns ett fundamentalt fel på det svenska sättet att hantera de frågorna. (RFHL)

RFHL jämför Sverige med andra länder som har större missbruks- och beroendeproblematik och menar att trots detta så är dödligheten högre i Sverige. RFHL använder sig av länkning (Loseke, 2003) för att stärka sina anspråk, genom att länka ihop sin argumentation med andra länders narkotikapolitik, som enligt RFHL har lyckats bättre än Sverige. I RFHL:s anspråksgörande identifieras även ett problem i den diagnostiska ramen (ibid.). Likt SBF anser RFHL att systemet och den svenska narkotikapolitiken är problemet i sig. I den motiverande ramen förklarar RFHL att folk dör på grund av brist på vårdinsatser. Likt både SBF och KRIS finns det en gemensam faktor inom denna ram, nämligen att människor får konsekvenser såsom kränkningar, stämplingar och ökad dödlighet. Vi ser att SBF och RFHL problematiseras samma sak, till skillnad mot KRIS som identifierar en annan faktor som problem. Den *motiverande ramen* ser dock lika ut för brukarorganisationerna. RFHL, SBF och KRIS visar på en samkörd argumentation och menar att synen på människor med missbruks- och beroendeproblematik borde ses över och förbättras. En reflektion angående detta är att brukarorganisationerna till viss del delar en verklighetsbild, denna är dock inte den tongivande i deras anspråk. Det är för oss tydligt att deras verkligheter står långt ifrån varandra i dagsläget då de främst fokuserar på den diagnostiska ramen, vad som är problemet, och den lösningsfokuserade ramen (ibid.). Kanske hade de kunnat närma sig varandra och föra fram en gemensam bild av verkligheten kring stigmatisering om de valde att ha denna fråga som huvudfokus. Möjligtvis hade brukarorganisationerna haft större framgångar om de framförde samma anspråk i den diagnostiska ramen och därmed lyckas bekämpa stigmatisering. Detta i synnerhet då Kristiansen (2009) lyfter fram stigmatisering som den främsta orsaken till att brukare inom missbruksområdet ofta missgynnas. Vi kan utifrån detta resonemang utgå ifrån att mindre stigmatisering hade öppnat fler dörrar vilket kan vara positivt.

### **5.2.2 Narkomanvården i Göteborg**

I detta avsnitt redogör vi för brukarrepresentanternas allmänna tankar om dagens situation gällande narkomanvården i Sverige och Göteborg. Vi börjar med RFHL:

Det har skett ett stort paradigmskifte i Sverige. På 70- till 80- talet så var det socialarbetare som jagade narkomaner; ska ni inte ha hjälp, ska ni inte ha hjälp? Nuförtiden så är det narkomanerna som jagar socialarbetarna för att få hjälp och den här utvecklingen har inte på något sätt förbättrats utan tvärtom försämrats. (RFHL)

RFHL menar att det har skett en förändring i Sveriges narkomanvård. Tidigare fick personer med missbruks- och beroendeproblematik mer hjälp, som RFHL liknar vid att de blev jagade av hjälp. Numera är det tvärtom; de hjälpsökande måste jaga hjälp. RFHL:s beskrivning av detta står i linje med vad tidigare forskning visat. Kristiansen och Svensson (2004) förklarar till exempel att den svenska narkomanvården har gått från att vara offensiv, där alla hjälpsökande fick vård, till att bli defensiv, där de omotiverade brukarna hålls utanför vården. Meuwisse och Swärds (2013) resonemang om att samhället och det sociala arbetet är dynamiskt, kan förklara det som RFHL illustrerar i citatet. När det sociala arbetet förändras, förändras även dess utmaningar och förutsättningar. Börjesson och Karlsson (2011) menar att brukare har fått en annan roll under det senaste decenniet, från att vara passiv och hjälpbehövande som brukare, förväntas man nu oftare som brukare vilja delta aktivt i sin behandling. Här ser vi ett samband och kan utifrån Börjesson och Karlssons (ibid.) resonemang förklara RFHL:s samt Kristiansens och Svensson (2004) påståenden om den mer defensiva narkomanvården. Att brukare förväntas vara mer motiverade till behandling leder enligt oss till att de ställs högre krav på dem. Detta menar vi kan resultera i att vissa brukare, de "passiva", faller bort i och med den mer defensiva narkomanvården.

SBF och RFHL belyser ytterligare en problematik i narkomanvården och säger följande angående skadereducerande insatser:

Det är dyrare att ha oss ute i samhället som missbrukare, än att ha oss i substitutionsvården, det är väl det som sticker. Vi kostar pengar när vi har varit missbrukare och vi kostar fruktansvärda pengar för det vi har ställt till med på alla plan så. Inte nog med att vi får hjälp då utan då kostar vi också pengar. Det tror jag sticker i ögonen på folk, att vår vård kostar pengar. Men om man fungerar i substitutionsvård då är det inte många kronor om dagen. Det tror jag inte folk har förstått. Man hade nog inte levt idag om man inte hade fått den hjälpen. Med största sannolikhet hade man varit död. (SBF)

Nu börjar folk... Hepatit C utvecklas till skrumplever efter 25 till 30 år. Och nu börjar de 25 till 30 åren ha gått för många som började på 70-talet. Vi ser att jättemycket folk i RFHL håller på att dö nu av skrumplever och hela det köret. Med sprutor [sprututbytesprogram] hade man ju kunnat förhindra att detta sker. (RFHL)

Första citatet visar vad SBF tycker om substitutionsvård - de menar att det är något gynnsamt för både samhället och individen. SBF och RFHL beskriver situationen utifrån *egna erfarenheter*, (Loseke, 2003). I citatet gör SBF anspråk för substitutionsbehandling genom att lyfta fram förståelse för omvärldens verklighet, samt genom att förklara den verklighet som de själva upplever. SBF menar att omvärlden ser brukarnas verklighet utifrån ett ekonomiskt perspektiv, där personer

med missbruksproblematik kostar pengar, både innan, under och efter att de har fått behandling. Utifrån SBF:s egen verklighetsbild ser de hur människor är vid liv idag, vilket de antagligen inte hade varit utan substitutionsvården. Vi ser att SBF förklarar och visar en förståelse för att det finns olika verkligheter och sanningar angående diskussionen om substitutionsbehandling vilket går att se ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv (ibid.). RFHL en beskrivning av den nuvarande situationen som att alltmer folk avlider i deras organisation på grund av sjukdomen Hepatit C, en blodburen virussjukdom, vanlig hos injektionsmissbrukare. RFHL gör i detta citat anspråk för vikten av sprututbytesprogram genom att, i den motiverande ramen, ange att sprututbytesprogram kan minska spridningen av Hepatit C och därmed hindra att folk dör (ibid.). RFHL använder sig av argument om att folk dör för att få publiken att välja deras sida. De båda organisationerna gör således anspråk genom att tala om dödsfall, något som berör publiken känslomässigt. Denna strategi har inte lyckats fullt ut vilken kanske kan kopplas till *antalet perspektiv publiken orkar bära* (ibid.). Utifrån Losekes (ibid.) begreppsapparat funderar vi på om den *populära föreställningen* om att narkotika behöver bekämpas med alla medel hindrar den aspekt RFHL och SBF tar upp från att få genomslagskraft. Tycker publiken att det känns fel principiellt att dela ut rena sprutor till personer med missbruksproblematik kanske deras förmåga till medlidande blockeras. Det går även att fundera över om det finns ett samband mellan publikens döva öra och personer med missbruksproblematiks låga ställning i den *samhälleliga hierarkin* (ibid.). Kristiansen (2009) jämför framgångar för brukare i konkreta insatser mellan personer med missbruk och funktionshinder, där han tydligt lyfter fram att brukare inom funktionshinderområdet har en större framgång. Applicerar vi en likartad situation som RFHL och SBF beskriver, där en utebliven insats leder till dödsfall, på en annan samhällsgrupp menar vi att utfallet kanske sett annorlunda ut.

KRIS har en annan syn på skadereducerande insatser och dess följder.

Om någon blir utsparkad från substitutionsprogrammet och tar överdos och dör, då skyller man på systemet [substitutionsprogrammets regler]. Men det är ju fler människor som dör av Metadon- och Subutexöverdoser än heroinöverdoser, så är det. (KRIS)

Citatet visar KRIS:s ställning i frågan om substitutionsprogram och menar att människor överdoserar och dör i högre grad, av den medicinen som skrivs ut. Detta då dödligheten enligt dem är högre bland den grupp som endast missbrukar heroin. De menar vidare att det finns ett samband i att individer överdoserar när de blir avstängda från substitutionsprogram och de svarta medicinerna som de menar, florerar på stadens gator. De menar dock att substitutionsprogrammets restriktiva regler är fungerande, de ser substitutionsmedicinerna Subutex och Metadon som problemet. De använder denna argumentation inom den motiverande ramen och menar att man ska dra ner på substitutionsprogram för att minska överdoserna (Loseke, 2003). Substitutionsprogram finns i viss utsträckning i Sverige, och även i Göteborg, vilket betyder att hela publiken inte har "köpt" KRIS:s anspråk gällande denna vårdform. Det handla om att publiken har upplever att KRIS inte erkänner komplexiteten i problematiken (ibid.).

Ett ämne som behandlas genomgående av intervjupersonerna är diskussionen om substitutionsprogram som vårdform, inte minst debatten om den svarta marknaden

inom substitutionsvården, det så kallade ”läckaget”, det vill säga en illegal försäljning av läkemedel som används vid abstinensbehandling samt inom substitutionsvård. Det har spridits antaganden om att personer inom substitutionsprogrammen är orsaken till detta läckage av läkemedel, vilket lett till att kontrollen över personer inom substitutionsvården har stärkts (i form av exempelvis tätare hämtning av mediciner samt att drogtester utförs allt oftare). Intervjupersonernas ställning i denna debatt ser olika ut och de har olika infallsvinklar angående vad problematiken kan bero på, varför den har uppstått, vilka som skapar utbudet samt vilka som köper.

Men vilka är det som säljer och köper? Det är metadonpatienter som säljer till patienter som blivit utslängda eller står i kö och inte kommit in på behandling. Det är alltså en massa proppar, systemet i sig skapar en svart marknad. (RFHL)

RFHL menar att läkemedlen säljs av personer som går på substitutionsprogram och får dessa utskrivna av läkare. Vår intervjuperson menar vidare att dessa personer säljer vidare läkemedlet till personer som har ett behov av medicinering, nämligen personer som har blivit utskrivna från substitutionsprogram, eller personer som står i kö till att påbörja en sådan behandling. Utifrån Losekes (2003) diagnostiska ram så menar RFHL att problemet inte handlar om själva läckaget, utan snarare om systemet, då fenomenet läckage har uppstått på grund av brister i systemet i form av platsbrist. Kristiansen och Svensson (2004) förklarar i en studie att läckagets förekomst bland annat beror på brister i den svenska narkomanvården och de långa väntetiderna. De menar att personer som handlar på den svarta marknaden gör det för att kunna tända av under väntetiden för substitutionsvård. Detta är i linje med det RFHL menar, det vill säga att det är systemet som är problemet samt att efterfrågan främst kommer från personer som väntar på vård. De lyfter aldrig fram läckaget som ett problem, utan ser läckaget som en konsekvens av problemet med för få platser i behandlingsprogrammen.

I citatet nedan ger KRIS en annan problemidentifiering vad gäller ”läckaget”.

Poliser och tullen säger att de inte beslagtar mycket sådant [metadon], då tyder det på att det inte kommer in mycket sånt utan det är inhemskt från sjukhus där missbrukare går programmet. (KRIS)

Här förklarar KRIS att läckaget inte beror på en illegal import, då tullen inte beslagtar sådana icke-receptbelagda läkemedel. De menar att personer inom substitutionsvård är säljare av dessa preparat (liksom RFHL). Både KRIS och RFHL är överens om vilka som står bakom försäljningen i den svarta marknaden. Gällande den diagnostiska ramen (ibid.) menar KRIS dock att läckaget är ett problem i sig, då detta leder till nyrekrytering av personer med missbruksproblem. Vi ser att både KRIS och RFHL använder sig av erfarenhetsbaserad kunskap i sitt anspråkgörande (ibid.). Det kan liknas vid ett försök till att övertala, där ens egna anspråk stärks och bekräftas genom att andras anspråk försämrats och görs mindre trovärdiga.

SBF argumenterar för en annan infallsvinkel där själva problemets existens ifrågasätts.

Med substitutionsvården gör man så stor grej av att det finns ett läckage, det är väl inget att göra så stor grej utav! För det vore jävligt konstigt om

det inte fanns läckage. Det är naturligt, någon läcker någon gång och det finns överallt. (SBF)

I citatet förmildrar SBF problemet i sig, det sker vad vi vill kalla för en *avdiagnostisering* eller en *avidentifiering* av problem. De tre brukarorganisationerna presenterar tre skilda verkligheter och sett att se på läckaget. Detta beror sannolikt på deras olika erfarenhetsbaserade kunskaper (Loseke, 2003). Brukarorganisationer ramar in situationen olika: RFHL ser inte självklart läckaget som problem, utan skyller dess förekomst på systemet och platsbristen, medan KRIS menar utifrån sina erfarenheter att narkotika även i form av medicin leder till missbruk och dödsfall. SBF anser att läckaget inte är något problem utan har förstörats upp på grund av samhällets populära föreställningar angående denna typ av medicin. En anledning till att SBF argumenterar på detta sätt skulle kunna vara deras objektiva intressen i att substitutionsvården förblir (ibid.).

### **5.3 Visionen om framtidens Göteborg**

I detta tema kommer vi att titta närmare på hur brukarorganisationerna vill ha det i framtiden. Vi har delat upp detta avsnitt i två underrubriker utifrån de teman som kom upp under intervjuerna: "Skadereducerande insatser - stjälp eller hjälp?" där det redovisas för hur brukarorganisationerna argumenterar för sin inställning till skadereducering; i "Vård, behandling och straff" redovisas det för olika förhållningssätt i synen på narkotikalagstiftningen och visioner om en annan lagstiftning.

#### **5.3.1 Skadereducerande insatser - stjälp eller hjälp?**

Som framgått i tidigare avsnitt resonerar våra intervjupersoner olika om vilka brister som finns inom narkomanvården. Detta påverkar också vilka lösningar de ser i framtiden.

RFHL är som organisation inriktad på rättigheter och likabehandling, ett av deras fokusområden är exempelvis ojämlikheten som de ser i skillnader i behandling mellan personer med alkohol- och narkotikamissbruk. KRIS berättar att ett stort mål med arbetet de utför syftar till att normalisera personer med missbruk till "vanliga" samhällsmedborgare, detta genom att främja exempelvis deltagande på arbetsmarknaden och drogfrihet. KRIS poängterar också vikten av att minska nyrekryteringen genom exempelvis kriminalisering och hårda straff för narkotikabrottslighet såväl som ett motstånd mot skadereducering.

Eftersom vi är så många i organisationen som lever ett produktivt liv i samhället utan någonting och har haft heroinberoende, tablett- och amfetaminmissbruk och har tagit oss ur det, vet vi ju att man kan göra det. (KRIS)

Trots att RFHL är för en utökning av skadereducerande insatser väljer de ofta att lyfta fram vikten av en generell välfärdspolitik för att minska narkotikaproblematiken.

Det bästa sättet att hjälpa folk, det är att hjälpa dem när de vill ha hjälp och att hjälpa dem med det de vill ha hjälp med. En stor del utav vår verksamhet handlar om våra rättighetsbaserade arbeten. Det handlar om att folk skall få hjälp när de söker hjälp. (RFHL)

RFHL menar likt Kristiansen och Svensson (2004) att brukaren själv måste få vara mer delaktig i bestämmandet kring när en behandling ska påbörjas. KRIS lyfter fram ett behov av satsningar på drogfria behandlingar. KRIS:s ovanstående citat kan tolkas som att eftersom deras medlemmar har klarat av vägen till drogfrihet så borde alla kunna göra det, och detta är vägen som borde premieras. Detta skulle kunna ses som en förenkling av problematiken (Loseke, 2003), då drogfrihetsbehandlingar inte tycks fungera för alla. KRIS gör sitt anspråk utifrån egna erfarenheter och utgår därmed endast utifrån sin egen verklighet, där personer med missbruksproblematik stämplas som avvikare (Meuwisse & Swärd, 2013) om de inte kämpar för att gå den drogfria vägen. De två organisationerna gör anspråk på olika sätt då RFHL inte specificerar vilka behandlingar som bör finnas att tillgå, utan menar att det är brukare själva som bör definiera och utforma den hjälp de vill ha. Ett perspektiv som inte passar KRIS då de utesluter exempelvis substitutionsbehandlingar.

SBF berättar att de lägger stor vikt på individers olika förutsättningar för att ändra villkoren för substitutionsbehandling samt utöka satsningar på skadereducering.

Men sen det där med att ha substitutionsvård, att ha de medicinerna, det är inte alla som klarar av det helt enkelt, av olika anledningar. Det kan vara det att man inte har kommit så långt att man är beredd att kliva av behandlingen eller att man vill vara någonstans mittemellan, det finns ju alla olika former. Men det gör ju inte att man behöver substitutionsvården mindre för det, för det finns ju de som hade trillat av annars. (SBF)

SBF har en helt annan inställning än KRIS och menar att även om substitutionsvård inte fungerar för alla, finns det ändå de som inte hade klarat sig utan den och att det är den viktigaste faktorn att ha i beräkning när substitutionsvård diskuteras. Återigen kan vi se hur organisationerna gör anspråk på olika sanningar; medan KRIS lyfter fram de som framgångsrikt klarat av att gå från missbruk till drogfrihet väljer SBF att fokusera på de som enligt dem tvingats gå en "mellanväg" med medicinering (Loseke, 2003).

Ett återkommande ämne under våra intervjuer är skadereducering - ett ämne som är högt omdiskuterat och där våra intervjupersoner har vitt skilda uppfattningar. KRIS är kanske den organisation som sticker ut mest i och med deras ställningstagande mot alla former av skadereducering.

Om en ungdom har fått sprutor och går till en langare så kanske de injicerar något, trots att de aldrig har använt sprutor innan. De som är för sprutbyten säger att det inte finns några bevis för att det är så, men så kommer vi som har levt det livet och vet hur det ser ut och fungerar. (KRIS)

RFHL och SBF ställer sig däremot positiva till denna typ av insatser.

Skadereducering främjar inte nyrekrytering, det bästa sättet att få ner dödligheten och handeln över hela taget är ju att folk kommer in på fungerande program. (RFHL)

Nej jag vet inte varför Göteborg är så emot sådana insatser, om det är för att de tror att man kommer missbruka mer eller vad det är. Men det blir ju inte mer missbruk för det finns sprutbyte, däremot blir det mindre sjukdomar. (SBF)



I citaten ovan ser vi hur intervjupersonerna lyfter fram olika bilder av verkligheten. Vi kan med hjälp av Losekes (2003) begreppsapparat se hur representanten för KRIS använder sig av sin egen erfarenhet för att stärka sitt resonemang kring att skadereducerande insatser främjar nyrekrytering och narkotikamissbruk. Implicit antyder de vidare att de som är för sprutbyten inte har egen erfarenhet eller vet vad de pratar om. Vi kan även fundera över om SBF och RFHL inte försöker påverka sin publik genom att göra en förenkling av problematiken då de egentligen inte kan utesluta att minskade negativa effekter av ett narkotikamissbruk inte skulle leda till mer missbruk. De väljer att lyfta fram personer med ett pågående injektionsmissbruk som därmed riskerar att bli smittade av sjukdomar. Ett perspektiv som KRIS väljer att inte tala om, detta då de inte har några andra lösningar på denna problematik än drogfrihet. Vi ser ett mönster i hur våra brukarorganisationer gör anspråk, RFHL och SBF lyfter genomgående fram personer med pågående missbruks svåra situation och eventuella lösningar för dem. KRIS däremot lägger snarare sitt fokus på att hindra nyrekrytering och när de pratar om situationer rörande personer med pågående missbruk gör de anspråk för den drogfria vägen, vilken de beskriver som "den tuffa men den rätta vägen" (KRIS). Utifrån konsensus- och konfliktperspektivet (Meuwisse & Swärd, 2013) kan vi se att RFHL och SBF väljer att lyfta fram argument som bygger på att en, enligt dem, missgynnad grupp bör få tillgång till "rättmätig" vård i framtiden - en tydlig positionering i konfliktperspektivet där de gör anspråk för samhällets "svaga" och "nedtryckta". KRIS å andra sidan har ett genomgående konsensusperspektiv på framtiden där de vill att personer med missbruk hittar "den rätta vägen" och börjar bidra till samhället genom inordning i systemet (ibid.).

Under intervjun lyfter RFHL fram att de jobbar på flera olika politiska nivåer där narkotikapolitik endast är en mindre del, underordnad de stora välfärdspolitiska frågorna som enligt dem ligger till grund för narkotikamissbruk. Under intervjun med KRIS framkommer en delvis annan bild. KRIS vill visserligen ha ökade resurser och samverkan mellan olika myndigheter, men de myndigheter de framhäver är snarare kriminalvården och Brottsförebyggande rådet än Socialtjänsten och sjukvården. Dessa skilda meningar kan illustreras genom följande två citat:

När det gäller folks öden och hälsa är detta en liten fråga, narkotikapolitiken avgör inte så mycket. Den allmänna generella sociala nedrustningen spelar större roll. Att man inom Socialtjänsten inte har tillräckligt mycket pengar för att använda de resurser som finns, eller att mottagningar inte byggs ut. Sånt har vi börjat syssla med mer än narkotikapolitiken där man inte kommer någon vart." (RFHL)

Vi ska ju bygga upp system och hjälpinsatser där vi inte underlättar för människor att fortsätta sin destruktiva livsstil, vi ska ju försvåra det för dem. Ju svårare det blir desto lättare blir det för de att sluta och svårare för unga människor att välja den vägen. (KRIS)

När SBF lyfter frågan till en mer strukturell nivå väljer de istället att rikta in sig på hur skadereducering kan implementeras i olika nivåer:

Skadereducering på olika plan gör så att en människa inte går sönder lika mycket utav sitt missbruk. Under tiden man försöker hjälpa människan att komma ur sitt missbruk, borde man få tillgång till vård eller vad som helst. Kommer jag tandlös och trasig ur ett missbruk så är det klart jag inte

får jobb. Hade jag haft skadereducering på vägen som hade gjort att jag kanske inte är tandlös och trasig så har jag ju större chans att komma tillbaks i samhället igen. (SBF)

I citaten ovan lyfter våra intervjupersoner fram olika bilder av hur politiken och praktiken bör utvecklas i framtiden. Utifrån de fyra pelarna i narkotikapolitiken (Goldberg, 2000) kan vi se att våra intervjupersoner positionerar sig olika. RFHL lägger vikt vid samtliga fyra stommar, minskad tillgänglighet, minskad nyrekrytering, behandling och skadereducering. KRIS framhäver minskad nyrekrytering och tillgänglighet, tillsammans med möjligheter till god behandling av missbrukare som de stora frågorna att diskutera för minskade skador av narkotika. SBF däremot väljer att nästan uteslutande prata om behandling och skadereducering. Ur teorier kring konsensus- och konfliktperspektivet som Meuwisse och Swärd (2013) beskriver ser vi hur RFHL tydligt positionerar sig i konfliktperspektivet där de ser att personer med narkotikamissbruk idag inte får den vård eller de möjligheter de har rätt till. Vi kan se hur denna position hänger samman med deras bild av hur politiken bör utformas, den minskade nyrekryteringen bör ske med satsningar inom välfärdspolitik. RFHL gör ett anspråk där de vill att publiken ska se orättvisor i samhället som orsak till narkotikaanvändning (Loseke, 2003). KRIS positionerar sig däremot enligt konsensusperspektivet då de vill normalisera missbrukaren snarare än missbruket. Deras syn på de fyra stommarna formas därefter och vad gäller minskad tillgänglighet väljer de att argumentera för att kriminalisering och straff kommer att minska tillgänglighet och nyrekrytering. SBF positionerar sig likt RFHL i konfliktperspektivet då deras anspråk lyder att personer med narkotikamissbruk lider av ett samhälleligt förtryck. De menar vidare att detta förtryck är lika delar orättvist och ett hinder för personer med missbruk att uppnå en bättre livskvalité.

Dessa olika perspektiv och förhållningssätt som vi har redovisat för påverkar också våra intervjupersoners bild av ett önskat framtidsscenario inom narkomanvården.

Målet borde vara att människor ska må bättre, så bra som de kan må, fungera så bra de kan. Vi ska ge människor förutsättningar för att kunna komma tillbaka till ett samhälle och vara en del utav det. Det tycker jag borde vara målet för all beroendevård i Sverige, men det är den inte idag utan tvärtom så är det nolltolerans och sånt. (RFHL)

Livet går ju upp och ner känslomässigt. Ibland är man glad, ledsen, besviken eller deprimerad, men när du går på de här substitutionsmedicinerna så är det en rak linje. Det är ju det drogerna gör, de har ett syfte, att stänga av den berömda halvmeteren mellan hjärna och hjärta. Vi vill ge alla chansen att leva ett drogfritt liv. (KRIS)

I Norge har de ju sprutrum [injektionsrum], jag tycker absolut att det ska finnas här. Och sprutbyten, speciellt i Göteborg för det finns ju inte ens här. I Stockholm och Malmö finns det, men inte här. Sprutbytesprogrammet och sprutrum [injektionsrum], borde vara över hela landet. (SBF)

Vi kan i citatet ovan se hur RFHL genom sitt uttalande gör ett anspråk på att vara en organisation som värnar om människors välmående. KRIS väljer att göra anspråk med en negativ bild av narkotika och konsekvenserna den ger i människor liv och menar

att ett drogfrött liv är ett bättre liv. SBF illustrerar i citatet en bild av att Göteborg har hamnat på efterkälken, samt en bild av orättvisa, då vissa typer av behandlingsprogram inte är tillgängliga beroende på var i landet man bor. Vi kan se att det finns en tydlig skillnad i vad våra intervjupersoner hoppas på inför i framtiden. RFHL och SBF har liknande visioner för staden medan KRIS har en annan målsättning. Det går således inte att tala om *en* brukarröst för framtiden från brukarorganisationer i Göteborg. Istället framträder en bild av en splittrad brukargrupp med olika fraktioner med skilda ideologiska tankesätt (Meuwisse & Swärd, 2013). Vi ser också att brukarorganisationerna inte verkar tala eller lyssna på varandras perspektiv, nämner de en motståndares argument är det en förenkling av deras argument och används oftast som ett retoriskt trick (Loseke, 2003). Våra intervjupersoner är alla fokuserade på att lyfta fram sina egna anspråk med sina perspektiv på problemet, snarare än att försöka nå samförstånd och kompromisser.

### 5.3.2 Vård, behandling och straff

I linje med våra intervjupersoners tidigare resonemang om inställningen till skadereducering, ser vi också stora skillnader i synen på narkotikalagstiftningen. SBF är den brukarorganisation som går längst i synen på behovet av utökad skadereducering. Frågor om utökade behandlingsmöjligheter och kritik mot nedlagda behandlingar i Göteborg är centrala teman i deras svar på våra intervjufrågor. SBF lyfter dock också upp lagstiftning och politik som förs på nationell nivå som betydelsefull även för klimatet i Göteborg.

Avkriminalisera drogmissbruk! Avkriminalisera eget bruk! Man är inte kriminell bara för att man har narkotika i blodet. Jag tycker att marijuana på något vis ska legaliseras. Det finns så många människor som skulle klara av sina sjukdomstillstånd på ett mycket bättre sätt om de fick röka. Det finns det bevis och forskning på, det är skadereducerande i sig om man har vissa sjukdomar, så därför tycker jag att det ska legaliseras. Men det ska naturligtvis legaliseras på ett vettigt sätt, alla ska inte få röka utan de som behöver det för ett medicinskt bruk ska få det. Precis som vi får Metadon eller Subutex, för det är ju också en drog om man nu ska gå in på att man blir beroende och så vidare. (SBF)

Här ser vi hur SBF gör medicinska anspråk för en *utvidgning* (Loseke, 2003) av skadereducering. De lyfter fram forskning som visar att skadereduceringens behandlingar ofta är de mest effektiva och motiverar sin hållning utifrån ett rättighetsperspektiv (Svensson, 2012). De menar att det hör till individens självbestämmanderätt att välja den behandling som passar just en själv, något som går stick i stäv med kriminaliseringen. I citatet ovan ser vi också att SBF försöker suddas ut gränserna mellan medicin och narkotika med sitt anspråk (Loseke, 2003). Deras förhållningssätt bygger på att narkotikan/medicinen i sig inte är särskilt problematisk utan snarare i vilka syften den används. Beroende är heller inte den värsta av färor enligt SBF, det beror enligt dem på vilka alternativ beroendet ställs till. Fysisk och psykisk smärta är exempel på förhållanden som skulle kunna lindras av narkotiska preparat och risken för att utveckla ett beroende bör enligt dem inte överskugga alla positiva följder dessa preparat kan ge. Genomgående lyfter SBF fram behovet av en ändrad politik anpassad efter brukare, men de menar också att det finns ett behov av ett mentalt paradigmskifte i allmänhetens syn på narkotika och missbruk. Publiken (allmänheten, professionella och politiker) måste i framtiden ta hänsyn till fler

perspektiv inom detta område och engagera sig i frågor som rör mer än deras objektiva intressen (ibid.).

KRIS är den organisation som är nöjd med hur lagstiftningen ser ut idag. Det de däremot vill se förändras i framtiden är förekomsten av vad de uppfattar som drogliberala insatser, exempelvis sprutbyten. Deras resonemang i dessa frågor bygger till viss del på en kriminalisering av narkotika och narkotikabruk vilket illustreras i citatet nedan.

Det med sprutbytet begriper jag mig inte på överhuvudtaget och så vidare. Jag förstår inte syftet med det. Att i ena änden säga att det är kriminellt, men här kan du få gå in och ta rena sprutor och använda till amfetamin. Går du ut därifrån och går 50 meter så kan polisen ta dig. (KRIS)

KRIS ifrågasätter således inte en kriminalisering utan har det som en grundstomme i sin hållning. Utifrån Losekes (2003) teori kan vi se hur KRIS i citatet ovan inte förhåller sig till några andra alternativ än kriminalisering av narkotika. Genom att inte ens lyfta fram andra perspektiv i frågan utövar de ett slags *ägande* av problemformuleringen då andra perspektiv sällan lyfts fram i debatten (ibid.). Publiken orkar ofta inte bära alla perspektiv i en fråga, utan fokuserar på en del av problemet, detta för att göra situationen enklare och mer lättförståelig. Att fokusera på den redan inslagna vägen utan att problematisera den kan ses som ett retoriskt knep för att utöva ägande i en viss fråga, speciellt då anspråksgöraren vet att budskapet är lätt för publiken att ta till sig. Att sprida provocerande och förenklade bilder av en sanning kan ge utdelning om man har viktiga delar av publiken bakom sig (ibid.).

Nedan kommer ännu ett citat angående KRIS:s ställning i frågan om substitutionsvård.

Det är som jag brukar säga: om du går till substitutionsställen och sen går du upp till Järntorget en fin dag, så ser du hur folk går från substitutionsställen för att gå och sätta sig utanför Systemet [Systembolaget]. Okej, behöver de medicin för att klara av det? Då kan de lika gärna gå upp och sätta sig med en gång, varför ska de ha medicin för att klara av det? (KRIS)

KRIS fortsätter här i citatet att förenkla den komplexa situationen som ibland uppstår vid beroendebehandling och substitutionsmedicinering, genom att dra slutsatser om vilka insatser människor i substitutionsbehandling bidrar till samhället med. Det ligger i deras grundtanke att narkotika per definition fördärvar människor och att det därmed är oförenligt att gå på substitutionsbehandling och samtidigt vara en produktiv samhällsmedborgare. Det blir för oss tydligt i citatet att KRIS vill se ett framtida drogfritt Göteborg. I citatet ger KRIS en bild av människor i substitutionsbehandling som passiviserade drogmissbrukare. Vilka konsekvenser detta ger för personer med ett pågående narkotikamissbruk är dock något de inte lyfter fram eller reflekterar över. De fokuserar istället sitt anspråk på att definiera människor i substitutionsvård som avvikare och därmed även på vikten av att alla hittar den, enligt KRIS, rätta vägen (Meuwisse & Swärd, 2013). Detta anspråk menar vi kan vara lätt för publiken att ta till sig då den folkliga synen på personer med missbruks problematik är av dömande karaktär (Kristiansen, 2009). Vi menar vidare att populära föreställningar

(Loseke, 2003) om personer med missbruksproblem samt det folkliga stödet för nolltoleransen i narkotikapolitiken är bidragande faktorer till detta.

RFHL har en helt annan hållning och menar att kriminalisering av narkotikabruk är ett stort problem för människor i behov av behandling. De lyfter fram vad de kallar "dubbelmoralen" i att straffa människor som har en sjukdomsbild och därmed behöver behandling. Framförallt kopplar de dock kriminalisering av eget narkotikabruk till stigmatisering och en orättvis behandling av personer med missbruksproblematik i sjukvårdssystemet.

Många av problemen bygger på kriminaliseringen och nolltoleransen. Sverige ska inte vara ett narkotikafritt samhälle, det ska vara ett samhälle där det används så lite narkotika som möjligt. Precis som att alkoholpolitiken strävar efter att det ska konsumeras så lite alkohol som möjligt. Resultatet av det skulle bli en helt annan situation, man skulle kanske kunna bedriva missbruksvård som man bedriver annan vård. Där man inte skrivs ut från behandling när man behöver det, där man kan byta mottagning om man inte trivs. Jag tror att det skulle ske en önskvärd normalisering och där skulle en del av stigmatiseringen försvinna.  
(RFHL)

Avkriminalisering av eget bruk är alltså en viktig framtidsvision för RFHL som menar att det är bisarrt att kriminalisera ett sjukdomsbeteende. De använder sig av så kallad *länkning* när de visar på skiljelinjer i alkoholpolitik och narkotikapolitik, och hävdar att skillnaden behöver göras mindre (Loseke, 2003). De menar vidare att politiker måste förhålla sig till det faktum att det konsumeras narkotika och kommer så att göra framöver. Anspråket RFHL gör är att det är svårt att bekämpa narkotikan med hjälp av hårdare kontroll av människor med missbruksproblematik. Likt Kristiansen och Svensson (2004) menar RFHL att vägen ur ett missbruk underlättas av trygghet, meningsfullhet och värdighet. RFHL menar att den svenska och göteborgska narkotikapolitiken är en politik som snarare straffar och förbjuder än vårdar och behandlar. Konsekvenserna av denna politik rimmar enligt RFHL illa med tankar kring trygghet, meningsfullhet och värdighet då citatet "att jagas av polisen" sällan känns tryggt, meningsfullt eller värdigt. RFHL:s anspråk riktar sig genomgående på att hänvisa till vad de anser vara bäst för personer med pågående missbruksproblematik. RFHL vill att vi ska se på den här problematiken utifrån deras glasögon, där bland annat utökade rättigheter och minskad social kontroll av personer med missbruksproblematik behöver utökas i framtiden.

Våra brukarorganisationer har som vi visat olika visioner för framtiden. Som visats i stycket ovan är RFHL och SBF för en avkriminalisering av narkotikabruk, något som KRIS ställer sig tvärt emot. Vi ser de skilda perspektiven bland våra brukarorganisationer representeras inom den svenska narkotikapolitiken, där stat och kommun agerar dubbelt, exempelvis genom erbjudande av olika typer av skadereducerande insatser i kontrast med lagstiftning som förbjuder narkotikabruk. Vi ser dessa förhållningssätt som klara motpoler till varandra som idag försöker integrera. Vi ser att det finns en vision i samhället om nolltolerans men det har även tillkommit skadereducerande insatser. Skadereducerande insatser implementeras i vården men många av dess positiva effekter uteblir då det övergripande målet i allra högsta grad är en nolltolerans. Ett exempel på detta kan vara hur SBF beskriver den strikta kontrollen i substitutionsvården. Det sker en kompromisslösning där ingen av

de två filosofierna fulländas vilket vi ser som ett problem då de strävar mot två vitt skilda visioner. Där emellan sitter brukarna fast och kämpar för att få sina röster hörda i en konflikt där de pratas om dem men inte med dem, som de själva beskriver det i följande avsnitt.

## 5.4 Brukarorganisationernas upplevelser av brukarinflytande

I de tidigare delarna presenterar vi våra intervjupersoners upplevelser av situationen, samt vad de har för framtidsvisioner. Detta för oss vidare till frågan: upplever brukarna att de kan påverka den nuvarande narkotikapolitiken och narkomanvården samt förverkliga sina visioner? Upplever brukarna att deras röster blir hörda? Detta avsnitt är tematiserat utifrån följande rubriker; "Ensam är stark, eller?" och "Brukarinflytande, bara fint på pappret?".

### 5.4.1 *Ensam är stark, eller?*

Intervjupersonerna lyfter fram brukarorganisationers betydelse utifrån olika aspekter. Något som samtliga brukarorganisationer betonar är att man som enskild brukare upplever en gemenskap inom organisationen. KRIS uttrycker exempelvis följande: "Ensamheten är din största fiende. Då har man den möjligheten att komma hit och ta del av den verksamheten vi har och hitta en gemenskap.". I linje med Börjeson och Karlsson (2011) menar brukarorganisationerna att gemenskap kan leda till att enskilda brukare upplever en förstärkt position gentemot andra aktörer såsom professionella och politiker. Intervjupersonerna betonar att de upplever ett större inflytande och mer makt att påverka med en brukarorganisation bakom sig. RFHL menar i följande citat att brukare inom missbruks- och beroendområdet är en grupp som av olika anledningar är extra utsatta för en maktlöshet gentemot andra starka anspråksgörare.

Vi diskuterar oerhört mycket makt i RFHL, just för att otroligt många utav våra medlems- och målgrupper är så maktlösa. 12-stepsprogrammet brukar säga att man är maktlös inför drogen och ja det är man, men man är nästan ännu mer maktlös inför de professionella. Man är helt utlämnad och har inga rättigheter alls i mötet med dem. Och det där med rättigheter och möjligheter, att se att man kan använda dem, sina rättigheter, det har blivit något utav kärnan i RFHL:s verksamhet. (RFHL)

RFHL illustrerar i citatet de diskussioner man inom organisationen för gällande frågor där man som enskild brukare kan få stöd och insikt i vilka rättigheter och skyldigheter som finns. Den enskilde brukaren stärks i möte med andra anspråksgörare då brukaren inte blir ensam anspråksgörare, utan lutar anspråken på RFHL som organisation och får därmed mer trovärdighet och hamnar högre upp i den samhälleliga hierarkin (Loseke, 2003). Ytterligare något som kan tolkas ur RFHL:s och även KRIS:s citat är att brukarna i organisationen "förstärker" varandra på olika sätt, som Börjeson och Karlsson (2011) benämner det. Till exempel görs detta genom att det förs diskussioner, inom organisationen, om hur brukare kan påverka samt varför de borde göra det. Där sker det ett kunskapsutbyte och därmed ökar medlemmarnas kunskaper. Utan kunskap blir det svårare att påverka för brukarna ur flera aspekter. Loseke (2003) skriver om hur anspråksgörare kan förenkla problemens komplexitet för att vinna publiken. Uppfattar publiken denna förenkling av verkligheten kan anspråksgörarna dock komma att uppfattas som oseriösa och därför inte tas på allvar. Utifrån detta resonemang funderar vi över huruvida brukare omedvetet kan komma att

förenkla problem, ifall de saknar relevant kunskap, och därmed inte få sina anspråk hörda. Med denna utgångspunkt kan vi se vikten av brukarorganisationernas förstärkning av enskilda brukare i form av kunskapsutbyte.

Att brukare upplever ett större inflytande genom gemenskapen i en brukarorganisation kan även förklaras utifrån Börjeson och Karlsson (2011) som menar att brukarorganisationer kan göra motmakt på ett annat sätt än enskilda brukare kan göra. Börjeson och Karlsson (ibid.) menar att brukarorganisationer kan komma med krav till skillnad från enskilda brukare som oftare kommer med önskemål. Detta är något som KRIS tar upp och de säger att "är man med i en brukarorganisation så blir det mycket, mycket lättare att trycka på". Utifrån Losekes (2003) publikhierarki, som grundar sig i den samhällsliga hierarkin, kan detta bero på att brukarorganisationer är högre upp i hierarkin än enskilda brukare. Därmed lyssnar dels andra anspråksgörare i större omfattning på dem, dels legitimeras det brukarorganisationer säger i större utsträckning än det som enskilda brukare säger. SBF belyser detta i följande citat:

Så länge man inte har någon brukarförening så kan man inte påverka, man kan bara inte... Man måste ha en stark brukarförening för att kunna påverka. Jag är fullständigt övertygad om att utan brukarföreningen i Stockholm till exempel, så skulle inte sprutbytesprogrammet ha blivit till där. (SBF)

Något som detta visar på är att ju fler som delar en verklighet desto mer hörd blir den. Detta kan ses som problematiskt, då en enskild brukares subjektiva sanningar kan komma att inte höras alls. Om vi utgår från att alla formar sin egen sanning och verklighet, blir det problematiskt när den enskilde inte blir trodd ifall andra inte delar samma sanning och verklighet. Det är inte en självklarhet att alla brukare vill ingå i en organisation och därmed kan deras sanningar komma att inte bli legitimerade på samma sätt. Detta går emot det överordnande målet som bland andra Socialstyrelsen (2005) har satt - att brukarorganisationer, såväl som enskilda brukare, ska ha inflytande i situationer som rör dem.

Ett motstånd samtliga brukarrepresentanter nämner i samband med att få sina anspråk hörda är de andra anspråksgörarnas negativa tankar om dem, samt deras brist på intresse av att överhuvudtaget höra brukarorganisationernas åsikter:

Jag försökte det för några år sen, men det suger ju vet du. Jag skulle hålla en föreläsning för 2000 socialdemokrater, för det finns ingen agenda inom socialdemokraterna, för missbruk och kriminalitet för att det är så känsliga ämnen, inget man vinner val på direkt... Iallafall, hur många tror ni kom? 13 stycken. (KRIS)

Loseke (2003) skriver om problematiken kring hur många perspektiv en publik orkar bära i en viss fråga och menar att publiken i vissa fall väljer ett perspektiv och håller fast vid det utan större intresse att vidareutveckla det perspektivet. Utifrån Losekes (ibid.) teori kan vi resonera kring om det är på så vis att publiken, som KRIS och de övriga brukarorganisationerna vill nå ut till, redan har bestämt sig och därmed medvetet eller omedvetet ignorerar brukarorganisationernas anspråk. En annan aspekt SBF och RFHL tar upp i samband med detta är att publiken de försöker nå ut till - samhället, politiker och de professionella - har negativa föreställningar av brukare

inom missbruks- och beroendeområdet. Detta menar de utgör en stark motvind för brukarorganisationer inom området. SBF upplever detta som ett stort problem och säger såhär:

Det hade ju underlättat en hel del om man inte behövde skämmas för att man är narkoman. (SBF)

RFHL menar att problemet med "narkomanstämpeln" var större förr, men att det fortfarande är ett problem trots att det pågår en förändring mot det bättre.

Innan tänkte man om oss som ett gäng missbrukare man inte kunde prata med, först skulle vi bli nyktra och sen kanske. Men det där är satt i förändring, det är en process som varit igång ett par år och där har vi varit aktiva. Men det finns en tendens till mycket snack och lite verkstad. Det är dubbelt. (RFHL)

Både RFHL och SBF uttrycker en direkt upplevelse av att andra anspråksgörare "ser ner på" dem på grund av att de anses ingå under kategorin narkomaner. De menar att publiken därmed inte har något intresse av att lyssna på dem. KRIS, kan av oss tolkas, ge en indirekt upplevelse av att "ses ner på" då de i sitt citat säger hur 13 personer av 2000 inbjudna dök upp och hur ämnet är något som politiker "inte direkt vinner val på". De föreställningar brukarrepresentanterna upplever att allmänhet, politiker och professionella har om de är sådana som Loseke (2003) benämner som *populära föreställningar*. Dessa är föreställningar kan vara utan underlag och kan i vissa fall mer eller mindre jämföras med enkla fördomar. Enligt våra intervjupersoner ger dessa dock tydliga konsekvenser för brukarinflytandet. Även i tidigare forskning behandlas denna problematik: Kristiansen (2009) menar att tillskrivningen som brukare inom missbruks- och beroendeområdet får, är ett betydande hinder för ett ökat brukarinflytande. Vi kan utifrån vårt empiriska material hålla med om Kristiansens (ibid.) resonemang som menar att missbruks- och beroendeområdet präglas av paternalism och underlåtelsemakt, vilket minskar inflytandet för såväl enskilda brukare som brukarorganisationerna inom området. Vi ser ett klart samband mellan Kristiansens (2009) resonemang angående synen på brukare inom missbruks- och beroendeområdet, och det bristande intresset av andra anspråksgörare att höra brukarorganisationernas röster. Vi vill belysa att problematiken är bred och har flera faktorer som hänger ihop. De anspråksgörare som är överlägsna, tillskriver de andra anspråksgörarna, i detta fall brukarorganisationer inom missbruks- och beroendeområdet, negativa egenskaper, som i sin tur rättfärdigar att de inte tar särskild hänsyn till deras anspråk. Hur påverkar detta brukarinflytandet inom området när forskning, Socialstyrelsen och politiker säger att de vill och ska integrera brukarinflytande i praktiken? Med detta sagt vill vi gå vidare till studiens nästa tema.

#### **5.4.2 Brukarinflytande, bara fint på pappret?**

Alla våra intervjupersoner är eniga i frågan om huruvida brukarperspektiv, brukarmedverkan och brukarinflytande är något som är nödvändigt inom missbruks- och beroendeområdet. De svarar ja. RFHL säger: "(...) att de ser våra perspektiv, vad vi ser på våran gatunivå, är ju inte på gatunivå för dem.". KRIS belyser brukarens kunskap och säger: "Vi vet faktiskt vad vi pratar om och har mycket kunskap om detta.". SBF följer i samma riktning: "Det är självklart! Det behövs ju eftersom att vi



är brukare och det är därför bara vi som kan tala om för samhället vilka resurser som behövs och hur det fungerar att vara brukare.”.

Alla tre brukarorganisationer menar på att brukarens perspektiv borde vara en självklarhet och poängterar att ingen av ”de andra”, vilket kan tolkas som politiker, professionella eller samhället i stort, kan ersätta ett brukarperspektiv och den kunskapen som brukare har, vilket är i linje med det bland annat Socialstyrelsen (2005) säger. Meuwisse och Swärd (2013) menar att det inte finns givna sanningar utan sanningar skapas och konstrueras utifrån olika faktorer och i sina kontexter. Samtliga intervjupersoner påpekar att deras sanningar skiljer sig från “de andras” sanningar. Intervjupersonerna är tydliga med att de kommer från en annan kontext och har därmed en annan slags kunskap. Utifrån intervjupersonernas svar kan vi tolka att de värderar sin erfarenhetsbaserade kunskap högt, detta är även genomgående under framtagen tidigare forskning. I den tidigare forskningen talas det om olika aspekter för ett ökat brukarperspektiv, bland annat maktutjämning, brukarens demokratiska rätt att påverka sin insats (Börjeson & Karlsson, 2011) och möjligheter för en evidensbaserad praktik (Kristiansen, 2009). Något som dock inte diskuterats i den tidigare forskningen är “de andras” tolkningsföreträde; att de professionella, politiker och samhället tolkar brukarens sanningar och verklighet för dem, istället för att de får sätta ord på den själva. Enligt våra intervjupersoner, samt utifrån Meuwisse & Swärds (2013) perspektiv, är det motsägelsefullt, om inte omöjligt, för någon annan att sätta ord på brukarens sanningar då de skapas och utformas efter kontext.

Att såväl brukare som forskare är eniga om att ett ökat brukarinflytande behövs betyder dock inte att det är en realitet. I intervjuerna framgår det genomgående att brukarinflytande inte är en del av brukarnas verklighet i Göteborg. De svarar bland annat följande på frågan om deras upplevelse av inflytande i Göteborgs stads narkotikapolitik, och därmed även i den praktiska narkomanvården:

Jag tror inte att politikerna i Göteborg, med sina mycket djupa skyttegravar, skulle låta sig beröras av våra åsikter. Jag tror att det har med politiken att göra och att man positionerat in sig så hårt, så att det skulle vara ett totalt nederlag med en vändning. Jag tror inte att något skulle få dem att vända. (RFHL)

Det framgår att RFHL upplever en maktlöshet och uppgivenheten gentemot andra anspråksgrörare, som Loseke (2003) benämner dem. I intervjuerna överlag kan vi se ett mönster av att brukarorganisationerna känner sig underlägsna, dels som brukare men också som organisationer, och att de ofta kämpar ett så kallat “redan förlorat krig”. Brukarrepresentanterna menar på ett gemensamt faktum, dock belyser de olika anledningar och aspekter av hur detta kommer sig.

Kopplat till *Claims-Making* (Loseke, 2003) tyder RFHL:s uttalande på att en problematik finns i att Göteborgs politiker, alltså de andra anspråksgröarna, förminskar komplexiteten då de väljer att inte förhålla sig till RFHL:s anspråk. Istället lyfter de fram en *kulturell föreställning* om Sveriges och Göteborgs restriktiva narkotikapolitik som framgångsrik. Som Loseke (ibid.) skriver, argumenterar ibland anspråksgrörare utifrån en nationalistisk stolthet. Detta är något som RFHL betonar och menar vidare att de andra anspråksgröarna, till följd av denna stolthet, inte vill se ytterligare aspekter i frågan. Börjeson och Karlsson (2011) talar om en maktförskjutning som behöver ske från de professionella till brukare för ett ökat

brukarinflytande, detta kan även appliceras på Claims-Making (Loseke, 2003). RFHL visar med sitt uttalande tydligt en önskan av mer makt att definiera problemet och dess lösning. Samtidigt uttrycker de även en hopplöshet inför om detta kommer att ske eftersom de nuvarande anspråksgörarna inte "delar med sig" av makten.

Man har målat in sig i ett hörn, här är man nationalistisk, politiken är nationalistisk, "Sverige ska vara ett narkotikafritt samhälle". Skulle man backa från det skulle det kosta för mycket politisk prestige, men det är inte en vetenskaplig baserad politik de har. (RFHL)

RFHL pratar om en politik som borde understödjas med vetenskap, men upplever uppgivenhet mot politikernas brist på engagemang att utöka kunskapen. Socialstyrelsen (2005) skriver att en ökad kunskap hos de professionella, om brukares egna kunskaper, kan komma att resultera i en maktförskjutning eftersom en större förståelse går hand i hand med en ökad kunskap. Om vi utifrån denna aspekt analyserar RFHL:s uttalande, innebär det att de politiker med mer kunskap om brukarperspektiv möjligtvis skulle bortse från den, enligt RFHL, nationalistiska stoltheten. Därmed skulle mer utrymme kunna skapas för brukarna att utforma och påverka den narkotikapolitiska situationen.

RFHL ger en uppgiven bild av möjligheterna till brukarinflytandet i följande uttalande:

På många sätt har vi övergivit narkotikapolitiken, det känns inte bra, men allt är redan sagt. Allt visar fel, men ingenting alls händer. (RFHL)

RFHL och SBF har åsikter som går emot Göteborgs nuvarande politiker och uttrycker likande upplevelser vid frågan om brukarinflytande i staden, SBF säger följande:

De är inte ens intresserade av att höra. Göteborg har alltid varit motståndare, det är jävla konstigt. Det verkar som att politikerna själva måste ha någon anhörig som råkar riktigt jävla illa ut och hamna i skiten för att de ska få upp intresset eller få upp ögonen för det. Det verkar som att de har varit väldigt skyddade från det där. (SBF)

SBF menar att deras anspråk inte kommer fram eller blir uppmärksammas på grund av att det inte finns *objektiva intressen* för andra anspråksgörare/makthavare att lyssna (Loseke, 2003), vilket vi menar belyser vikten av brukarinflytande. SBF menar på att Göteborgs politiker enbart utgår från sina objektiva intressen vilket blir problematiskt när de tar beslut åt andra med andra intressen. De uttrycker en upplevelse av att de inte blir förstådda och säger skämtsamt vidare: "Ja det måste ju vara politiker som... det måste vara marijuanarökande politiker i staden!". SBF belyser även maktperspektivet och menar att man som brukare gentemot politiker inte har makt att påverka.

Jo men vad kallar man det för..? Att plantera in något, en åsikt eller så, det är ju det som är det svåra, att plantera in det i samhället och i de personerna som har makt att förändra saker. För att så länge de inte är med på de bitarna så blir det ju aldrig någon förändring ändå. (...) Sen är det ju också lättare att påverka politiken om politiken är för än emot en. Som i Stockholm är de väl lite mer för skadereducering men i Göteborg är det liksom kalla handen, så det blir svårt att påverka. (SBF)

SBF uttrycker en upplevelse av vanmakt så länge inte de med tolkningsföretråde är på samma sida, och dessutom att de med tolkningsföretråde varken vill eller har ett intresse att förstå. Utifrån detta anspråk kan vi fundera över om det finns ett reellt brukarinflytande i Göteborg. SBF menar att Göteborgs politiker inte är intresserade av andra sorters åsikter utan mer eller mindre väljer ut de brukarorganisationer som håller samma linje som deras egen politik. Det SBF belyser är att det kan finnas brukarinflytande men de upplever att den inte är till för alla.

RHFL och SBF upplever inte att de har någon del i utformandet av dagens narkomanvård i Göteborg, något som skiljer dem från KRIS. KRIS talar om upplevelser av brukarmedverkan, inflytande och perspektiv men menar dock på att den i många fall är begränsad. Till skillnad från RFHL, som ger en bild av uppgivenhet gentemot politikerna, och SBF som belyser deras maktövertag, menar KRIS på att politikerna går att påverka.

Vi är ju varje år nere på Gotland på Almedalsveckan och för två år sen eller vad det är nu, så vann vi hetast i Almedalen med vår kampanj ”Statligt knark är också knark”. Och det har ju tagit några år, i början så uppfattades vi som några föredettingar som knarkat så mycket att det inte fanns så mycket i huvudet på oss. Men allt eftersom har folk fattat det. Vi vet faktiskt vad vi pratar om och har mycket kunskap om detta. Jag har ju haft nära kontakter med politikerna här i Göteborg, fast vi är partipolitiskt obundna men vi har ju samma syn på narkotikapolitiken här va, så att enskilda politiker har säkert lyssnat på oss. (KRIS)

Detta citat illustrerar en annan verklighet än den SBF och RFHL framhäver, och stärker vår teori om att reellt brukarinflytande bara tillåts så länge det hålls inom de politiska ramarna. Bland andra Socialstyrelsen (2005) beskriver en strävan mot ett ökat brukarinflytande, men något som inte belyses är att det inte finns en gemensam brukaråsikt och att det är ett faktum som behöver tänkas på. Motstånd från makthavare när åsikterna skiljer sig är inget fenomen som gäller vissa brukarorganisationer i sig, även KRIS berättar om ett motstånd:

Jag var ju, ett par år, med i brukarrådet uppe på Östra sjukhuset. Men jag är ju en person som har väldigt starka åsikter och att sitta där med överläkare och så som tror sig veta allt om det här... Jag tröttna ju efter ett tag, när man får lyssna på hur bra substitutionsprogram är i möte efter möte och när jag kom med motargument tyckte de bara att jag var besvärlig, att jag inte visste vad jag prata om, jag hade ingen utbildning och så vidare. Samma sak var det när jag satt med i en grupp när de skulle lägga socionomprogrammet på Göteborgs universitet. (KRIS)

Bland andra Socialstyrelsen (2005) belyser problemet med att brukarinflytande inte alltid omsätts i praktiken. Vi vill utifrån vårt empiriska material utveckla denna problematik: när det väl omsätts i praktiken så är makten fortfarande inte hos brukarna själva. De åsikter som ”stämmer in” är de som omsätts, då är det ett reellt men även ett *styrt* brukarinflytande. Därmed tillgodoses inte det som belyses av samtliga tre brukarorganisationer: att brukarinflytande är av stor vikt på grund utav att ingen annan kan sätta ord på brukarens verklighet. Börjeson och Karlsson (2011) har fört liknande diskussioner och menar på att en lösning på detta är att utöka från brukarinflytande till brukarmakt istället. Detta kan vi hålla med om utifrån vårt

empiriska material, där vi kan se att inflytande inte alltid innefattar makt, men makt medför inflytande. Utifrån ett maktperspektiv kan vi föra ett resonemang där ingen av brukarorganisationerna har makt gentemot andra aktörer. De olika brukarorganisationerna har olika grad av inflytande beroende på vilken kontext de befinner sig i, som vi har beskrivit ovan. Därav kan vi tolka det som att de med makten på sin sida som bestämmer vad för inflytande, och vilka som tillåts detta inflytande. Detta står i kontrast till vad forskning samt studiens brukarorganisationer vill med brukarinflytande, utifrån studien ser vi ett intresse för brukarinflytande från makthavares sida som ett falskt intresse, när det i praktiken mest visar sig vara fint på pappret.

## 6. Slutdiskussion

Vi förväntade oss inte att så vitt skilda verkligheter skulle presenteras för oss av våra intervjupersoner. Organisationernas olika ideologier och förhållningssätt kom att spela mycket större roll än vad vi hade kunnat förutse i början av denna studie. Utifrån Losekes (2003) olika ramar kan vi se att de tre organisationerna inte alltid ser och talar om "samma" problem. Där KRIS ser narkotikan som det stora problemet för missbrukare, lyfter SBF och RFHL fram en mer tudelad bild, där narkotikan i kombination med den sociala kontrollen av personer med missbruk är problem som understryks i den diagnostiska ramen. Intressant också att tänka på hur sociala konstruktioner kan yttra sig genom mytbildning som kan forma sättet vi ser på verkligheten. I studien framkommer en bild av den så kallade Göteborgsandan, där vissa anspråksgörare hävdar att det knappt finns ett problem med opiat- och injektionsmissbruk i staden. Tittar vi sedan på rapporten från Göteborgs stad (2012) ser vi att 19 % av de kartlagda personerna med missbruksproblematik har. Här ser vi en stor diskrepans mellan hur vissa anspråksgörare vill att vi ska se på verkligheten och hur den faktiskt ser ut för en ganska stor grupp Göteborgare. I studien framkommer även att det har skett ett paradigmskifte inom narkomanvården, där den har gått från att vara offensiv till att vara defensiv. Brukare blir inte erbjudna hjälp och blir inte motiverade av professionella, utan ska själva visa motivation för att få hjälp. Detta menar vi går hand i hand med den förändrade synen på brukare som har gått från passiv till aktiv person. Vi anser att detta paradigmskifte är både på gott och ont. Det vi främst tänker på är att de brukare som inte är "ideala" brukare, alltså inte är aktiva, motiverade och medverkande, kan få ytterligare svårigheter med att få vård. Detta blir problematiskt då de kan komma att förbli utanför vården med motiveringen att de är omotiverade.

I den motiverande ramen, där anspråksgörarna försöker locka engagemang hos publiken med olika anspråk, kan vi se att brukarorganisationerna har ett gemensamt tema: stigmatisering. KRIS menar dock att ett samhälle med skadereducerande insatser riskerar att öka nyrekrytering av narkotikaanvändande. Konsekvensen av dessa olika synsätt präglar den lösningsfokuserade ramen, där vitt skilda lösningar lyfts fram för att lösa de två helt olika problemen som formulerats. Därmed skiljer sig även deras tankar kring hur problematiken bör lösas - deras visioner för framtidens Göteborg. När brukarorganisationerna i vår studie presenterar sina tankar om framtidens Göteborg märker vi att de inte bara skiljer sig åt, de är också oförenliga med varandra. KRIS:s anspråk om det narkotikafria samhället rimmar illa med RFHL:s och SBF:s visioner om en utökad skadereducering och vice versa. En klar slutsats i studien är således att det inte finns en gemensam brukarröst i Göteborg då det verkar svårt att förena tankar om skadereducering med en nollvision. Vi menar vidare att det är av stor vikt att ha detta i åtanke så att vissa åsikter inte premieras och andra utesluts under brukarinflytandets flagg, och att de brukarröster som premieras inte dränker de som hamnar i skymundan.

Våra intervjupersoner framhäver fördelarna med brukarorganisering. De lyfter först och främst fram ökade möjligheter till inflytande som enskild såväl som på strukturnivå, genom deltagande i en organisation. Brukare inom missbruks- och beroendområdet är en grupp som ofta upplever stigmatisering och döva öron från publik och andra anspråksgörare. En av våra slutsatser är att man som brukarorganisation för större möjligheter att påverka, desto fler som delar en sanning

desto mer uppmärksammas blir den. Detta blir problematiskt då inte alla brukare vill engagera sig i organisationer, och därmed riskerar att inte få sin röst hörd. Vidare ser vi att det finns en problematik i anspråkshierarkin i Göteborg, då det finns en så kallad "Göteborgsanda". Studien har visat på en maktlöshet och uppgivenhet ibland samtliga intervjupersoner vad gäller att forma tolkningen av problembilden. Det är enligt oss dock högst problematiskt att vissa röster i debatten helt utesluts. Intervjupersonen från KRIS är den av våra intervjupersoner som upplever och faktiskt ges mest inflytande. KRIS är också den organisation som identifierar sina värderingar mest i linje med den nu förda politiken i Göteborg. Detta samband tycker vi är intressant. När brukaråsikterna går emot ledande politiker och professionellas åsikter stängs de ute. Till exempel har SBF nekats föreningsbidrag av Göteborgs stad med hänvisning till att det redan finns brukarorganisationer som täcker behovet. Detta trots att KRIS är motståndare till substitutionsbehandling. Politiker har makten att välja vilka brukarröster som ska höras vilket märks. Det finns ett brukarperspektiv, en brukarmedverkan och ett brukarinflytande i staden, men vad spelar det för roll om politikerna valt ut vilka brukarröster som ska få höras och på vilket sätt? Det blir ett reellt men *styrt* brukarinflytande där brukarorganisationerna i själva verket står maktlösa.

Som sagt är KRIS den organisation som upplever mest inflytande. De lyfter dock inte främst fram personer med pågående missbruksproblematik i sina anspråk. KRIS är en nykterhetsorganisation och kan kanske därför heller inte tala för personer med pågående missbruk. Vi menar dock att det blir motsägelsefullt när KRIS som organisation uttalar sig om substitutionsvård, då deras medlemmar inte är brukare av just denna vårdform.

## 6.1 Förslag till fortsatt forskning

Vi har i vår studie endast undersökt en liten del av ämnet brukarinflytande inom narkotikaområdet, detta såväl ämnesmässigt som geografiskt. Vi skulle vilja se en nationell studie av ämnet, där den lokala narkotikapolitiken kopplas samman med de lokala brukarorganisationerna. En sådan studie kan även undersöka om det samband mellan politiska åsikter och styrt brukarinflytande vi kan se, är något som förekommer strukturellt i landet. Denna typ av forskning skulle även bidra till att "brukarperspektivet" problematiseras i en större omfattning, vilket vi menar är något som saknas. En annan aspekt vår studie inte belyser är hur, inte minst brukarorganisationer men också samhället, politiker och de professionella bör gå tillväga för att minska stigmatiseringen av brukare inom narkotikaområdet. Vi menar att detta är ett grundproblem till mycket av den andra problematiken vi ser och borde därför forskas vidare på.

## 6.2 Avslutningsvis...

Det finns ingen enig brukaråsikt om Göteborgs narkomanvård, och inte heller en enig framtidsvision. Det enda brukarorganisationerna, som ingår i vår studie, är eniga om är att ett brukarperspektiv ska integreras med praktiken i större utsträckning. Det blir dock ett problem när de tycker så pass olika. Vi har kommit fram till att inom detta område är *ensam inte alltid stark* och då frågar vi oss, kan en gemensam brukaråsikt någonsin uppnås och vem har i så fall ansvaret för att organisera den? Och vem har ansvaret att lyfta fram de olika brukarorganisationernas förhållningssätt fram till dess?

## 7. Referenser

- Anderberg, M., Dahlberg, M. & Patriksson, K. (2011). *Kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg 2011*.
- Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.
- Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskaplig metoder*. Malmö: Liber.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) (2011), *Drogutvecklingen i Sverige*.
- Frank, V. A., Anker, J., & Tammi, T. (2012) Drug User Organizations in the Nordic Countries - Local, National, and International Dimensions. *Social services abstract*, 47(5), 462-473. doi: 10.3109/10826084.2012.644095
- Folkhälsomyndigheten (2009). Det drogförebyggande arbete i Sverige 2008. Rapport om det förebyggande arbetet mot alkohol-, narkotika-, tobaks-, och dopningsproblem. Östersund: Statens folkhälsoinstitut
- Goldberg, T. (2000). Narkotikan avmystifierad: ett psykosocialt perspektiv. Solna: Academic Publ. of Sweden.
- Ingdahl, W. & Persson, L. (2009). Straffa syndare eller hjälpa människor: skadereducering, det okända alternativet. Stockholm: Eudoxa.
- Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, M. & Börjeson, M. (2011). *Brukarmakt - i teori och praktik*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Kristiansen, A (2009) Ett brukarperspektiv på dagens missbruksvård. I ”*Missbruk och behandling. Gamla problem- nya lösningar? Socialtjänstforum. Möte mellan forskning och socialtjänst*”. Stockholm: Forskningsområdet för arbetsliv och socialvetenskap.
- Kvale, S. (1994). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Loseke, D.R. (2003). *Thinking about social problems: an introduction to constructionist perspectives*. New York: Aldine de Gruyter.
- Meeuwisse, A. & Swärd, H. (2013). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och kultur.
- Rönmark, L. (2011). *Brukarens roll i välfärdsforskning och utvecklingsarbete*. Högskolan i Borås.
- Socialstyrelsen. (2013) *Att ge ordet och lämna plats - Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*”.
- Socialstyrelsen. (2005) *Integration mellan forskning, utbildning och praktik ur ett brukarperspektiv*.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende: Individ, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Elanders Sverige AB.
- SOU 2011:66. *Sveriges internationella engagemang på narkotikaområdet*. Stockholm: Elanders Sverige AB.
- Svensson, B. & Kristiansen, A. (2004). *Byråkrati och narkomani går inte ihop-”: Livsvillkor och värderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Svensson, B. (2012). *Narkotikapolitik och narkotikadebatt*. Lund: Studentlitteratur.
- Ulvenblad, P. & Örtenblad, A. (2008). *Smått och gott: om vetenskapliga rapporter och referensteknik*. Lund: Studentlitteratur.
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

## **Internetkällor**

[www.goteborg.se/wps/portal/enheter/fackforvaltning/social-resursforvaltning/](http://www.goteborg.se/wps/portal/enheter/fackforvaltning/social-resursforvaltning/).

Hämtad 2014-04-11.

[www.hepatitportalen.se](http://www.hepatitportalen.se). Hämtad 2014-03-15.

[www.kris.a.se](http://www.kris.a.se). Hämtad 2014-03-15.

[www.rfhl.se](http://www.rfhl.se). Hämtad 2014-03-15.

[www.sahlgrenska.se/su/beroende](http://www.sahlgrenska.se/su/beroende). Hämtad 2014-04-11.

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetevidensbaserat>.

Hämtad 2014-03-19.

[www.svenskabrukarforeningen.se](http://www.svenskabrukarforeningen.se). Hämtad 2014-03-15.

[www.vardguiden.se](http://www.vardguiden.se). Hämtad 2014-04-11



# Bilaga 1 - Informationsbrev

Hej!

Vi, Glory, Niclas och Viktoria, är tre socionomstudenter vid Göteborgs universitet som under våren 2014 skriver vår C-uppsats. Vi är intresserade av att intervjua representanter för brukarstyrda organisationer på missbruksområdet och vill här ge en kort information om vad studien handlar om.

Bakgrunden till studien är vårt intresse för brukarorganisationers åsikter och möjligheter till inflytande i den svenska narkotikapolitiska debatten. Syftet med uppsatsen är att lyfta fram och undersöka hur representanter från olika brukarorganisationer i Västsverige resonerar kring förekomsten av konkreta skadereducerande insatser – så som sprututbyten, överdosprevention och substitutionsbehandling – i svensk missbruksvård. Vi är även intresserade av att undersöka hur intervjupersonerna resonerar kring en utökad satsning på sådana skadereducerande insatser.

## Vad innebär det att delta?

Vi hoppas på att kunna intervjua 4–5 personer som är verksamma inom brukarstyrda organisationer på missbruksområdet i Västsverige. Vi beräknar att intervjun kommer att ta ca en timma. Som intervjuperson väljer Du själv var intervjun ska genomföras. För den som så önskar har vi tillgång till universitetets lokaler på Sprängkullsgatan 25. Vi kan också genomföra intervjun via telefon, men vill så klart gärna träffa Dig om så är möjligt. Vid intervjutillfället kommer två av oss studenter närvara.

Intervjun kommer att spelas in digitalt, förutsatt att Du samtycker till det. Studien genomförs i enlighet med Vetenskapsrådets etiska principer. Detta innebär att allt insamlat material kommer att förvaras på ett sådant sätt att det inte är åtkomligt för obehöriga och raderas då uppsatsen är färdig. Ditt deltagande i studien är naturligtvis frivilligt och du kan när som helst avbryta din medverkan, utan närmare motivering. Din medverkan i studien är anonym på så vis att inga personuppgifter kommer att användas i uppsatsen, men det är vår tanke att Din brukarorganisations namn ska presenteras.

Är du intresserad av att delta i studien, eller om du har några övriga frågor, vänligen kontakta nedanstående ansvariga:

Studenter: Niclas Johansson

Viktoria Safari

Glory Hatemian

Handledare: Frida Petersson

Fil.dr. och universitetslektor

Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet

## Bilaga 2 - Samtyckesblankett

### Informerat samtycke

Syftet med studien är att undersöka hur representanter från olika brukarorganisationer resonerar kring konkreta skadereducerande insatser (så som sprututbytesprogram, överdosprevention och substitutionsbehandling) i svensk missbruksvård, samt att undersöka hur de tror att en utökad satsning på sådana insatser skulle påverka personer med missbruksproblematik

Studien följer de forskningsetiska principerna som Vetenskapsrådet tagit fram. Dessa principer gäller följande krav: informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav.

Härmed samtycker jag till att delta i studien:

Datum och ort

---

Namnteckning

---

## **Bilaga 3 – Intervjuguide**

### **· Organisation och person**

#### **Berätta om dig själv:**

*Vilken roll har du i organisationen?*

*Hur länge har du varit aktiv?*

#### **Berätta om organisationen:**

*Vilka är era medlemmar?*

*Vad har ni för värdegrund/filosofi?*

*Vilken typ av verksamhet sysslar ni med?*

*Vilka är era samverkanspartners? Regionalt, nationellt och internationellt?*

### **· Skadereducerande insatser**

#### **Hur skulle du definiera begrepp som bruk, missbruk och beroende?**

*Kan man "bruka" narkotika?*

*Är det någon skillnad missbruk och beroende?*

#### **Hur tänker ni kring resonemanget "missbruk är en sjukdom"?**

**Det finns vissa som menar att *drogen/drogberoendet i sig inte är problemet utan de sociala konsekvenserna*. Hur ställer ni er till ett sådant resonemang?**

#### **Hur bör man enligt er arbeta för att på bästa sätt hjälpa personer med missbruk/beroende?**

*Hur arbetar ni i er organisation med denna problematik?*

#### **Hur resonerar ni kring skadereducerande insatser exempelvis substitutionsbehandling, sprututbytesprogram, överdosprevention m.m.?**

*Vad tänker ni att det finns för andra alternativ?*

#### **Varför tror ni att det ser så olika ut vad gäller tillgängligheten av skadereducerande insatser i Sverige?**

*Till exempel i Göteborgs jämfört med andra storstäder som Stockholm och Malmö där skadereducering är mer utbrett?*

### **· Skadereducerande insatser utifrån ett individ-, grupp- och samhällsperspektiv**

**På vilket sätt tror ni att en utökad satsning på skadereducerade insatser skulle påverka personer med missbruksproblematik?**

*Utifrån ett individperspektiv (relationer, familj, välbefinnande m.m.)?*

*Utifrån ett grupperspektiv (brukarorganisationer)?*

*Utifrån ett samhällsperspektiv (stigmatisering, acceptans, diskriminering, utanförskap, politik)?*

**Hur tänker ni kring argumentet att skadereducerande insatser främjar narkotikamissbruk?**

**Hur ställer ni er för argumentet att skadereducerande insatser bidrar till en mindre stigmatiserande bild personer med missbruksproblem?**

*Följdfråga beroende på svar: Vilka för- och nackdelar kan ni se med det?*

## **· Svensk narkotikapolitik**

**Vad tycker ni om Sveriges narkotikapolitik?**

*Fördelar/nackdelar?*

**Upplever ni att er brukarorganisation har inflytande och kan påverka i den svenska narkotikapolitiska debatten?**

*I så fall hur?*

*Inom vilka områden/nivåer?*

**Upplever ni att er brukarorganisation har inflytande och kan påverka i behandlingspraktiken och missbruksvården?**

*I så fall hur?*

*Inom vilka områden?*

**Upplever ni att andra brukarorganisationer inom missbruksfältet har ett större inflytande?**

*I så fall, vad tror ni att det beror på?*

**Hur upplever ni brukarorganiseringen inom missbruksområdet i Göteborg? Finns ett samarbete eller är de splittrade?**

*I så fall med vilka, på vilket sätt och om inte – varför?*

**Behöver brukarinflytandet inom missbruks- och beroendområdet öka och i så fall hur och på vilka områden och nivåer? Praktiska/politiska**

**Om ni hade fått bestämma hur hade den svenska narkotikapolitiken och svensk missbruksbehandling sett ut?**

## **· Avslutning**

**Är det något vi har glömt fråga som du tycker är viktigt att han med i en sådan här studie?**

*Återkom om du kommer på något senare.*

**Är det okej om vi tar kontakt med dig om vi kommer på något i efterhand?**