



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Det blir ju inte lättare av att man först är missbrukare och sen blir smittad av något. Det gör ju inte saken bättre.”

- En kvalitativ studie om utsatthet bland personer som injicerar narkotika

Abstract

Titel: ”Det blir ju inte lättare av att man först är missbrukare och sen blir smittad av något. Det gör ju inte saken bättre.” – en kvalitativ studie om utsatthet för personer som injicerar narkotika

Författare: Jennie Wiberg Cordero

Nyckelord: injektionsanvändare, sprutbyte, utsatthet, narkotikadiskurs

Personer som injicerade narkotika identifierades som extra utsatta i samhället. Att injicera narkotika innebar en högre risk för HIV och Hepatit än vid något annat narkotikarelaterat intagningsätt. Stigmatiseringen av dessa personer var hög i samhället vilket också påverkade vilka samhällsrelaterade insatser som beviljades. Syftet med denna studie har varit att undersöka hur personer som injicerade narkotika beskrev och hanterade utsatthet kopplat till sin livssituation. Syftet har också varit att se på vilket sätt det svenska samhällets narkotikapolitiska diskurs påverkade personers livsvillkor och vilken roll skadereducerande insatser kunde få. Syftet bröts ner till tre frågeställningar. Hur beskrev personer som har erfarenhet av att injicera narkotika sin utsatthet och dess konsekvenser? På vilket sätt kunde sprutbytesverksamheten inverka på personers utsatthet och bidra till en förbättrad livssituation för de som injicerade narkotika? Hur inverkade den svenska narkotikapolitiken och dess diskursiva praktiker på utsattheten som personer som injicerade narkotika upplevde? Materialet bestod av samtalsbaserade intervjuer med fem personer som hade egen erfarenhet av att injicera narkotika. Utifrån deras berättelser kunde tre olika utsatthetsområden urskiljas. Det första området kunde urskiljas i de sociala relationerna. Det andra identifierades i intervjupersonernas icke-val där den fysiska utsattheten förstärktes genom bristen på rena injektionsverktyg. Det tredje och sista utsatthetsområdet identifierades i kontakten med den allmänna sjukvården. Utsattheten speglades sedan i sprutbytesverksamheten samt i den svenska narkotikapolitiska diskursen för att se hur dessa inverkade på intravenösa användares livssituation. Resultatet för studien visade genom intervjupersonernas berättelser att livssituationen hos personer som injicerade narkotika kantades av både psykisk och fysisk utsatthet där den svenska narkotikapolitiska diskursen i allra högsta grad inverkar på personers utsatthet.

Abstract

Titel: ”It wont be easier that you first is an addict, and then get infected by something. This does not make things better. – A qualitative study on the vulnerability of people who inject drugs.

Author: Jennie Wiberg Cordero

Keywords: vulnerability, injecting drug user, needle exchange, drug policy

People who injected drugs were identified as extra vulnerable in the society. Injecting drugs involved a higher risk of HIV and Hepatitis than any other drug-related intake. The stigma of these people was widely spread in the society, which also affected which community related efforts that were granted. The overall aim of this study has been to see how people with experience of injecting drugs describe and handle vulnerabilities linked to their life situation. The aim has also been to see in what ways the Swedish discourse of narcotic policy have influenced with the persons living conditions and what role harm reduction plays on their life situation. The purpose has been broken down to three main questions: How do people with experience of injecting drugs explain their vulnerabilities, and the consequences they entail? In what way could the needle exchange program influence the vulnerabilities, and contribute to a better life situation for people injecting drugs? How does the Swedish narcotic policy and its discourse influenced with the vulnerability that people who inject drugs experience? The material is based on interviews with five individuals who have experience of injecting drugs. From their stories, three main vulnerability areas were identified. The first area was identified within social relationships. The second area was identified as a non-choice where the person's physical vulnerability was enhanced through the lack of clean injection tools. The third area was identified in the person's contact with the general healthcare. The identified vulnerabilities were then contemplated in the work of needle exchange programs and in the Swedish narcotic discourse to be able to see how these influenced on the life situation of people who injected drugs. The results showed through the stories of the interviewees that people who injected drugs were physically and mentally vulnerable. The results also identified the influence that the Swedish narcotic discourse has on the lives of individuals who injected drugs.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Förord | 1 |
| 1. Inledning och problemformulering..... | 2 |
| 1.2 Syfte och frågeställning | 3 |
| 1.3 Disposition | 4 |
| 2. Begreppsdefinitioner och studiens ordval | 5 |
| 2.1 Narkotika som begrepp | 5 |
| 2.2 Riskbruk, missbruk och beroende | 5 |
| 2.3 ”De tunga missbrukarna” | 6 |
| 2.4 Avslutande tankar | 6 |
| 3. Analytiska strategier och tillvägagångssätt..... | 7 |
| 3.1 Abduktiv forskningsstrategi | 7 |
| 3.2 Socialkonstruktivismen | 7 |
| 3.3 Diskursanalytiskt perspektiv. | 8 |
| 3.4 Avslutande tankar | 9 |
| 4. Teoretiska begrepp | 10 |
| 4.1 Kategorisering och dominerande samhälleliga attityder | 10 |
| 4.2 Stigmatisering | 11 |
| 4.3 Riskbeteende | 12 |
| 4.4 Avslutande tankar | 14 |
| 5. Narkotikapolitiken i Sverige..... | 15 |
| 5.1 Sveriges narkotikapolitiska nolltolerans | 15 |
| 5.2 Den skadereducerade verksamheten | 17 |
| 5.3 Sprutbytesverksamheten i Sverige | 18 |
| 5.4 Sprutbytesmottagningarna i Sverige år 2016..... | 19 |
| 5.5 Avslutande tankar | 22 |
| 6. Metod och Material | 23 |
| 6.1 Förförståelse | 23 |
| 6.2 Tillgång till forskningsfältet och dess metodologiska svårigheter | 23 |
| 6.3 Studiens intervjupersoner | 25 |
| 6.4 Intervjun, intervjufrågor och etiska aspekter..... | 25 |
| 6.5 Transkribering | 26 |
| 6.6 Analytiskt tillvägagångssätt | 27 |
| 6.7 Intervjusituationens maktaspekt..... | 27 |
| 6.8 Litteratursökning..... | 28 |
| 6.9 Studiens reliabilitet, validitet och generaliserbarhet..... | 29 |
| 6.10 Avslutande tankar | 30 |
| 7. Tolkning av det empiriska materialet..... | 31 |
| 7.1 Den sociala omgivningen | 31 |
| 7.2 Det medvetna icke-valet | 35 |
| 7.3 Mötet med den allmänna sjukvården | 38 |
| 7.4 Mötet med sprutbytesverksamheten | 40 |
| 7.5 Sammanfattning av personens utsatthet | 41 |
| 8. Avslutande diskussion | 43 |
| 9. Slutsatser | 48 |
| Referenser..... | 49 |
| Bilaga 1 Informationsbrev | 53 |
| Bilaga 2 Samtyckesblankett..... | 54 |
| Bilaga 3 Intervjuguide..... | 55 |

Förord

Först och främst vill jag skicka mitt varmaste tack till er som ställt upp och berättat om era erfarenheter kring att injicera narkotika. Ni har alla låtit mig få ta del av er kunskap, era tankar, känslor och reflektioner kring utsatthet och sprutbyte. Utan er hade det inte blivit någon uppsats. Er medverkan har betytt otroligt mycket för mig.

Jag vill också tacka alla er andra som funnits med under denna uppsatsperiod. Lars Rönmark som under många långa handledningstillfällen både stöttat och ifrågasatt mig i min uppsatsidé, dina synpunkter har varit viktiga för utvecklandet av denna uppsats. Malin och Lovisa som pushat mig när energin sviktat. Jag vill tacka familj och vänner som visat intresse för mitt uppsatsområde och min skrivprocess. Sist men inte minst vill jag skicka all min kärlek till Kike och Manuel som båda stöttat och stått ut med mig genom den här uppsatsen. Kike, tack för att du alltid tror på mig.

1. Inledning och problemformulering

Runt 12 miljoner människor injicerar narkotika runt om i världen (UNODC 2016:xi). Utav dem uppskattade Socialstyrelsen att det under 2008-2011 fanns cirka 8000 personer som injicerade narkotika i Sverige¹ (Folkhälsomyndigheten 2015:12). Att injicera narkotika innebär en högre risk för olika former av infektioner samt en ökad smittorisk för blodburna virussjukdomar såsom HIV och Hepatit än vid något annat narkotikarelaterat intagningsätt. Var sjunde person som injicerar narkotika i världen i dag lever med HIV och varannan person med Hepatit C² (UNODC 2016:ix). År 2015 rapporterades 803 infektioner av hepatit C (83 %) bland personer som injicerar narkotika i Sverige. Utöver de inrapporterade infektionerna har den narkotikarelaterade dödligheten det senaste decenniet ökat för varje år. Förutom den direkta risken för blodburna virussjukdomar är personer som injicerar narkotika i högre grad utsatta för kringsjukdomar såsom blodförgiftning och olika former av hudinfektioner. Jämfört med den övriga befolkningen i Sverige har dessa personer en hög sjukdomsburda (Folkhälsomyndigheten 2017:9). Det mest effektiva sättet att skydda sig mot dessa typer av hälsorelaterade skador är såklart att helt sluta använda droger. Dock är det inte alla människor som är redo eller har möjlighet att ta ett sådant beslut. Personer som injicerar narkotika lever till viss del dolda i samhället.

FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC) (2016:xxiv) menar att många av de negativa effekterna som uppkommer från ett intravenöst narkotikaanvändande kan förebyggas och undvikas genom ett tillhandahållande av skadereducerande samhällsinsatser såsom sprutbytesprogram. Redan år 1987 rekommenderade världshälsoorganisationen³ (WHO) att alla länder där det förekommer ett intravenöst narkotikaanvändande bör erbjuda denna typ av insats (Stenström 2008:7). Grunden i sprutbytesprogrammet är just att minska skadorna som uppkommer under ett aktivt narkotikaanvändande och handlar rent praktiskt om att ge personer som injicerar narkotika tillgång till rena sprutor och kanyler. Bristen på rena injektionsverktyg bidrar till ett ökat riskbeteende då personer tvingas dela sprutor och kanyler med varandra. Den som delar injektionsverktyg med andra riskerar att bli smittad av blodburna virus redan från första injektionstillfället och 50 procent av de som delar injektionsverktyg räknas få hepatit C inom två år efter injektionsdebuten (Folkhälsomyndigheten 2015:12 & 16). Det har skett en påtaglig trend i Europa, där ett tydligt erkännande av skadereducering blivit en viktig del av narkotikapolitiken (Richert 2014:52). Trots utbredningen av skadereducerande insatser i övriga Europa går implementeringen sakta fram i Sverige. Sverige är ett av de länder i Europa som starkast förknippas med en kraftfull kontrollinriktad narkotikapolitik och som bygger på en nolltolerans där all icke-medicinsk hantering av narkotika är kriminaliserad (Richert 2014:51-52). Sveriges nuvarande vision om ett narkotikafritt samhälle medför en rad oönskade konsekvenser. Orimliga kostnader för rättsystemet, ökad kriminalitet, inskränkningar i personens integritet och mänskliga rättigheter är alla resultat av den politik som förs. Individuell utsatthet i form av sjuklighet, social marginalisering och dödlighet bland personer som använder narkotika grundas också i dagens svenska narkotikapolitik (Olsson 2017:26-27). Rågsjö (2017:202)

¹ Det framförs ofta uppmaningar till försiktighet i tolkningarna av mängden individer som injicerar narkotika på grund av metodologiska svårigheter (Folkhälsomyndigheten 2015:10).

² Infektionen orsakar en inflammation i levern som i mer än hälften av fallen utvecklas till kronisk leverinflammation. Den kroniska inflammationen kan leda till levercancer eller skrumplever (Folkhälsomyndigheten 2015:7).

³ FN:s samarbetsorgan som ansvarar för AIDS/HIV

menar att ignoransen för att personer far illa och dör är hög bland svenska politiker. Insatser som är inriktade på att få personer att sluta att använda narkotika har ett stort stöd i Sverige. De insatser som istället har en tydligare inriktning till ett pågående narkotikaanvändande och är fokuserade på att minska skador eller förbättra livssituationen för den som är i ett aktivt narkotikabruk är dock kontroversiella och har stött på stort politiskt motstånd. Sprutbyte är en verksamhet som har mött stora hinder genom åren (Richert 2014:13). De tretton verksamheterna⁴ som i dag finns i Sverige hade vid årsskiftet 2016/2017 över 3000 unika besökare som genomförde runt 38'000 besök⁵. Detta möter behovet av cirka en tredjedel av alla som injicerar narkotika i landet. I Sverige, till skillnad från andra europeiska länder, måste personer ha recept för att få köpa injektionssprutor. I Norge, Danmark och Finland samt de flesta europeiska länderna, kan sprutor köpas fritt på apoteken (Svensson 2012:179). Antalet personer som injicerar narkotika har aldrig varit så högt som i dag, deras psykiska och fysiska hälsa är mycket dålig och den narkotikarelaterade dödligheten är den högsta i västvärlden (Olsson 2017:46). Personer som injicerar narkotika i Sverige lever därmed i en hälsorelaterad utsatthet där bristen på rena injektionsverktyg utelämnar personer till ett ökat riskbeteende och fysiska skador. Trots sprutbytets dokumenterade effektivitet och vetskapen om utsatta livssituationer är skadereducerande insatser inget självklart i den svenska narkotikapolitiken.

Forskning som inkluderar personer med ett pågående narkotikabruk är svårt att finna inom den akademiska världen (Richert 2014:57). Undersökningar som tidigare gjorts kring personer som injicerar narkotika är ofta baserade på inrapporteringar och sammanställningar gjorda av representanter från olika myndigheter såsom socialtjänsten och/eller kriminalvården (Richert 2014:33). De som själva är målgruppen för sprutbytesverksamheten och i behov av rena injektionsverktyg får sällan komma till tals. Denna studie ämnar därför vara ett bidrag till det tomrum som finns inom forskningen i dag där personer själva får komma till tals och belysa den utsatthet som präglar livssituationen. Genom samtalsbaserade intervjuer kommer personer med erfarenhet av att injicera narkotika ge sin syn på utsatthet. Personer som injicerar narkotika har uppmärksammats som särskilt utsatta i samhället. Sprutbytesverksamheten, som samhällsinsats möter utsattheten och blir av den anledningen intressant för denna studie. Studien ämnar beskriva Sveriges sprutbytesverksamheter samt personer med erfarenhet av att injicera narkotika i Sverige. Avgränsningen genomsyrar studiens alla delar. Undantag kan förekomma för att poängtera eventuella svenska förhållanden.

1.2 Syfte och frågeställning

Studiens syfte är att undersöka hur personer med erfarenhet av att injicera narkotika beskriver och hanterar utsatthet kopplat till sin livssituation. På vilket sätt påverkar samhällets narkotikapolitiska diskurser personers livsvillkor och vilken roll kan skadereducerande insatser få?

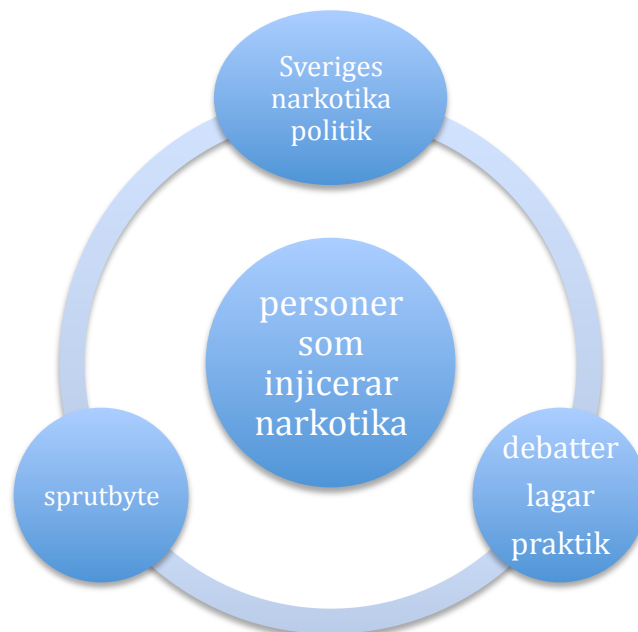
- Hur beskriver personer som har erfarenhet av att injicera narkotika sin utsatthet och dess konsekvenser?
- På vilket sätt kan sprutbytesverksamheten inverka på personers utsatthet och bidra till en förbättrad livssituation för de som injicerar narkotika?
- Hur inverkar den svenska narkotikapolitiken och dess diskursiva praktiker på utsattheten som personer som injicerar narkotika upplever?

⁴ Malmö, Lund, Kalmar, Stockholm, Helsingborg, Kristianstad, Jönköping, Karlskrona, Växjö samt Uppsala län (Västra Götalandsregionen 2016). 2017 öppnades även verksamheter i Halmstad, Kungsbacka och Varberg.

⁵ Enligt verksamhetsrapporter från samtliga sprutbytesverksamheten i Sverige vid årsskiftet 2016.

1.3 Disposition

Detta avsnitt kommer redogöra för studiens disponering. I studiens inledning redogörs för problemformulering och avgränsning samt syfte och frågeställning. I kapitel två lyfts begrepp fram som är av relevans för studien. Studiens analytiska strategier och tillvägagångssätt redovisas i kapitel tre och teoretiska begrepp i kapitel fyra. Först i kapitel fem kommer det som kan ses som studiens bakgrund och kunskapsläge. Det är här den svenska narkotikapolitikens historia och de skadereducerande insatserna i Sverige uppmärksammas. För att på bästa sätt förstå hur innehållet i detta kapitel påverkar utsattheten gentemot personer som injicerar narkotika har bedömningen gjorts att läsaren behöver få med sig kunskap från ovanstående kapitel in i läsningen av kapitel fem. Metod och material kommer i kapitel sex där också studiens etiska aspekter redogörs för. I kapitel sju lyfts intervjupersonernas egna erfarenheter fram. Genom utdragna citat kommer läsaren få ta del av intervjupersonernas tankar, kunskaper och upplevelser kring den egna livssituationen. Deras erfarenheter kring utsatthet kommer, tillsammans med studiens övriga delar att få definiera begreppet vilket sammanfattas i studiens avslutande diskussion i kapitel åtta. I kapitel åtta besvaras också studiens tre frågeställningar. Kapitel nio redogör för studiens slutsatser och ger förslag på vidare forskning. För att förstå hur den enskilda personens utsatthet kan sammankopplas med den svenska narkotikapolitiska diskursen kommer en enklare, egenutformad modell att användas i utvalda delar. Personen som injicerar narkotika är central i denna studie men har genom livet behövt förhålla sig till narkotikapolitiska och skadereducerande diskurser som påverkar den egna livssituationen. Personen placeras i mitten, med en ring av narkotikapolitiska diskurser i form av debatter, lagar och praktiker runt omkring sig. Genom studiens empiriska material kommer ringens effekt på personens livssituation att synliggöras. Ett djupare resonemang kring modellen kommer att ske i studiens avslutande diskussion.



2. Begreppsdefinitioner och studiens ordval

För att kunna ta sig an det empiriska materialet kommer här grundläggande begrepp att redogöras för. Första avsnittet visar på narkotikan som begrepp (2.1), vilka lagar och regler som styr substanserna i Sverige samt vilka preparat som avses inom ramen denna studie. Begreppen missbruk, riskbruk och beroende kommer sedan att tydliggöras (2.2), detta för att skapa en bättre förståelse för intervjumaterialet. Avsnittet om de ”tunga missbrukarna” (2.3) börjar ringa in studiens målgrupp och den språkliga problematik som finns kring personer som injicerar narkotika. Här ges också en inblick i vilka personer som kan komma att besöka sprutbytesverksamheten och vilka dess verksamhet i sin tur riktar sig mot. För att förtydliga olika delar i detta kapitel kommer citat av Jonna Sohlmér att användas. Sohlmér är före detta heroinanvändare och har skrivit ett kapitel i boken ”Dogmer som dödar” (2017) där hon berättar om delar ur sitt liv.

2.1 Narkotika som begrepp

Richert (2014:19) menar att narkotika är en term som används i olika sammanhang och har olika innebörd. I vardagsspråket syftar ordet narkotika till preparat som är icke socialt accepterat, oavsett den legala statusen eller det medicinska syftet. Som juridisk term syftar narkotika på de substanser som narkotikaklassats av myndigheter i respektive land. I Sverige är det Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket som har till uppgift att informera regeringen om vilka substanser som borde narkotikaklassas. Klassificeringen regleras sedan genom Narkotikastrafflagen (SFS 1968:64) samt Lagen om kontroll av narkotika (SFS 1992:860). Nationella bestämmelser tillsammans med internationella överenskommelser reglerar vad som anses vara narkotika. Det betyder att vad som klassas som narkotiska substanser kan skilja sig mellan länder. När ordet narkotika i denna studie används, avses de illagala preparat som finns i Sverige i dag. Orden knark och drog, som ofta används synonymt med narkotika i vardagligt tal, kan också användas och avser då detsamma.

2.2 Riskbruk, missbruk och beroende

Att gå från bruk till ett riskbruk som sedan övergår i missbruk och beroende går inte över en natt. Det är en process under vilken man långsamt vänjer sig vid tanken på att göra saker som man aldrig trodde att man skulle göra. Gå över gränser som man aldrig trodde att man skulle passera –Sohlmér (2017:84)

Sohlmér ger exempel på hur den mentala processen kan se ut för en person som använder narkotika under en längre tid. Inom medicin förklaras missbruk som ett tillstånd där droganvändningen ger negativa konsekvenser, ofta sociala sådana. Sociala negativa konsekvenser av ett droganvändande kan vara problem att finansiera sin användning, vilket ofta leder till kriminalitet eller exempelvis negativa impulsiva handlingar såsom rattonykterhet. Det kan också vara negativa konsekvenser i form av svårigheter att sköta sitt vardagsliv med arbete eller studier. Richert (2014:21) menar att begreppet missbruk är moraliserande och att ordet i sig förutsätter att det finns ett ”normalt” och ett ”icke-problematiskt” bruk av narkotika. Men till skillnad från exempelvis alkoholanvändning görs det sällan en distinktion på bruk, riskbruk och missbruk när det kommer till narkotikaklassade preparat. Här jämföras all användning, oavsett substans, omfattning, förekomst eller konsekvenser med ett missbruk. Beroende är ett tyngre tillstånd som vilar på biologiska faktorer. I ett beroendetillstånd

upplever personen abstinens, tolerans och drogsug (Kakko 2011:21). Sohlmér's beskrivning nedan ger en inblick i kroppens fysiska reaktion på heroinabstinens.

Då, när precis allt heroin är ute ur kroppen och varenda cell skriker efter mer. När varje sekund är plågsam. Varenda millimeter av kroppen värker. Musklerna krampar, svetten rinner och huden brinner. När det känns som att någon har en hand inne i min mage och vrider om. Och håller en borrh mot pannan. Då, när man inte kan sova och det kryper i kroppen. När det gör ont att ligga ner men ännu mer ont att stå upp. När man inte vet var man ska göra av sig själv, utan bara vill krypa ur sitt eget skinn och försvinna. När man hallucinerar och får ångest och allt är så överjävligt det bara kan bli. Det är just den abstinensen som gör det svårt att sluta med heroin. Man vill gärna sluta, men abstinensen är så obeskrivligt hemsk att man gör precis vad som helst för att bli frisk igen –Sohlmér (2017:94)

De flesta som testat narkotika kommer inte att utveckla ett beroende utan använder preparatet under en begränsad tid. Dock kan vem som helst, rent teoretiskt utveckla ett problematiskt användande. I realiteten finns det dock riskfaktorer som förekommer i allt större utsträckning hos personer med ett problematiskt narkotikaanvändande. Riskfaktorerna har, i mycket grova drag, att göra med ogynnsamma uppväxtförhållanden, psykiska problem, tidig brottslighet eller annan normavvikelse samt svårigheter med sociala relationer. Utvecklingen av ett narkotikaberoende är en samverkan mellan faktorer som rör personlighetsdrag, sociala faktorer och ärftlig sårbarhet (Richert 2014:33).

2.3 ”De tunga missbrukarna”

Personer, oavsett ålder, som under de 12 senaste månaderna någon gång injicerat narkotika eller som intagit narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen (4 dagar eller mer i veckan) de senaste 30 dagarna. (rapport Kunskapskällar'n 2012:4)

Ovanstående beskrivning av vilka som ingår i gruppen ”de tunga missbrukarna” är en väl etablerad beskrivning av de som förväntas besöka sprutbytesprogrammen. Richert (2014:23) menar att det inom sociala myndigheter och i officiella dokument ofta görs en skillnad mellan personer med ett etablerat narkotikaanvändande och de personer som har ett icke-etablerat narkotikaanvändande. Personer med ett etablerat narkotikaanvändande kan benämnas som exempelvis ”tungt narkotikamissbrukare”, ”intravenösa missbrukare” eller som ”injektionsmissbrukare”. För samma personer internationellt, används ofta ”problem drug users”, ”people who inject drugs” eller ”injecting drug users”. De internationella begreppen kan tyckas mer neutrala än de svenska. De svenska benämningarna säger ingenting om eventuella konsekvenser av narkotikaanvändningen, även om det kan vara problematiskt så bör det inte tas som en självklarhet. Begreppet ”de tunga missbrukarna” grupperar också de personer som injicerat någon gång de senaste 12 månaderna tillsammans med de som via annat intagningsätt använt narkotika dagligen den senaste månaden. Definitionen skapar en otydlighet och osäkerhet i de undersökningar som görs kring personer som injicerar narkotika (ibid. 2014:23).

2.4 Avslutande tankar

Begreppen som redogjorts för i detta avsnitt är inte fasta utan varierar över tid. Hur detta kan se ut kommer att förstås med hjälp av kapitel 5. Där redogörs för den svenska narkotikapolitiken, vars diskurs ligger till grund för hur begreppen kring narkotikan och dess användare definierats.

3. Analytiska strategier och tillvägagångssätt

Socialkonstruktivismen kommer vara det övergripande analytiska perspektiv som präglar denna uppsats. Valet grundas i intresset över att se hur den sociala verkligheten kring personer som injicerar narkotika skapas, upprätthålls och förändras över tid samt hur detta påverkar personers utsatthet. Jag utgår från världen som socialt konstruerad och därmed också föränderlig. Den abduktiva forskningsstrategin har använts för att få en djupare analys av det empiriska materialet. Socialkonstruktivismen har varit de analytiska glasögon genom vilket det empiriska materialet tolkats och analyserats. De teoretiska analysverktyg som presenteras har vuxit fram under studiens gång. Detta i samverkan med intervjupersonernas berättelser, egna teoristudier och de frågeställningar som utgör ramen för studien.

3.1 Abduktiv forskningsstrategi

Layder (1998:51) menar att en forskare aldrig tar sig an en studie utan någon form av teoretisk idé och antagande om det som ska studeras. Dock menar författaren att, med medvetenhet om ens egna förförståelse, kan detta istället för att vara problematiskt gynna studiens resultat. Min egen förförståelse som kommer att redogöras för under metodkapitlet (6.1) har väckt ett intresse kring utsattheten som många personer som injicerar narkotika upplever. Intresset och de erfarenheter jag burit med mig har legat till grund för denna studie. För att komma åt nyanserade beskrivningar och bakomliggande mekanismer av ett fenomen behövs analytiska strategier utarbetas. Den induktiva forskningsstrategin utgår från det empiriska materialet medans den deduktiva forskningsstrategin utgår från teoretiska föreställningar. För att undvika att empirin blir till teoretiska gissningar utan empiriskt innehåll eller att studien enbart beskriver empiriska sammanfattningar utan en djupare teoretisk förståelse kommer en abduktiv forskningsstrategi att användas. Den abduktiva forskningsstrategin utgår från en kombination av empirisk data och teoretiska föreställningar och kan därför skapa en djupare analys av det empiriska materialet som framkommit i studien (Larsson et al. 2008:163-165). Även frågor och övergripande frågeområden för studiens intervjuer har styrts av ett abduktivt tankesätt då de är formade med bakgrund av bakomliggande teoretiska perspektiv.

3.2 Socialkonstruktivismen

Justesen och Mik-Meyer (2011:22-23) beskriver konstruktivismen som en samlingsbeteckning som innefattar olika synsätt. Vad alla synsätt har gemensamt är att de bygger på ett antagande att kunskapen om världen på ett eller annat sätt är konstruktioner av verkligheten. Vår verklighet är därmed en subjektiv konstruktion som inte kan existera oberoende av det sociala och är ett resultat av människors tolkningar av samhället. Det är den sociala aspekten som studeras och där teorier används för att visa på hur människor, som sociala varelser, tillsammans konstruerar verkligheten. Det som vi i samhället tar för givet, det som är naturligt och självklart är i själva fallet konstruktioner som skulle kunna ha sett helt annorlunda ut. Vad vi tar som en självklarhet är helt enkelt historiskt och socialt betingat. Konstruktivismen menar att verkligheten *finns*, men den är inte oberoende av vår kollektiva förståelse av den.

Wenneberg (2010:58 & 70) menar också att socialkonstruktivismen går ut på att avslöja det som på ytan ter sig som en naturlig företeelse faktiskt inte är det. Under ytan finns en komplicerad social påverkan som kan vara svår att upptäcka vid första ögonkastet. Författaren tar Sveriges grundlag som exempel. Lagen anses inte vara ett resultat av en naturlig

utveckling utan har istället framkommit med hjälp av en rad olika sociala processer. Efter hand har lagen formats så att den ser ut som den gör i dag (Wenneberg 2010:57). Liknelser kan dras till den svenska narkotikadebatten och de lagar som uppkommit ur den. De lagar som skapats genom åren grundas inte på någon naturlig förutbestämd utveckling utan är, liksom grundlagen, ett resultat av samhälleliga diskurser. Undersökningar kring hur sociala problem konstrueras, exempelvis synen på personer som använder narkotika, kan därför avslöja att det som framstår som naturligt och självklart egentligen är en politisk fråga, där det finns olika tänkbara val (Sahlin 2013:147). Genom att skildra vissa personer som skurkar och andra som offer, menar Sahlin (ibid.) att en viss sorts åtgärder indirekt förespråkas. Om de som injicerar narkotika framställs som personer som får skylla sig själva så kommer åtgärderna från samhällets sida att spegla just denna syn. Framställs de däremot som offer under ett narkotikaberoende så skulle samhällets insatser se annorlunda ut. Språket som formar och formas av den narkotikapolitiska diskursen kan därmed konstruera hur verkligheten kring de som använder narkotika ser ut. Hur narkotikaanvändare uppfattas kan ha följder på makronivå, med vilka narkotikapolitiska insatser som accepteras och implementeras i samhället, men också på mikronivå i följd av människors bemötande av den enskilda individen.

För att kunna förstå vad som formar och påverkar narkotikaanvändares utsatthet kommer det empiriska materialet alltså att studeras ur ett socialkonstruktivistiskt perspektiv. Sahlin (2013:138-139) redogör för tre olika inriktningar inom konstruktivismen och benämner dem som ”strikt”, ”vulgär” och ”kontextuell” konstruktivism. De strikta konstruktivisterna menar att en bör ta avstånd från ontologiska antaganden om verkligheten och istället studera hur problemdefinitionerna formas. Huruvida de stämmer överens med ”verkligheten” tar en då helt avstånd ifrån. Den vulgära konstruktivismen problematiserar inte alls existens och sanning. Konstruktioner blir därmed någonting som ”står i vägen” för ”sanna” representationer som vetenskapen i sin tur ska tillhandahålla. I den kontextuella konstruktivismen relateras konstruktioner och definitionsprocesser till sin sociala och historiska kontext. Den kontextuella konstruktivismen kan ses en slags medelväg då den utgår från att en ”med rimlig säkerhet” kan veta något om sociala förhållanden. Denna studie kommer undersöka utsattheten för personer som injicerar narkotika. Detta kommer att göras, dels genom personers egna berättelser och också genom den narkotikapolitiska diskursen för att se hur sociala kontexter påverkar synen på de som använder narkotika. Studien kommer därför att utgå från den kontextuella konstruktivismen. Med hjälp av diskursteorin kommer utmärkande diskursiva inslag att synliggöras i den narkotikapolitiska debatten, detta för att i sin tur se hur den påverkat narkotikaanvändares livsvillkor.

3.3 Diskursanalytiskt perspektiv.

Denna studie kommer inte använda sig av en renodlad diskursanalys. Men med hjälp av diskursanalysens metoder kommer den narkotikapolitiska diskursen om personer som använder narkotika att synliggöras och hjälpa till att förstå de livssituationer som intervjupersonerna berättar om. Börjesson och Palmblad (2007:19) menar att diskursanalysen öppnar upp för en bred variation av materialkombinationer där inget material är mer autentiskt än något annat. Det handlar snarare om att använda material som passar för studiens syfte.

Fokus kommer att ligga på vad Börjesson och Palmblad (2007:11, 14-15) benämner som stora diskurser. Tyngdpunkten ligger därmed på hur diskurser inte bara existerar på en viss plats utan istället opererar över institutionella gränser. Diskursen går därmed igen på många platser

och kan även ha betydande utsträckning över tid. Diskursanalysen menar att det alltid finns en begränsad repertoar av både berättelser och tolkningsramar som är kulturellt, historiskt och genremässigt satta. Börjesson och Palmblad (2007:9) menar att forskarens uppgift är att studera villkoren för olika bilder av verkligheten. Kunskap ses dock som socialt konstruerat och kan därför aldrig avspegla en entydig verklighet. Trots detta handlar det inte om att förneka existerande samhällsfenomen såsom missbruk, kriminalitet eller hemlöshet. Poängen är att se dess diskurs och studera olika sätt att uppfatta, förstå och förklara denna typ av fenomen. Vad förutsätter olika former av föreställningar och vad blir dess konsekvenser i olika sammanhang? När språk används så konstrueras verkligheten. Att namnge grupperingar, företeelser och händelser så skapas sammanhang i vilken verkligheten produceras (Börjesson och Palmblad 2007:10). Diskurser är repertoarer och resurser som är behäftade med sociala och kulturella fält⁶ där de aktiveras och sätts i rörelse av människor. Diskurser bygger upp världar, föremål, sinnen och sociala relationer. De skapar ny mening i form av logiker, associationer och sammanhang. Därigenom orienteras människan och dess handlande. Diskurserna kan begränsa handlingsutrymmen men också öppna upp för nya handlingsvägar (Börjesson och Palmblad 2007:12). Börjesson och Palmblad (2007:10) menar att det inte finns någon objektiv hållpunkt utanför diskurserna och de språkliga framställningarna. De förklarar ”den språkliga vändningen” som diskurser som utesluter och avgränsar men också hjälper oss att urskilja vad som är sant, rimligt, relevant och möjligt. Genom språket så förändras världen hela tiden i en pågående process. Språket kan därmed inte ses som ett färdigt system utan som en handling där fakta förvandlas till en produkt av språktillämpning. Språket frammanar och konstruerar vår verklighet.

Benämningar såsom alkoholist, narkoman och missbrukare är ord som används för att beskriva och/eller kategorisera personer som använder olika sinnesförändrande preparat. Begreppet missbruk är väl etablerat i det svenska språkbruket och används av sociala myndigheter, i lagtexter och av media på ett till synes oproblematiserat sätt. Begreppet används inom socialtjänsten för att ringa in en bred och i mångt och mycket, blandad individgrupp och har kritiserats för att vara oprecist, godtyckligt och stigmatiserande (Richert 2014:21). Kritik mot begreppet missbrukare har framförts av myndigheter, forskare, utredare och brukare. För att undvika att reproducera ett stigmatiserande språk på redan stigmatiserad personer kommer även denna studie ta avstånd från begreppet ”missbrukare” i största möjliga mån. Istället kommer begrepp som ”personer som injicerar narkotika”, ”intravenösa användare” och ”narkotikaanvändare” att användas vilket kan verka mindre stigmatiserande, distansierande och objektifierande. Vid referering till annan litteratur kommer dock författarens valda begrepp att användas då detta kan spegla specifika åsikter som författaren vill få fram.

3.4 Avslutande tankar

De analytiska begrepp som nu redogjorts för kommer ligga till grund för uppsatsens olika delar men utvecklas mer ingående i den avslutande diskussionen i kapitel 8.

⁶ Fält kan ses som system av konkurrerande sociala relationer som samverkar i enlighet med egna specifika logiker och regler. Begreppet myntades av Bourdieu (Moi 1994:5).

4. Teoretiska begrepp

Jag har hittills benämnt en rad olika begrepp som kommer att användas i den här studien. Detta kapitel kommer att redogöra för ytterligare några teoretiska verktyg som ska hjälpa till att förstå det empiriska materialet. Kategorisering, stigmatisering och riskbeteende kommer alla ligga till grund för att placera in intervjumaterialet i ett större teoretiskt sammanhang. De teoretiska begreppen kommer också att användas för att förstå hur sprutbytesverksamheten kan inverka på personers utsatthet.

4.1 Kategorisering och dominerande samhälleliga attityder

Att placera in personer i olika kategorier är en del av interaktionen mellan människor. Kategoriseringar underhåller och producerar social och moralisk ordning. Ofta handlar kategorisering om att definiera människor. Vi placerar oss själva och andra i kategorier som vi sammanlänkar med utmärkande egenskaper. Kategoriseringarna är kunskap som är så djupt rotat i den gemensamma kulturen att det oftast räcker att nämna en kategori för att andra ska veta vilken typ av människa som beskrivs och dess karaktäristiska egenskaper (Juhila 2004:261). Silverman (1998:88) menar att kategoriseringar kan ses som ett sätt att bevara harmonin i ett samhälle genom att människor enkelt kan orientera sig med andra. Men kategoriseringarna kan också bevara människor i en diskriminerande situation och skapa "identitetsfångelser" med negativa egenskaper. Cohen (1985/2007:86) menar att vi hela tiden tänker i binära bedömningar och genom att placera in personer i kategorier med tillhörande egenskaper så vet vi också per automatik vad de *inte* är. Uppdelningen i ett "vi och de andra" är en viktig process för att upprätthålla makt och exkludering av de som anses avvika från normerna i samhället (Petersson 2013:57).

Genom den svenska narkotikapolitiska debattens historia har kategorin *missbrukare* skapats. För att förstå hur dominerande samhälleliga diskurser kan påverka den enskilda personens utsatthet redogörs i detta stycke för hur kategorin missbrukare kan påverka den enskilda personen. Samhälleliga attityder till narkotikaanvändning i sig och uppfattningar om personer som använder narkotika har på flera sätt betydelse för den enskildes självbild. Oavsett om personen vill avsluta sin narkotikaanvändning eller inte, beskriver Blomqvist och Olsson (2011:181) hur omgivningens uppfattningar spelar en stor roll. Olika kontextuella förutsättningar samt andras bemötande har stor betydelse för möjligheten att ändra sin livssituation. Många människor uppger sig ha mött någon form av missbruksproblematik i sin omgivning men majoriteten har valt att inte ingripa eller hjälpa personen i fråga. Oviljan att hjälpa återspeglar inte bara den stigmatisering som finns gentemot personer som använder narkotika utan också en rädsla för att själv göra någonting som är straffbart (Blomqvist & Olsson 2011:182). Det är en vanlig föreställning både bland professionella och hos den enskilde medborgaren att personer i "tungt missbruk" har mycket små chanser att ta sig ur sitt beroende, framförallt utan professionell hjälp. Denna starkt etablerade föreställning kan till viss del skapa en uppgivenhet hos användaren själv men också påverka hur denne bemöts av omgivningen. Allmänna åsikter kring möjligheten att sluta använda narkotika kan också påverka vilka resurser som finns tillgängliga såsom alternativa sysselsättningar, boenden och/eller stödjande sociala nätverk (ibid.).

4.2 Stigmatisering

Begreppet stigma används som benämning på en egenskap som är djupt misskrediterande för en person eller en grupp. Egenskaper som kan vara misskrediterande för en viss grupp kan istället vara bekräftande i en annan grupp och därför kan inte egenskaperna ses som fasta i sig utan handlar snarare om sociala relationer. Ett stigma består därför om en speciell relation mellan ett attribut och ett mönster. Varje samhälle avgör själva vilka kategorier som skapas för att dela in människor. Det gäller även vilka egenskaper som uppfattas som vanliga och naturliga för personerna inom de olika kategorierna. Kraven som ställs på olika människor och vad de i sin tur innebär förblir dock ofta omedvetna tills de av någon anledning bryts eller på olika sätt ifrågasätts. Rent definitionsmässigt ses personen med ett stigma som mindre mänsklig än ”de normala”. Det är utifrån denna syn som diskriminerande åtgärder växer fram och i hög grad reducerar dennes livsmöjligheter. Tre stigman har definierats. Kroppsliga missbildningar (fysiska funktionsnedsättningar), fläckar på den personliga karaktären (ex. fängelsevistelser, narkotikaanvändning, alkoholism etc.) samt tribala stigman (ex. etnicitet och religion) (Goffman 2011:9-13). Personer som injicerar narkotika kan främst förstås utifrån stigmatisering kring ”fläckar på den personliga karaktären”.

Narkotikaanvändare är personer som ofta är starkt stigmatiserade. De som faller offer för stigmatisering ses många gånger som ”outsiders” och ”de andra” och blir socialt isolerade och marginaliserade (MacNeal & Pauly 2011:26). Men stigmatisering av droganvändning är inte oberoende av andra samhälleliga maktaspekter. En person av en lägre samhällsklass har större risk att bli stigmatiserad för sitt narkotikaanvändande än en person som är av en högre samhällsklass. Simmonds & Coomber (2009:122-124) ser stigma som en process med kombinationer av bland annat stereotyper, förlorad status och diskriminering. Stigma behöver därmed förstås utifrån en social maktrelation från kontexten den befinner sig i. Att förstå stigma som en form av diskriminering är att förflytta fokus från de som blivit stigmatiserade till de som producerar stigmat. Stigmatisering av en specifik grupp kan resultera i synen på individer som ”mindre värda” olika typer av samhällsinsatser.

Simmonds och Coomber (2009:124-127) har identifierat en form av inomgruppsstigmatisering. De menar att det även inom stigmatiserade grupper kan uppstå nya stigmatiserande, hierarkiska skillnader. Inomgruppsliga skillnader har identifierats vid aspekter som berör sprutdelning. Hemlösa injektionsbrukare har ansetts vara längst ner i den hierarkiska ordningen då de sågs som oansvariga i sin användning av sprutor genom att dela och skräpa ner i allt större utsträckning än andra intravenöst användare. Att dela sprutor ansågs av ”ansvarsfulla injektionsanvändare” som smutsigt, något som bara lata personer som gett upp hoppet om sig själva höll på med. Författarna menar att de som uppgav att de inte delade sprutor med andra hade högre självförtroende som också förstärktes genom att dela med sig av sina egna moraliska antydningar. Dock fanns det många ”ansvarsfulla injektionsanvändare” som ansåg att dela sprutor med sin partner var fullt acceptabelt. Stigma kan därmed fungera som en mekanism för att bortse från sitt eget riskabla beteende och istället fokusera på andras beteende. ”Internalized stigma” är ett begrepp som benämner processen där personen själv börjar tro att denne förtjänar den stigma och diskriminering som denne utsätts för. Internatized stigma har också setts påverka benägenheten till ett självskadebeteende och utförandet av riskfulla beteenden (Cama et al. 2016:1664, Riviera et al. 2014:260). För att undvika stigmatisering kan narkotikaanvändare försöka gömma sin egen användning. Det kan i sin tur leda till att personen väljer att inte besöka nödvändig medicinsk vård och/eller andra sociala hjälpinsatser (Riviera et al. 2014:259). Både personal och injektionsanvändare i sydvästra England har bevittnat stigmatisering vid besök av samhällets

generella hälso- och sjukvårdsservice. Narkotikaanvändare har här ansetts vara mindre värda de sprutor som kunnat hämtas ut på apotek. Deras behov av injektionsverktyg har ansetts vara baserat på livsval snarare än andra hälsorelaterade svårigheter såsom viss typ av diabetes (Simmonds & Coomber 2009:122, 125). Att uppleva stigma kan resultera i både sämre mental och fysisk hälsa. Det kan i sin tur resultera i att personer som injicerar narkotika undviker att söka vård för sina hälsorelaterade besvär (Cama et al. 2016:1664). En konsekvens av stigma är negativa följder gentemot den egna självkänslan och den egna motivationen. Stigma kan därför ha förödande effekter för skadereducerande insatser då intravenösa användare kan känna skam för att besöka verksamheter såsom sprutbyte på grund av rädsla för att möta omgivningens och de professionellas eventuella fördömanden. Det i sin tur kan istället göra delandet av redan använda sprutor och kanyler mer utbrett (Simmonds & Coomber 2009:128). Personalen vid Sveriges sprutbytesverksamheter arbetar dock aktivt för att inte reproducera ett fördömande bemötande gentemot sina besökare. Personalens agerande kan förklaras genom Goffmans begrepp ”de visa”.

De som Goffman (2011:36-38) benämner som ”de visa” är ”normala” personer som genom en speciell situation har medfört att de blivit väl förtrogna med stigmatiserande personer och blivit sympatiskt inställda till dess hemliga liv. Det räcker inte enbart att ställa sig till personernas förfogande utan ”de visa” måste accepteras och få ett visst erkännande från den som är stigmatiserad. ”De visa” kan ses som individer där stigmatiserade personer inte behöver känna någon skam eller tillämpa någon särskild självkontroll. En typ av ”vis person” kan vara någon som arbetar på en viss typ av institution som antingen tar hand om den stigmatiserades behov eller som sympatiserar med samhällets insatser som finns till förmån för denne. Ett exempel kan vara ett australiensiskt sprutbyte där besökare beskrivit hur personalens arbete skapat en ”diskrimineringsfri oas” och ”en säker plats i en annars osäker värld” (MacNeal & Pauly 2011:30). En annan typ av ”vis person” kan vara den som har ett socialt band till den stigmatiserade genom exempelvis giftermål eller familj. Goffman (2011:39) menar att stigmat då kan färga av sig på den ”normala” om inte förbindelserna med denne undviks eller avbryts. Att kategoriseras som *missbrukare* och uppleva ett samhälleligt stigma formar många gånger det egna livsutrymmet. Följande avsnitt redogör för riskbeteende kopplat till injicering av narkotika.

4.3 Riskbeteende

Personer som injicerar narkotika befinner sig ofta i en livssituation där utsatthet och risktagande utgör en märkbar del av vardagen (Connors 1992:591). Vad som anses vara en risk eller ett riskbeteende varierar dock både över tid och mellan kulturer. Douglas menar att risk innefattar moraliska associationer (Douglas citerad av Richert 2014:65). Det spelar stor roll i omgivningens värderingar av en händelse om personen anses ha utsatts för risk eller om denne har utsatt sig själv för en risk. En del risker är socialt accepterat i samhället, andra inte (Richert 2014:65). Att regelbundet injicera narkotika innebär ett stort risktagande. All form av narkotika är illegal och kan resultera i straff såsom böter eller fängelse. Att finansiera ett regelbundet narkotikaanvändande kan i många fall också resultera i illegala och/eller riskfyllda situationer såsom langning av narkotika, prostitution och olika former av stölder. Själva narkotikaaffären i sig kan resultera i att bli utsatt för våld och hot om våld. Även injicerandet som intagnings sätt innebär en risk i form av blodburna virus, infektioner och överdoser (Connors 1992).

Richert (2014:65-71) ger en översyn av rådande forskning inom risk, risktagande och riskutsatthet. Risk beskrivs som en potentiell förlust, skada eller andra negativa konsekvenser av en handling och som en ofrånkomlig del av människans vardagsliv. Forskning om individ-

faktorer och risktagande har visat starka samband mellan personlighetsdrag såsom sensationssökande beteende, impulsivitet och aggression och risktagande aktiviteter såsom spel om pengar, sexuella riskbeteenden och droganvändning. Genetiska faktorer har visat sig spela in och en viss typ av ärftlighet är av betydelse. Biologiska och medicinska förklaringsmodeller till avvikande beteenden och risktagande har resulterat i individinriktade åtgärder. De förklaringsmodeller som fokuserar på dysfunktioner hos individen ger dock lite kunskap om vilka eventuella fördelar som ett risktagande kan ge en individ. Sättet att se på olika risksituationer är högst individuellt. Individer kan känna olika inför samma risk eller konsekvenserna som kan komma ur en specifik situation. I stort sett allt det avsiktliga risktagandet består av någon form av belöning för individen. För att förstå att individer tar olika risker behöver en titta på vilken betydelse belöningar i sig har. Om en person är villig att ta en risk eller inte beror på belöningen i förhållande till eventuella negativa följder (Coleman 1990 refererad av Richert 2014:67).

Teorier kring individens överväganden och beslutsprocesser i förhållande till risktaganden fokuserar på kognitiva beslutsprocesser och rationella beslutsfattanden. Teorierna fokuserar på individen som en rationell och kalkylerande aktör som är fullt kompetent att fatta informerade riskbeslut. Dock har dessa individuella teorier kritiserats då kontextuella och sociala faktorer såsom gruppnormer, maktrelationer, begränsade valutrymme samt handlingsutrymme påverkar riskbeteende och riskbedömning. Teorier kring ”situerad rationalitet” betonar istället individens beslutsfattande om risk påverkas av och i samband med andra risker. Teorier om socialt handlande skiftar fokus från individen till fokus på sociala relationer och dess sammanhang. Riskbeteende ses ur dessa teorier som påverkade av sociala normer om vad risk är samt sociala interaktionsprocesser och förhandlingar mellan olika deltagande aktörer. Sociala relationer innefattar olika maktrelationer vilket kan resultera i att en individs agerande kan påverka andras handlingsutrymme och valmöjligheter (Richert 2014:68).

Vid narkotikaanvändning har ytterligare aspekter poängterats. Drogens beroendeegenskaper, sociala faktorer av narkotikaanvändandet samt abstinensens betydelse behöver tas i beaktande när en talar om individens riskbeteende. ”Risk environment” beskrivs som en modell som i större utsträckning tar hänsyn till de strukturer, sammanhang och kontexter inom vilka skador uppkommer och förminskas. Modellen fokuserar på hur risker är sammankopplat till materiella, sociala och hälsorelaterade ojämlikheter. Mikromiljön omfattar upplevda sociala normer, värderingar och relationer bland de personer som injicerar narkotika. Makroriskmiljön handlar istället om offentliga och legala kontexter såsom policys kopplade till folkhälsa och narkotikaanvändning samt dess betydelse för uppkomsten och hanteringen av skador och risker. Policyfaktorer kan handla om vilka möjligheter personer som injicerar narkotika får till vård och behandling samt i vilken utsträckning samhället satsar på skadereducerade insatser såsom sprutbytesprogram. En grundtanke i risk environment-modellen är att preventionsarbete och skadebegränsning är sociala interventioner som är påverkade av olika kulturella, sociala, ekonomiska, policyrelaterade och politiska kontexter. Om en sprutbytesverksamhet endast har ett fåtal besökare som injicerar narkotika och detta är på grund av bristande polisiärt agerande, ekonomiska resurser samt restriktioner kring vilka som får besöka verksamheten och hur mycket injektionsverktyg som får delas ut kommer insatsen som sådan att få en liten betydelse för att minska narkotikarelaterade skador (Richert 2014:70-71). En central utgångspunkt är att individen ofta agerar logiskt och rationellt utifrån hur situationen tolkas och det upplevda och faktiskt handlingsutrymmet. Handlingsutrymmet för personer som injicerar narkotika påverkas till stor del av drogens effekter, kostnaderna för drogen, av centrala normer och viktiga personer inom individens sociala gemenskap samt

samhällets hantering av narkotika och dess syn på individen som narkotikaanvändare (Richert 2014:71). Folkhälsomyndigheten (2015:13) menar att individens riskbeteende kan påverkas otillräcklig kunskap om smittovägar för sjukdomar samt hur dess olika symptom uppträder.

4.4 Avslutande tankar

Detta kapitel har redogjort för teoretiska begrepp som ska vara till hjälp för att förstå den utsatthet som upplevs av personer som injicerar narkotika. I kapitel 7 kommer konkreta exempel att ges som visar på hur kategoriseringen, stigmatiseringen och riskbeteendet tar sig i uttryck och påverkar livssituationen för personer som injicerar narkotika. Först kommer dock kapitel 5 som tittar närmare på den narkotikapolitiska diskursen i Sverige där involveringen av de teoretiska begrepp som nu redogjorts för är högst aktuella.

5. Narkotikapolitiken i Sverige

I det här kapitlet kommer Sveriges narkotikapolitiska ställningstaganden att redovisas. Syftet med kapitlet är att ge en överblick över några av de faktorer som påverkat och i stor grad även i dag påverkar personer som injicerar narkotika. Roumeliotis (2017:159) menar att ”narkotikaproblemet” inte är någonting som är givet, objektivt eller oföränderligt. Fenomenet formas snarare genom specifika sammanhang och utifrån en mängd olika antaganden vilket vi kommer se exempel på genom kapitlets olika delar. Att förstå den narkotikapolitiska historien är viktigt för att förstå den utsatthet som narkotikaanvändande personer upplever. Även intervjupersonerna i denna studie uttryckte åsikter kring den svenska narkotikapolitiken. Deras tankar kommer därför finnas med i form av citat under utvalda delar av kapitlet. Att lyfta intervjupersonernas tankar redan i detta kapitel kan ses som ett försök att synliggöra röster som annars ofta tystas ner. En längre presentation av intervjupersonerna sker sedan i början av kapitel 7. Redogörelsen i detta kapitel kan ses som den yttre cirkel av narkotikapolitiska debatter, lagar och praktiker som sågs i tidigare modell. Då studien ämnar titta närmare på problematiken för personer som injicerar narkotika i Sverige kommer svenska förhållanden här att ges särskilt utrymme.

5.1 Sveriges narkotikapolitiska nolltolerans

Svensson (2012:14) beskriver narkotikapolitik som nationella och internationella åtgärder och lagregler som syftar till att reglera framställning, odling, försäljning, smuggling och användning av preparat som definieras som narkotika. Författaren menar att narkotikapolitiken kan studeras på tre olika nivåer som han benämner som (1) den retoriska nivån (debatter), (2) den formella nivån (lagregler) samt (3) den praktiska nivån (mötet mellan samhällsätgårderna och individen) (Svensson 2012:37-38). Att använda narkotiska preparat, menar Törnqvist, är inte någonting nytt men som socialt problem etablerades narkotikan omkring 1960-talet (2009:52). Innan 1960-talet sågs narkotikan som ett individuellt problem baserat på medicinska lösningar. Ansvaret låg då på den enskilde individen tillsammans med dennes läkare (Olsson 2017:27).

Olsson menar (2017:28) att det kan tänkas som självklart att de inneboende egenskaperna i ett preparat är det som avgör hur farligt det är att bruka. Dock har det i en historisk narkotikapolitisk kontext spelat en mycket liten roll. Preparat med de största beroendeframkallande egenskaperna, såsom heroin, morfin och andra lugnande medel har inte varit de som historiskt framställts som farligast. Dessa preparat har genom tiderna använts i mycket hög grad inom den medicinska vården, utan att det framställts som ett samhällsligt problem. Anmärkningsvärt är också att samhällets mest beroendeframkallande preparat; tobak, alkohol och kaffe aldrig fallit inom ramen för en narkotikaklassning. Narkotikafrågan uppdagades istället på grund av andra preparat, framför allt amfetamin och cannabis. Amfetaminanvändandet var mycket omfattande innan 1960-talet och framställdes som ett preparat utan biverkningar och beroendeframkallande egenskaper. Hundratusentals socialt väletablerade svenskar använde preparaten. Negativa effekter uppdagades dock och användningen begränsades kraftigt. Trots begränsningen fanns det personer som inte lyckades sluta med sin användning. Personerna identifierades som medlemmar i en såkallad subkulturell grupp som skulle spela en helt avgörande roll för hur den narkotikapolitiska debatten fördes. Gruppen utgjordes av personer med ett marginaliserat liv kopplat till kriminalitet, alkoholproblem, hemlöshet och arbetslöshet. Olsson (2017:30-31) menar att det inte är svårt att se hur samhällets redan moraliserande åsikter kring de här personerna även kom att inkludera deras

användning av narkotika. Narkotikan började därmed uppmärksammas i media allt mer och nya professioner, såsom socialarbetare, poliser och psykologer började engagera sig i frågan.

Under 1970-talet fick narkotikafrågan ett allt större utrymme i den svenska politiken. Synen på narkotikan som ett hot mot befolkningen fick snabbt stöd i den allmänna opinionen vilket underlättade de åtgärder som infördes. Olsson menar att narkotikafrågan kom att fungera som politiskt "röstfiske" under många år (2017:34). Debatten fokuserade på narkotikabrukets orsaker och droganvändning sågs som ett symptom för något mer djupliggande hos individen. Under 1970-talet är läkaren Nils Bejerot mycket aktiv i den offentliga debatten. Bejerot menade att missbrukaren inte hade möjlighet att se till sitt eget bästa och han var en stor anhängare i tvångsvårdsfrågan som utvecklades under detta sekel. Bejerot menade att missbrukarna drivs av en okontrollerad drift av narkotikan och därför kan inte hänsyn tas till deras egen vilja och önskemål (Törnqvist 2009:55-58 & 72). Under denna tid växte även moraliska entreprenörer fram i form av organisationer som med ett starkt känslomässigt engagemang lyfte fram narkotikan som en social avvikelse (Olsson 2017:32). Hasselakollektivet som fick stort genomslag i media under 1970-talet menar att narkotikan och dess användande är kopplat till klassamhällets struktur. Behandling bör därför ske genom att anpassa den marginaliserade narkomanen till ett ordnat liv, byggt på självkontroll, disciplin och skötsamhet. Missbrukaren ansågs vara en omoralisk typ som bara ville fortsätta missbruka, enbart kunde se till sitt eget bästa och som inte kunde ta hand om sin egen situation eller påverka sitt eget beteende. Under 1970-talet började en narkotikapolitisk tanke om "hårdare tag" att ta fart med längre straff och större befogenheter till polisen (Törnqvist 2009:62-63 & 66). År 1978 antog riksdagen en nationell målsättning om ett narkotikafritt samhälle (Olsson 2017:37) och nolltoleransen mot narkotika växer sig starkare.

1980-talets narkotikapolitik centrerar sig alltmer mot repressivitet och präglas av ett totalt avståndstagande från narkotika och dess användare. Lagändringar började träda i kraft och år 1988 kriminaliserade Sverige det egna bruket av narkotika. Fram till dess hade det alltså inte varit straffbart att använda droger och vara påverkad. Att kriminalisera eget bruk hade ett stort folkligt stöd och var en viktig symbolfråga. Laginförandet visade att samhället tog ett tydligt avstånd från droger. Intresseorganisationer mot narkotika startades under 80-talet och fick ett stort inflytande i den svenska narkotikadebatten. Organisationerna präglades av en positiv syn på tvång och åtgärder mot missbrukarens vilja. Bilden av missbrukaren är under 1980-talet en person som är förlorad till drogerna. Individen skildras som icke-rationell, någon som inte går att resonera med och som inte vet sitt eget bästa (Törnqvist 2009:92-96, 112-113).

Drogdebatten under 70-, och 80-talet baserades på en samhällelig förändring, att samhället behövde "skicka klara signaler" samt ta tydligt avstånd från narkotika. 1990-talets narkotikadebatt fokuserade mer på att "ordningen skulle bestå" och att samhället behövde visa en "enad front" (Törnqvist 2009:151 & 161). Seklet präglades av rädsla för ökad liberalisering av narkotikan i och med debatten kring Sveriges inträde i EU (Törnqvist 2009:128). En narkotikapolitik som var influerad av övriga europeiska länder ansågs som ett hot mot svensk narkotikapolitik och väckte stor oro i landet (Törnqvist 2009:135). Straffet för eget bruk av narkotika skärptes, kriminaliseringen av syntetiska droger utvidgades och en nolltolerans för narkotika i trafiken infördes (Törnqvist 2009:128). Den typiske drogmissbrukaren under 1990-talet är en ung människa som ska hindras från att använda droger. Ungdomar hamnade i fokus då en ravekultur växte fram som snabbt sammankopplades med intag av narkotikaklassade substanser (Törnqvist 2009:152). Utmärkande för 1990-talets narkotikadebatt var en ökad personifiering där den egna individen bar ett personligt ansvar för sitt beroende vilket, menar Törnqvist, kan ses om en form av moralisk diskurs som växer fram (Törnqvist

2009:159). Författaren menar att narkotikan och narkotikabruk aldrig setts som en accepterad del av samhället. En tydlig gränsdragning har alltid funnits, där individer som använder narkotika uteslutits från samhällsgemenskapen (Törnqvist 2009:164).

Genom åren har Sveriges syn på det narkotikapreventiva arbetet skiljt sig åt från andra västländer. Under många år satsade andra länder på skadereducerande insatser i form av sprutbyte, injektionsrum, substitutionsbehandling och heroinförskrivning för att minska smittoriskerna bland de som använde narkotika. Insatser förkastades av Sverige då åtgärderna inte krävde total drogfrihet och därmed stred mot landets ideologi om det narkotikafria samhället. En bit in på 1980-talet spreds dock snabbt hiv och aids bland narkotikaanvändare i Sverige. Landet fokuserade då på åtgärder som gick ut på att spåra narkotikaanvändare och motivera dem till behandling. Med färre personer som använde narkotika så skulle också hiv/aidsfrågan på så sätt kunna lösas (Olsson 2017:37-38). Under senare år har dock Sveriges hårt förda narkotikapolitik fått inslag av en individualprevention i form av skadereducerande verksamheter. I nästa avsnitt ges en historisk överblick i dess framväxt i Sverige samt sprutbytets väg mot en större nationell acceptans.

5.2 Den skadereducerade verksamheten

Harm reduction, eller den svenska översättningen *skadereduktion* kan förstås som ett paraplybegrepp. Begreppet innefattar program, interventioner och politiska initiativ som har för avsikt att minska länders, samhällets och individers hälsorelaterade samt sociala och ekonomiska skador som uppkommer vid narkotikaanvändning (Svensson 2012:55-57). Harm reduction som begrepp användes första gången av Russel Newcombe. Begreppet publicerades i magasinet ”Druglink” 1987 och sammankopplades först med kampen mot HIV under 1980-talet (Stimson 2010:5). Dock kan harm reduction som handling hittas längre bak i tiden än så. Redan i England på 1920-talet kunde personer, som var beroende av opiater, få heroin och morfin utskrivet på recept i en skadereducerande handling (Rhodes & Hedrich 2010:20). År 2009 stödde cirka 31 av de europeiska länderna skadereducerande verksamhet i sina narkotikapolitiska dokument och riktlinjer. Samtliga länder hade sprutbytesprogram och substitutionsbehandling. Sex av länderna tillhandahöll även sprutbytesverksamhet och substitutionsbehandling för personer i fängelse. Alla utom två av de globala injektionsrummen fanns inom de europeiska länderna (Cook, Bridge & Stimson 2010:37). Globalt fanns det år 2010 harm reduction-relaterad verksamhet i 93 länder världen över, där den HIV-relaterade preventionen har störst stöd. Men det är bara en del av allt det arbete som behöver göras, i övrigt är täckningen dålig. Globalt finns det endast två rena sprutor per månad för varje person som injicerar och bland de som injicerar opiater får endast 8 av 100 HIV-positiva personer behandling mot sin sjukdom. Orsaken, menar Stimson är länders ekonomiska ovilja att bidra till verksamheten (Stimson 2010:12). Många år av forskning kring harm reduction har lett till sofistikerade metoder för att bedöma risker och epidemier. Det finns en stor evidensbaserad grund att stå på när en ser till effekterna av skadereducerande verksamheter som att exempelvis förhindra spridning av HIV. Andra evidensstarka verksamheter är substitutionsprogrammets effektivitet och sprutbytesverksamheternas positiva påverkan till livsstilsförändring (Stimson 2010:7).

Harm reduction kan ses med en liberal filosofisk grundsyn där individen ska ha rätt att göra som denne vill om det inte går ut över andra. Den skadereducerande rörelsen är generellt mycket kritisk till politiska målsättningar såsom Sveriges ”det narkotikafria samhället” och USAs ”war on drugs”. Dessa politiska målsättningar menas vara orealistiska och därför olämpliga att ha som grundstomme i länders narkotikapolitik. Ett samhälle utan narkotika

anses inom harm reduction vara en omöjlighet och därför finns det heller ingen anledning för ett samhälle att ha det som målsättning (Svensson 2012:57-59).

Svensson (2012:91-97) menar att ett genomgående tema för de som är motståndare till harm reduction är att de ser förespråkarna som oärliga och att den egentliga orsaken till förespråkandet av skadereducerande insatser i själva verket handlar om att få igenom en legalisering av illegal narkotika. Kampen inom harm reduction beskrivs som en form av dubbelspel där legaliseringen är målet. Rehm och Fischer (2010:80) beskriver hur kritiker mot harm reduction hävdar att begreppet ”skada” inte är objektivt definierat och därför inte heller kan ligga till grund för evidensbaserad forskning och utvärdering. Vidare menas det att skadereducerande verksamheter till och med möjliggör ett fortsatt användande av illegala substanser. Att möjliggöra substansernas tillgänglighet ses då som ett led mot målet att legalisera narkotika. Förespråkare för harm reduction kritiserar istället de stora organisationernas narkotikapolitik, såsom EU, FN och landsregeringar runt om i världen. Här ligger fokus på individens rätt till hälsa. Berusningspreparat anses alltid vara en del av samhällen och att arbeta mot dess försvinnande anses då som orealistiskt. Utgångspunkten måste vara att narkotikan omfattas av positiva effekter – vid sidan om de negativa och skadliga, och att det handlar om att minimera och/eller undvika de skador som kan uppkomma vid användning av substanserna. Det handlar alltså inte i första hand om rusningsmedlen i sig (Svensson 2012:93-94).

Trots att Sverige anammat sprutbytesverksamheten som i sig är en del av paraplybegreppet harm reduction har verksamheten formats efter svenska narkotikapolitiska förutsättningar. Fyra grundläggande perspektiv har identifierats i debatten kring sprutbyte. Skadereduktionsperspektivet, folkhälsoperspektivet, det restriktiva perspektivet och drogpreventionsperspektivet (Stenström 2008:24). Ideologin bakom skadereduktionsperspektivet är ”normaliseringsperspektivet” som framhäver den egna personens fria val. Samhället har enligt detta perspektiv inte rätt att diskriminera personer på grund av dess narkotikakonsumtion. Folkhälsoperspektivet grundas istället i ett skademineringstänkande där epidemier kopplat till narkotikaanvändning hotar folkhälsan. Genom att dela ut injektionsverktyg kan antalet blodburna smittor minskas som i sin tur också leder till en minskad smittorisk för ”normalbefolkningen”. Denna ideologi skapar inga direkta konflikter med Sveriges narkotikapolitiska inriktning då den utgår från folkhälsan. Det restriktiva perspektivet har sedan slutet av 1960-talet färgat Sveriges narkotikapolitik. Anhängare till det restriktiva perspektivet uttrycker rädsla för att verksamheten ska fungera som en plattform för rekrytering av nya narkotikaanvändare. Motståndare till sprutbyte menar att verksamheten inte går hand i hand med landets narkotikapolitiska mål och bör därför inte finnas. I det sista ideologiska perspektivet, drogpreventionsperspektivet ses målsättningen för en sprutbytesverksamhet att besökarna kan slussas vidare till narkomanvård och socialtjänst och därmed få hjälp ur sitt missbruk (Stenström 2008:24-28). Implementeringen av sprutbytesverksamheten i Sverige har varit högst brokig genom åren. I de nästkommande två avsnitten redogörs mer konkret för sprutbytets svenska historia samt hur verksamhetens praktik ser ut i dag. Det är alltså här vi kan se hur Sverige bemött den livssituation och utsatthet som personer som injicerar narkotika upplever.

5.3 Sprutbytesverksamheten i Sverige

Diskussionen kring utdelning av rena sprutor började ta fart vid upptäckten av 142 HIV-positiva narkotikaanvändande personer under hösten 1985 samt ytterligare 204 personer under 1986 (Stenström 2008:8). Tryggvesson (2012) beskriver i sin artikel hur sprutbytets politiska utveckling i Sverige sett ut fram till 2012. Författaren menar att en orsak till att sprutbyte är så

kontroversiellt i Sverige kan sökas i hur landet uppfattar narkotika och narkotikaproblematik. Som vi kunnat läsa i tidigare genomgång av Sveriges narkotikapolitiska historia har det fram till 1980 talet varit fokus på att kontrollera leverantörer, tillverkare och smugglare. Därefter ändrade landets narkotikapolitik fokus och kontrollen mot den egna narkotikaanvändaren ökade. Det egna bruket kriminaliserades och idén om det narkotikafria samhället var central. Det första sprutbytet startades i Lund 1986 i en turbulent tid där HIV och Aids var nya och farliga sjukdomar. I kombination med Sveriges idé om det narkotikafria samhället menar Tryggvesson att det inte är svårt att förstå att insatsen sågs som en kontroversiell åtgärd (Tryggvesson 2012:520-521).

Tryggvesson menar (2012:536) att det funnits ett starkt motstånd mot sprutbytesverksamheten redan vid starten. Två sätt som tydligt dominerat den svenska debatten är å ena sidan ett folkhälsoperspektiv som ger individer ett smittoskydd å andra sidan det narkotikapolitiska perspektivet som fokuserar på hur verksamheten leder till ett ökat narkotikaanvändande. Expertmyndigheter har lyft förslag kring sprutbytets betydelse för folkhälsa och smittspridning. Dock har de förslag som lyfts sedan ändrats till förmån för narkotikapolitiska hänsynstaganden. Slutligen menar Tryggvesson (2012:537) att argumenten för och emot sprutbyte har varit relativt likartad genom åren. Författaren visar på främst tre argument som återkommit. Det första handlar om hur sprutbytets effekter ansetts okända. Socialstyrelsen har dock upprepade gånger redovisat forskning som visar på verksamhetens effektivitet. Det andra argumentet som varit återkommande i debatten är hur sprutbytets verksamhet inte är förenligt med Sveriges narkotikapolitik. Slutligen har även argument förts fram om att verksamheten helt enkelt inte behövs. Förespråkarna för sprutbytesverksamhet har hela tiden baserat sina argument på forskning från stora organisationer såsom bland annat UNAIDS⁷ och WHO. Genomgående för argumenten som förts fram emot sprutbytets etablering är att de främst baserats på subjektiv oro och anekdoter. Debatten har därmed baserats på mycket olika kunskapsunderlag och forskning har ställts mot känslor. Sprutbytesverksamheten är en av de insatser inom Sveriges narkotikapolitik som kan visa på ett av det starkaste vetenskapliga stödet. Tryggvesson (2012:537) menar att svenska politiker haft en klar bild om hur narkotikaproblem ska hanteras och att denna bild i väldigt liten utsträckning kunnat rubbas av aktuell forskning. På senare år har dock ett stort antal sprutbytesverksamheter startats upp i Sverige. I nästa avsnitt får vi, genom 2016 års verksamhetsrapporter ta del av de praktiska förutsättningarna som finns för sprutbyten runt om i landet.

5.4 Sprutbytesmottagningarna i Sverige år 2016

För att se hur sprutbytesverksamheten rent praktiskt ser ut i Sverige har 2016 års verksamhetsberättelser för samtliga sprutbyten lästs igenom. Nedan har sedan en sammanfattande översikt utifrån dokumenten gjorts. Samtliga sprutbyten redovisas med information kring startår, dess besökare och utdelning av injektionsverktyg. Verksamhetsrapporterna följer ingen standardiserad mall utan ser olika ut i design och innehåll. De är författade av ansvarig personal på de olika mottagningarna⁸. Verksamheter som startades efter 2016 och därmed inte har skrivit sin första verksamhetsberättelse har av förklarliga skäl uteslutits⁹. Sprutbytesverksamheterna verkar inom ramen för Sveriges narkotikapolitik. Dess praktiska verksamhet behöver därmed förhålla sig till den nolltolerans som landet bedriver vilket delvis kan ses i verksamheternas praktik. Sprutor och kanyler får endast delas ut till personer som är

⁷ FN:s samarbetsorgan som ansvarar för AIDS/HIV

⁸ Verksamhetsrapporterna finns redovisade som opublicerat material i litteraturlistan under författarnas namn.

⁹ Varberg, Halmstad, Kungsbacka

över 18 år och är boende i det landsting där besöken sker (Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler).

| Stad | Startår | Inskrivna besökare | Antal gjorda besök | Antal utdelade sprutor | Antal utdelade kanyler |
|--------------|---------|--------------------|--------------------|------------------------|------------------------|
| Kalmar | 2012 | 190 | 676 | 6860 | 11984 |
| Uppsala | 2016 | 45 | 194 | 672 | 1224 |
| Växjö | 2016 | 21 | 21 | 137 | 224 |
| Stockholm | 2013 | 1671 | 22'590 | 208'207 | 269'826 |
| Jönköping | 2016 | 64 | 520-780 | Ingen information | 7800-10'400 |
| Malmö | 1987 | 574 | 7802 | 95233 | 206'976 |
| Lund | 1986 | 111 | 772 | 6093 | 13788 |
| Helsingborg | 2010 | 300 | 2659 | 42'386 | 87'016 |
| Kristianstad | 2014 | 199 | 2318 | 26'795 | 56'565 |
| Karlskrona | 2016 | 21 | 75 | 265 | 1087 |

Uppsala, Växjö och Jönköping har i verksamhetsberättelsen påpekat att deras redovisning endast avser de månader verksamheten varit i bruk under 2016 vilket är 2 månader för Uppsala och Växjö respektive 6 månader för Jönköping. Helsingborgs redovisning har påverkats av it-problem som gjort att de inte kunnat redovisa siffror för januari och februari 2016.

Mängden utdelade injektionsverktyg skiljer sig i landet. I Växjö får förstagångsbesökaren 15 sprutor och 30 kanyler medans förstagångsbesökaren i Kalmar får 10 sprutor och 10 kanyler. I Malmö delas det ut extra sprutor inför helgen för att försäkra sig om att besökarna har rena verktyg när mottagningen har stängt. Samtliga verksamheter rapporterar goda återlämnings-siffror av sprutor och kanyler. Helsingborg ger till och med exempel på deltagare som lämnar in använda injektionsverktyg som de hittat ute på offentliga platser. Samtliga verksamheter delar, förutom sprutor och kanyler också ut andra injiceringsverktyg såsom blandkoppar, kondomer och spritsuddar. Att mängden injektionsverktyg som delas ut mellan de olika mottagningarna skiljer sig åt visar på en nationell ojämlikhet i vården. Trots goda återlämnings-siffror finns det ändå lokala restriktioner kring hur många injektionsverktyg som delas ut. Tobias¹⁰ menar att antalet injektionsverktyg som delas ut på den mottagningen som han besöker inte räcker speciellt länge om tanken är att de endast ska användas vid ett tillfälle. Även Patriks situation visar på att många sprutor och kanyler kan behövas då han, efter många års injicerade hade svårt att hitta fungerande platser på kroppen att injicera.

Det kan räcka en förmiddag. Om du ska använda dem en gång så räcker det inte så länge. Just den biten är ju ganska svår. Jag tycker att man ska få så många som man säger att man behöver. – Tobias

Jag förbrukade massor sprutor eftersom jag inte fick i mig det oftast. (...) För att få i mig en dos så kanske 10 kanyler. - Patrik

Flest öppet timmar har Helsingborg med 5 dagar i veckan med totalt 36,25 timmar. Jönköping och Växjö har öppet 6 respektive 6,5 timmar/vecka medans Kalmar har öppet 16,5 timmar per vecka. Jönköping skriver i sin verksamhetsberättelse att de önskar utökade öppettider för att

¹⁰ Tobias är en av de fem intervjupersoner som deltagit i studien. I resterande kapitel kommer fler tankar kring den svenska narkotikapolitiken att lyftas fram från studiens intervjupersoner.

kunna tillmötesgå målgruppens behov. Även här kan vi se hur tillgängligheten har lokala skillnader. Genom begränsade öppettider utestängs personer som av olika anledningar inte har möjlighet att ta sig till mottagningarna. Samtliga verksamheter har utbildad sjukvårdspersonal som sköter själva sprutbytet samt en eller flera läkare knutna till verksamheten. Sprutbytesverksamheten i exempelvis Uppsala, Malmö och Stockholm har heltidsanställda sjuksköterskor medan Växjö och Kalmar har sjuksköterskor på 75%. Läkarens tillgänglighet för verksamheten kan variera från Kalmars 10 %, Uppsalas 60 % eller som i Kristianstad där besökarna erbjuds läkartider i form av ”drop in”. Kurator och barnmorska finns tillgänglig för verksamheterna i någon form. Kalmar skriver dock att samarbetet med den barnmorska som funnits tillgänglig tidigare har avbrutits på grund av brist på fondmedel.

Kristianstad och Jönköping menar att verksamheten uppskattas av både personal och besökare. Som positiv respons ger Malmö exempel på kvinnor som kommit till dem för samtal och provtagning efter att ha blivit utsatta för våldtäkt. De menar att kvinnor som besöker deras verksamhet är en extra utsatt grupp och att deras besök visar på förtroende för verksamheten och dess personal. Jonna Sohlmér beskriver sin kontakt med sprutbytet såhär;

I alla kontakter med sprutbytet kunde jag känna mig trygg i känslan att jag inte skulle bli dömd eller tvingas förklara mig. Alltid bli sedd som en likvärdig och förnuftigt tänkande människa.” – Jonna Sohlmér (2017:86)

Utifrån 2016 års verksamhetsrapporter från Sveriges sprutbytesverksamheter kan ett folkhälsoperspektiv och ett drogpreventionsperspektiv utläsas. Perspektiven går hand i hand med vad som förväntas av verksamheten enligt lagen om byte av sprutor och kanyler (2006:323). Verksamheterna genomför provtagning på samtliga besökare, erbjuder vaccinering mot blodsmitta och rapporterar tydligt hur många besökare som tagit del av insatserna. De medicinska aspekterna får ta stor plats i verksamhetsrapporteringen. Drogpreventionsperspektivet tydliggörs i det utbredda samarbete som finns bland mottagningarna och andra instanser såsom socialtjänst, ideella föreningar med flera.

Vilka är då de som besöker sprutbytesverksamheterna i Sverige? Stenström (2008) menar att även om gruppen sprutbytesbesökare haft en varierad historik kring sitt narkotikaanvändande så kan besökarna ses som mycket erfarna droganvändare. I genomsnitt hade sprutbytesbesökaren använt narkotikaklassade preparat i 23 år och injicerat dessa i nära 16 år. Medelåldern för tunga narkotikaanvändare i Sverige är 35 år. Majoriteten av besökarna använde sin huvuddrog så gott som dagligen men intensiteten av användandet kunde variera över tid. Av de personer som räknas till kategorin ”tung missbrukare” i storstäderna är cirka 75 procent män och 25 procent kvinnor (Stenström 2008:82). Motsvarande könsuppdelning kan utläsas från sprutbytesverksamheternas 2016 års verksamhetsrapporter där männen är överrepresenterade inom verksamheten. Medelåldern för besökarna är mellan 30-40 år där kvinnor är något yngre än män. I Stockholm dominerar heroin som huvuddrog medan Göteborg och Malmö domineras av amfetamin bland de som besöker sprutbytesverksamheterna (Stenström 2008:82). Dock menar Stenström att bland de som inte besöker verksamheten är situationen den omvända, där är det heroin som är den vanligaste drogen att använda. Slutsatsen som författaren kan dra från sitt material är alltså att det är svårare för verksamheten att nå personer som använder heroin. Stenströms observationer från 2008 kring vilken huvuddrog som dominerar bland sprutbytets besökare stämmer överens med 2016 års verksamhetsrapporter och är därför än i dag högst aktuell.

5.5 Avslutande tankar

”Narkotikaproblemet” har genom åren sett mycket olika ut. Specifika sammanhang och starka aktörer har format hur problematiken framställts. Från att narkotikan har varit ett individuellt problem, främst inom den medicinska vården till att bli en fara för samhället och dess medborgare visar på ”narkotikaproblemet” som föränderligt över tid. Att olika preparat framställts som mer eller mindre farligt visar också på hur problemet formats där substanserna i sig inte varit det som styrts dess reglering. Genom olika decennium har narkotikapolitiken blivit hårdare och hårdare mot den enskilde användaren. Sverige har genom åren fört en mycket restriktiv narkotikapolitik där ”nolltolerans” fungerat som ledord och ”hårdare tag” format dess arbetssätt. Visionen om ett narkotikafritt samhälle har genomsyrat de politiska beslut som tagits. Trots en stor evidensbaserad kunskapsbank kring skadereducering har etableringen av dess verksamheter i Sverige genom åren varit motarbetad. Både John och Anton tror att det kan handla om en rädsla för ökad narkotikaanvändning.

Jag tror att vi har jävligt stelbenta politiker som tror att bara för att man släpper sprutorna fritt så kommer knarket också att göra det. Men det är inte så. Utan det är för att se till att smittsjukdomar inte eskalerar. – Anton

Med sprutbyte så är Sverige förjävla stelbent, det handlar inte om att folk knarkar mer för att det finns sprutor. Det borde bli tillgängligare. - John

Motståndet gentemot sprutbyte kan dock förstås med utgång i den restriktiva narkotikapolitik som landet i övrigt fört. Grundtanken i harm reduction har varit personens egen bestämmanderätt vilket gått emot idén om den irrationelle narkotikaanvändaren i Sverige. Smutskastning mellan förespråkare och motståndare för skadereducering har istället ägt rum, där dolda agendor framställts som den egentliga anledningen till olika narkotikapolitiska arbetssätt. Narkotikapolitiska antaganden har gjorts genom åren, där den enskilda personen hamnat i centrum för tillskrivandet av högst ogynnsamma egenskaper. Här har starka aktörer varit drivande i att framställa personer som injicerar narkotika i negativ dager vilket också påverkat vilka samhällseliga insatser som varit möjliga att genomföra. Tobias tror att oviljan att införa sprutbytesverksamheter kan grundas på synen på den enskilda användaren.

Det har väl med Sveriges syn på missbrukare att göra. De säger väl att det skulle blir fler missbrukare men det är ett väldigt dömande klimat. Jag antar att det har med det att göra. – Tobias

Personer som redan innan burit på en samhällselig normavvikelse har också fallit offer för den stigmatisering som formats kring narkotikaanvändningen. Genom åren har personer mer och mer lämnats att själva ansvara för sitt narkotikaberoende och systematiskt uteslutits från samhällsgemenskapen. Mer om hur den narkotikapolitiska diskursen påverkat och format den utsatthet som intervjupersonerna berättar om kommer att redovisas i tolkningen av det empiriska materialet (7.0) och diskuteras närmare i den avslutande diskussionen (8.0).

6. Metod och Material

Denna studie är etiskt känslig av flera anledningar. Urvalet består av personer som socialt utsatta i samhället och som genom sin narkotikaanvändning per automatik befinner sig i kriminalitet. Även om personer som injicerar narkotika varit svåra att nå har jag ändå upplevt att de som bidragit till studiens empiriska material varit öppna och vågat prata om sin livssituation. Studiens etiska aspekter kommer att redovisas under respektive underrubrik och grundas bland annat i Vetenskapsrådets (2017) riktlinjer för akademisk forskning.

6.1 Förförståelse

Min förförståelse och kunskap kring personer som injicerar narkotika kommer inte enbart från universitetets teoretiska värld utan också från praktiskt arbete inom Göteborgs kommun. Jag arbetade tidigare på ett av kommunens boenden för personer med narkotikaberoende kombinerat med en hemlöshetsproblematik. Jag fick genom mitt arbete ha nära kontakt med människor som under perioder befann sig i ett aktivt narkotikaanvändande med heroin som huvuddrog. Personerna på boendet drogs mellan socialtjänstens krav och drogens klor. Vardagen kantades av infektioner, abstinens, upplevt utanförskap och återfall. Genom samtal har jag fått ta del av svårigheter att balansera omgivningens krav på, och den egna uppfattningen av, sin egen narkotikaanvändning. Av rädsla för att bli placerade i en kategori som inte överensstämmer med den egna självuppfattningen har jag fått möta personer som väljer att dölja sin boendesituation från både familjemedlemmar och sjukvårdspersonal. Jag har pratat med personer som väljer att inte uppsöka medicinsk hjälp av rädsla för kommentarer om, och blickar på, sönderstuckna armar. Jag har vid ett tillfälle, med organisationen i ryggen, beslagtagit rena sprutor för att inte uppmuntra till fortsatt injicering av droger – något som jag i dag, med ökad kunskap, skäms över. Med denna förförståelse som bas att stå på tar jag mig an studiens empiriska material. Jag är ödmjuk inför min egen påverkan på materialet.

6.2 Tillgång till forskningsfältet och dess metodologiska svårigheter

Vid studiens början fanns en ambition att intervjua personer som aktivt injicerade narkotika. Det fanns en idé om att begränsa mig till Göteborgs kommun för att se hur avsaknaden av en sprutbytesverksamhet påverkade de personer som injicerade i staden. Att nå studiens målgrupp visade sig dock vara mycket svårt. Idén om den lokala förankringen släpptes i ett tidigt skede. Av praktiska skäl har dock kontakt främst tagits med instanser som arbetar med narkotikaberoende i Göteborg med omnejd. Stödboenden, både privata och kommunala har kontaktats. Beroendemottagningar inom sjukvården, behandlingshem, kriminalvård och ideella organisationer har letats upp via olika sökfunktioner på Internet. Över 100 e-mails har skickats med information om studien. Efter någon vecka har många av instanserna kontaktats via telefon om svar inte erhållits. Studien har på så vis utgått från en blandning av ett bekvämlighetsurval och ett målstyrt urval. Valet av urvalsmetod har dels styrts av svårigheten att nå målgruppen samt att skapa en överensstämmelse mellan forskningsfrågorna och studiens intervjupersoner (Bryman 2012:350 & 434).

En av de största metodologiska svårigheterna som upplevts i sökandet efter intervjupersoner har varit de grindvakter (eng. gatekeepers) som kontaktats under studiens gång. Personal vid de kontaktade verksamheterna har varit högst betydelsefulla då de fungerat som ett första hinder för att nå själva målgruppen. Många personer med ett etablerat narkotikaanvändande lever i eller har kontakt med verksamheter som är belagd med hög sekretess vilket gör att ”grindvakterna” bestämmer huruvida studien faller inom verksamhetens ramar. Trots att

många av de instanser som kontaktats varit positiva till studien i sig har de av olika anledningar inte kunnat vara behjälpliga med intervjupersoner. Det kan handla om att de inte har målgruppen som studien eftersöker, att de rent organisationsmässigt inte mår med en studie utifrån eller att de redan deltagit i tidigare studier och behöver komma tillbaka till vardagliga rutiner. En person som arbetade vid ett av boendena inom Göteborgs stad, med lång erfarenhet av att arbeta med målgruppen, ansåg studien och dess frågor som viktiga men insåg svårigheter med att få folk att prata om sitt intravenösa narkotikabruk. Hon menade att många upplever en stark stigmatisering från omgivningen och att gruppen många gånger känner skam för sin användning. Hon identifierade intravenösa användare som personer med höga tillitssvårigheter. Hon berättade om svårigheter med att få tag på rena sprutor som kostade mycket pengar. Personer blev därmed tvungna att använda sina gamla trubbiga verktyg i flera omgångar. Hon menade också att många injicerar för att glömma, och att då behöva berätta för en utomstående kunde upplevas svårt. Dagsformen för personer som injicerar narkotika har också visat sig vara någonting som påverkat studien. Personer som visat intresse för att ställa upp på intervju har vid ett senare tillfälle inte haft möjlighet att delta. Den svävande möjligheten att låta sig intervjuas kan spegla den kaotiska livssituation som många lever under. Detta har jag visat stor respekt och förståelse för genom att vara öppen och flexibel i vår kontakt. Jag har varit tydlig med vikten av frivillighet och att intervjun endast sker om det känns bra för intervjupersonen i fråga.

En annan tanke kring en viss ovilja att ställa upp på intervjuer kan ha att göra med alla de undersökningar och kartläggningar som många tvingas genomgå. Vid in- eller utflyttning på kommunens olika boenden genomförs timmeslånga in- och utskrivningsintervjuer. Personen i fråga får redogöra för familjebakgrund, narkotikahistorik, framtidsplaner, sjukdomshistoria med mera. Liknande intervjuer sker inom socialtjänsten och sjukvården. Berättandet förutsätter instansernas hjälpsamma hand och livshistorien offentliggörs gång på gång. På boendet där jag själv arbetade låg informationen till grund för olika handlingsplaner som skulle följas upp och bockas av. Dock användes endast en bråkdel av informationen som framkom ur det standardiserande frågeformuläret. Resten av de personliga och känsliga detaljer som uppkommit blir på något sätt hängande i luften, offentliggjorda utan mening. Jag upplevde att det upprepade berättanden bidrog till en viss avtrubbning av den egna utsattheten, där berättandet tillslut förmedlades automatiserat utan förväntan på en förändring. När en då, inom ramen för denna studie, får frågan att ytterligare en gång svara på frågor kring sin situation kan det tyckas vara ett lätt val att avstå. De intervjupersoner som ändå valt att delta i denna studie har haft en tro på förändring och uttryckt sig göra det för att kunna förbättra samhällsliga omständigheter för personer likt dem själva.

Sprutbytesverksamheten har många gånger varit en hjärtefråga för personal som kontaktats och trots förutspådda svårigheter att nå själva målgruppen, har de ändå valt att göra ett försök. Information om studien har många gånger kunnat sättas upp på verksamhetens allmänna anslagstavlor. Dock har inga intervjupersoner rekryterats den vägen. Svårigheter att nå målgruppen via hjälporganisationer har också visat sig då de velat fungera som en fristad för sina besökare och därmed inte störa dem med utomstående undersökningar. Möjligtvis kan grindvakterna till viss del ha påverkat det empiriska materialet då de, efter att ha frågat runt i verksamheten, förmedlat kontakter med intresserade intervjupersoner. Grindvakternas inverkan på studien kan ses ur en positiv aspekt då de kan tänkas fungera som ett bollplank både innan och efter själva intervjusituationen. Trots att grindvakterna kan ses som en första mur för studien har de intervjupersoner som deltagit i studien förmedlat både egna upplevelser samt problem som kan ses som generella för andra som också injicerar narkotika. På så sätt kan risken med grindvakternas påverkan på materialet ändå ses som mindre utbredd.

6.3 Studiens intervjupersoner

Studiens urval består av fem personer med erfarenhet av ett intravenöst narkotikaanvändande. Att välja personer som själva har erfarenhet av att injicerar narkotika och höra deras erfarenheter av utsatthet är ett aktivt val. Valet grundas i att inte överlämna tolkningsföreträdet till inflytelserika aktörer på samhällsarenan, såsom personal vid behandlingshem eller socialtjänst. Av samma anledning har inte heller personal vid sprutbytesverksamheter intervjuats utan fokus ligger på intervjupersonernas egna upplevelser. Vid studiens början söktes personer som någon gång de senaste 12 månaderna injicerat narkotika men vid svårigheter att nå målgruppen fick tidsramen vidgas. Sista gången intervjupersonerna injicerade narkotika varierar vid intervjutillfället från mellan 1 månad till 2 år. Då fokus för studien har varit injicering av narkotika har inte vidare frågor ställts om huruvida intervjupersonerna för tillfället använder andra typer av narkotikaklassade preparat. Tidsramen kan absolut påverka individens möjlighet att återskapa situationer som beskriver en viss aspekt men då samtliga intervjupersoner har många års intravenöst användande bakom sig kan deras erfarenhetsbaserade svar ändå ses som pålitliga. Samtliga intervjupersoner är män mellan 35-68 år med ursprunglig bostadsort från olika delar av Sverige. Deras olika ålder och geografiska bakgrund kan absolut påverka vilka aspekter av utsatthet som offentliggörs inom ramen för den här studien. Att enbart intervjua män har inte varit ett aktivt val utan är istället ett resultat av svårigheter att nå målgruppen. Män är överrepresenterade bland personer som injicerar narkotika vilket också kan ha en viss inverkan. Intervjupersonerna har rekryterats från behandlingshem, en ideell organisation samt ett stödboende inom Göteborgs kommun. Att rekrytera intervjupersoner genom olika narkotikabehandlande verksamheter kan påverka vilka personer som finns representerade i materialet. De som injicerar narkotika men inte har kontakt med liknande instanser faller då per automatik utanför studiens ramar. För att vidga möjligheten att få ta del av olika personers berättelser av utsatthet har då även ideella organisationer och brukarföreningar kontaktats. Då intervjupersonerna i denna studie rekryterats genom flera olika kanaler kan därmed risken för att inte ha en tillräcklig stor allsidighet till viss del minimeras.

6.4 Intervjun, intervjufrågor och etiska aspekter

Fem intervjuer har genomförts. Fyra av intervjuerna har genomförts på intervjupersonernas tillfälliga boende och en på intervjupersonens arbetsplats. Vi har setts på en avskild, neutral plats och intervjuerna har sträckt sig mellan 30 min och lite över 1 timme. Trots att intervjupersonerna hade många specifika erfarenheter att dela med sig av, som i sak skildes åt, berörde samtliga intervjuer övergripande teman kring den upplevda utsattheten.

Intervjun har inletts med både skriftlig¹¹ och muntlig information om studiens syfte, hur den är upplagd och vilka fördelar alternativa risker som det kan medföra att delta. Etiska aspekter såsom anonymitet och sekretess har förtydligats och en samtyckesblankett¹² har signerats innan intervjun påbörjats. Informerat samtycke innebär att intervjudeltagaren deltar frivilligt och när som helst kan välja att avsluta sitt deltagande (Kvale & Brinkmann 2014:107). I slutet av intervjun har studiens syfte återigen diskuterats. Samtalet har skett för att säkra att informationen kring studien är tillräckligt tydlig och öppna upp för eventuella frågor. På så sätt kan etiska principer såsom informationskrav och samtyckeskrav säkras. Deltagaren har också erbjudits att ta del av den färdiga uppsatsen vilket många ställt sig positiva till. Konfidentialiteten i en studie handlar om vilken information som är tillgänglig för vem. Det handlar många gånger om hur känslig data kommer presenteras i studien och om intervju-

¹¹ bilaga 1 Informationsbrev

¹² bilaga 2 Samtyckesblankett

personen kan identifieras i materialet (Kvale & Brinkmann 2014:109, Vetenskapsrådet 2017:40). Då intervjupersoner rekryterats via behandlingshem och boende har ett extra förtydligande gjorts att personalen inte får ta del av det råmaterial som uppkommit under intervjun. Anonymiteten i studien har säkrats genom att personlig och identifierbar information tagits bort redan vid transkriberingen. Vid studier av utsatta personer är dess anonymitet av största vikt. Intervjupersonerna kommer från olika delar av Sverige och har då haft varierad erfarenhet kring sprutbytet verksamhet. På grund av den blandade erfarenheten har en kort redogörelse för sprutbytesverksamheten gjorts. Detta för att undvika missförstånd under själva intervjun.

Intervjuerna som genomförts har varit av halvstrukturerad karaktär. Kvale och Brinkmann (2014:45) beskriver den halvstrukturerade intervjuformen som ett sätt att försöka förstå teman i den levda vardagsvärlden. Metoden söker erhålla beskrivningar av intervjupersonens upplevda värld utifrån hur denne tolkar det beskrivna fenomenet. Kvalitativa metoder lämpar sig för att beskriva fenomen i dess kontext för att sedan presentera en tolkning och bidra med en ökad förståelse (Justesen & Mik-Meyer 2011:13). Med hjälp av kvalitativa metoder kan nyanser fångas in och sätta normer och värderingar i ett sammanhang på ett helt annat sätt än kvantitativa metoder. Kvalitativa metoder behövs för att upptäcka samhällets mekanismer och ger en bättre förutsättning för att förstå utsatta personers livsomständigheter (Ahrne & Svensson 2015:12). Ahrne och Eriksson-Zetterquist (2015:38) menar att en fördel med kvalitativa intervjuer är att det går att anpassa intervjufrågorna och dess ordning efter situationen på ett helt annat sätt än om en väljer att göra ett standardiserat frågeformulär. Det kan i sin tur ge en bredare bild med fler dimensioner och nyanser av det som studeras.

En intervjuguide¹³ med öppna frågor har använts under studiens intervjuer. Guiden har fungerat som ett stöd för att säkerställa att alla intervjuer följer ett ungefärligt liknande mönster men lämnat en stor öppenhet för intervjupersonen att fritt få uttrycka sig. Intervjufrågorna har varit av blandad karaktär där egna erfarenheter efterfrågats men också egna tankar kring ett visst fenomen. Genom att ha denna typ av blandade frågor har inte bara intervjupersonens erfarenheter uppmärksammats utan studien har också visat intresse för dennes åsikter i frågan. Att blanda frågorna kan skilja intervjusituationen i denna studie från exempelvis de intervjuer som sker inom ramen för olika boenden inom kommunen. Ett tydliggörande har gjorts i början av intervjun att intervjufrågor som inte önskas svara på kan hoppas över utan vidare förklaring. Dock har alla intervjupersoner så gott som det går besvarat de frågor som ställts. Följdfrågor har försökt följa upp och utveckla de svar som framkommit. Skillnader mellan intervjuerna förekommer därför, både i längd och i innehåll. Följdfrågorna har dock ställts med intervjuguiden i åtanke och fungerat för att säkerställa forskningsfrågorna. I frågornas öppenhet har det funnits en tanke om att låta intervjupersonen själv berätta vad denne tycker är relevant och viktigt och på så sätt undvika känslan av den automatiseringsrapportering som ofta sker inom kommunala boenden. I slutet av samtliga intervjusituationer har intervjupersonen fått frågan om intervjun och dess frågor känts bra. Denne har också informerats om att kontakt kan tas med mig om ytterligare tankar och funderingar uppkommer. Kontaktuppgifter har funnits på det informationsbrev som intervjupersonen fått med sig.

6.5 Transkribering

Intervjuerna har, med intervjupersonens samtycke, spelats in. Inspelningen har skett genom en mobiltelefon där inställningen "flightmode" använts. Inställningen säkerställer att in-

¹³ bilaga 3 Intervjuguide

kommande samtal, mail och meddelanden blockeras och har därmed inte kunnat störa intervjusituationen. Intervjuerna har sedan transkriberats för att lättare kunna analysera det material som framkommit. Syftet med transkriberingen har inte varit att genomföra en konversationsanalys utan istället få fram centrala delar av samtalet som förts. Ahrne och Eriksson-Zetterquist (2015:53) menar att vid en exakt transkribering kan muntligt tal till viss del uppfattas som osammanhängande och förvirrande. Då kan en språklig justering vid transkriberingen istället skapa en känsla av sammanhang. Transkriberingarna av intervjuerna som genomförts har fokuserat på att få en sammanhängande och läsbar text av det som sagts. Språket har därmed till viss del justerats för att det ska bli läsvänligt. Känsliga delar såsom bostadsort och personliga detaljer som kunnat äventyra anonymiseringen har under transkriberingen tagits bort av etiska skäl.

6.6 Analytiskt tillvägagångssätt

Genom att återupprepade gånger lyssna på och läsa mitt empiriska råmaterial har tre olika teman kring utsatthet kunnat identifieras. Identifieringen har till viss del grundats i hur intervjupersonerna berört samma teman. Olika textfragment från intervjuerna har sedan färgkodats och placerats in i teman som blivit centrala i arbetet av analysen. Sorteringen ger ett grepp om materialets olika delar och skapar en möjlighet att sätta in dem i ett sammanhang (Rennstam & Wästerfors 2015:82). Trots att den tematiska sorteringen till viss del har speglats i studiens teoretiska perspektiv och teoribegrepp har inte enbart teman som passar in i dessa eftersökts. En öppenhet har funnits inför nya teman som uppkommit ur intervju-materialet. Tematiseringen har sedan använts för att sammanställa och förstå upplevelser av utsatthet kopplat till injicering av narkotika.

6.7 Intervjusituationens maktaspekt

En risk med intervjusituationens öppenhet och intimitet kan ibland vara att intervjudeltagaren delar med sig av information och avslöjar detaljer som denne inte tänkt göra från början (Kvale & Brinkmann 2014:110). Att uppmärksamma denna risk har ansetts extra viktig inom ramen för studien då intervjupersonerna talat om situationer och erfarenheter som är kriminaliserat i Sverige. För att undvika att intervjupersonen i efterhand upplever olust i de detaljer som denne delat med sig av har jag öppnat upp för fortsatt kontakt genom att skicka ett mail efter respektive intervjusituation. I mailet har jag tackat för intervjupersonens deltagande och poängterat att denne kan kontakta mig om ytterligare tankar och funderingar kring studien uppkommer. Att kontakta intervjupersonen efteråt har varit en del i studiens etiska arbete med att säkerställa intervjupersonernas trygghet.

Forskningsintervjun är inte ett samtal mellan två likställda parter, eftersom jag som forskare är den som kontrollerar och definierar situationen (Kvale & Brinkmann 2014:19). Detta uppsatsprojekt skrivs inte heller i ett politiskt och socialt vakuum utan de skillnader som finns bör uppmärksammas för att påvisa eventuella maktaspekter. Fysiska skillnader är något som tidigt kunnat uppmärksammas då jag har skilt mig från mina intervjupersoner både till ålder och till könstillhörighet. Utan att klasstillhörighet funnits med som en bakgrundsfråga inom studiens ramar har det genom intervjuerna många gånger framkommit information kring intervjupersonernas socioekonomiska bakgrund. Uppväxtvillkoren har skiljt sig åt både från mig själv som intervjuare men också mellan intervjupersonerna själva. Aspekter såsom ålder, kön och klasstillhörighet är inte alltid möjligt att göra osynligt och till viss del kan detta, med stor sannolikhet ha påverkat intervjusituationen. I den rådande intervjusituationen får jag som forskare per automatik representera icke narkotikaanvändare i samhället. Då intervjupersonerna ingår i en stigmatiserad grupp i samhället och vittnat om upplevd stigmatisering från ”normalsamhället” kan även denna aspekt skapa en distans i intervjusituationen.

Alla de olikheter som nu redogjorts för påverkar med största sannolikhet intervjusituationen på ett eller annat sätt. Jag tror dock att ett bra bemötande kan skapa ett bra intervjuklimat mellan människor, trots den ojämlikhet som finns. Då jag efter samtycke har spelat in intervjuerna har jag kunnat ha fullt fokus för personens berättande. Jag har försökt att genom hela intervjusituationen visa respekt för intervjupersonen genom att vara en aktiv lyssnare och på så sätt skapa en arena där intervjupersonen konstrueras som områdeexpert. Dennes erfarenheter har inte ifrågasatts ur negativ bemärkelse utan istället ombetts förtydligas eller utvecklas för att jag ska kunna skapa mig en förståelse över fenomenet som beskrivits. Jag har varit ödmjuk inför det faktum att det är personens berättelse som får ta plats och med ett genuint intresse bett denne utveckla sitt berättande. En personlig sårbarhet kan tänka upplevas då intervjupersonerna talar om situationer som kan uppbringa känslor av skam eller skuld. Jag har dock förståelse och respekt för om det funnits situationer där intervjupersonen valt att inte dela med sig av viss information. Sammanfattningsvis upplever jag dock att intervjusituationerna inom ramen för denna studie har genomförts med intervjupersonens trygghet i fokus. Olika vägar för kommunikation har öppnats innan, under och efter intervjun, där intervjupersonen haft möjlighet att visa på olust med att delta i studien, utan att detta skett. Jag hoppas att min inställning påverkat intervjupersonen och intervjutillfället på ett positivt sätt.

6.8 Litteratursökning

För att kunna förklara personers upplevelser av utsatthet har jag fördjupat mig i en större narkotikapolitisk kontext. Jag har, genom nationella och internationella dokument, rapporter och artiklar försökt placera min empiri i ett större narkotikapolitiskt sammanhang. Då jag, genom mina forskningsfrågor, är intresserad av att veta hur personer som injicerar narkotika upplever utsatthet, och vad sprutbytesverksamheten har för funktion gentemot dessa personer har sökord som berör ämnet använts. Artiklar som ligger till grund för studiens olika delar har framkommit genom Göteborgs universitetsbiblioteks databaser. Förutom konkreta sökningar har avhandlingar, artiklar och kurslitteratur från tidigare genomförd utbildning inom Göteborgs universitet samt Malmö högskola använts.

Databasen ProQuest social sciences har använts tillsammans med Göteborgs universitetsbiblioteks sökväg ”supersök”. För att ringa in artiklar som berör just sprutbytesverksamheten och dess besökare har sökord som syrineprogram, needle exchange programs, syringe exchange, drugusers, stigma, stigmatization, internalized stigmatization legat till grund för olika sökningar. För att specificera sökningen har sökorden kombinerats i olika varianter. Resultaten av sökningarna har varit mellan 10-65 artiklar, beroende på vilka sökord som kombinerats. Många artiklar har handlat om sprutbytesverksamheter i andra länder, kopplat till blodburna smittsjukdomar och sexuellt riskbeteende. Även svenska sökord som injektionsmissbrukare, intravenösa missbrukare, tunga narkotikamissbrukare har använts, trots att begreppen varit kritiserade. Detta för att se vilka artiklar som ändå omfattas av orden. Databasen ProQuest har inte gett några resultat när de svenska sökorden använts vilket kan ha att göra med det svenska språkvalet. Bibliotekets mer omfattande sökfunktion ”supersök” har dock gett resultat vid användningen av dessa svenska sökord då böcker, artiklar och rapporter framkommit. Dock har de engelska begreppen ”problem drugusers”, ”people who inject drugs” samt ”injecting drug users” varit de sökord som gett störst resultat med upp till 486 015 träffar. Artiklarna har då sorterats på ”relevans” där titel och abstract lästs igenom för att se vilka artiklar som varit aktuella för just denna studie. Trots att studien ämnar undersöka den svenska kontexten har internationella artiklar varit av intresse. Detta för att upptäcka nationella skillnader och belysa svenska narkotikapolitiska förhållanden. För att öka

kvaliteten av de artiklar som använts inom ramen för denna studie har samtliga varit ”peer reviewed”. Utöver ovan beskrivna artikelsökningar har ytterligare dokument genomgått. För att kunna få en större inblick i hur sprutbytesverksamheten ser ut i Sverige i dag, som redogörs för under avsnitt 5.4 har mottagningarnas verksamhetsrapporter för 2016 begärts ut och lästs igenom. Då dokumenten varit svåra att hitta via offentliga webbsidor har jag med hjälp av exempelvis publicerade nyhetsartiklar via internet fått kontakt med personer som haft koppling till aktuella sprutbyten i olika städer. Personerna ifråga har sedan lotsat mig vidare till andra med tillträde till de verksamhetsrapporter jag velat titta närmare på. Denna typ av sökning har till viss del varit snårig men jag upplever ändå en välvilja att låta mig få ta del av dokumenten som jag då mottagit via mail.

6.9 Studiens reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Justesen och Mik-Meyer (2011:34) menar att begrepp som validitet och reliabilitet utvecklats ur den naturvetenskapliga positivistiska traditionen med ett syfte att uppnå strikt objektivitet. Det i sin tur förutsätter att metoder och variabler är exakt definierade och inte påverkas av forskarens roll samtidigt som studieobjektet ska utsättas för minimal påverkan. Yin (2007:59) poängterar att målet med reliabilitet är att säkerställa att om en annan forskare skulle genomföra samma studie så skulle också samma slutsatser och resultat uppkomma. En kritik mot validitet och reliabilitetsbegreppen handlar om att de förutsätter att det finns en enda och absolut bild av den sociala verkligheten (Bryman 2012:354). För att kunna göra det behöver studiens tillvägagångssätt vara väl dokumenterade. Metodkapitlet i denna studie har fått stort utrymme, detta med ambitionen att göra forskningsprocessen och studien så transparent som möjligt. Trots svårigheter att uppnå en hög reliabilitet och validitet vill jag ändå redogöra för mina tankar kring arbetet med att besvara studiens forskningsfrågor samt huruvida andra forskare ska kunna upprepa den studie som nu genomfört. Jag kommer även att säga någonting om generaliserbarheten av mitt material.

Att uppnå en strikt objektivitet har aldrig varit syftet för denna studie. Här har istället personers egna upplevelser och berättelser fått ta stor plats. Min egen roll som forskare och eventuell påverkan på materialet har uppmärksammats genom studiens metodkapitel. Genom mitt insamlade material ämnar jag inte representera alla människor som injicerar narkotika i Sverige. Studien kan därför inte sägas ha en hög generaliserbarhet. Jag vill genom mitt material visa på hur några personer med erfarenhet av att injicera narkotika upplever utsatthet i Sverige i dag. Dock befinner sig samtliga intervjupersoner i en kontext som, liksom andra personer som injicerar narkotika i Sverige, bemöts utifrån nationella narkotikapolitiska ramar. Instanser som möter personer som använder narkotika behöver därmed anpassa sin verksamhet utifrån dessa ramar. Sannolikheten att den utsatthet som intervjupersonerna belyser i intervjusituationerna kan appliceras på andra personer som injicerar narkotika i Sverige kan då ses möjlig. De slutsatser som detta material presenterar kan därmed ses som relevant ur ett större nationellt perspektiv än enbart genom de personer som finns representerade i denna studie.

Då studien grundas i ett kvalitativt metodval kan reliabilitet inte säkras genom en strikt upprepning. Studien utgår från en social miljö med sociala betingelser som är omöjliga att ”frysa” och det är därmed osannolikt att studien går att upprepa i sin helhet (Bryman 2012:352). För att reliabilitet ska kunna säkras har min ambition istället varit att göra studiens forskningsprocess så transparent som möjligt. Validiteten handlar om ifall studien mäter det den utger sig för att mäta och om forskningsfrågorna besvaras i studiens resultat (Justesen och Mik-Meyer 2011:34). Genom att intervjua personer med erfarenhet av att injicering narkotika, med frågor som berör utsatthet och slutligen tydligt redovisa studiens resultat kan validiteten

till viss del säkras. Att argumentera för studiens metodval och låta läsaren på ett tydligt sätt följa tolkningsprocessen har möjliggjort en bedömning av studiens trovärdighet.

6.10 Avslutande tankar

I metodkapitlets inledande del har min egen förförståelse samt studiens metodologiska svårigheter redogjorts för. Nyckelpersoner för att få tag på intervjumaterial har uppmärksammats samt en redogörelse för hur detta kunnat påverka studiens material. Intervjusituationens upplägg och genomförande har redogjorts för och studiens etiska aspekter har uppmärksammats och integrerats i respektive underrubrik. Etiken diskuteras sedan i form av de maktaspekter som finns kopplat till intervjusituationen och dess inverkan på materialet. En redogörelse har gjorts för studiens litteraturöversikt. Metodavsnittet avslutas sedan med att studiens reliabilitet, validitet och generaliserbarhet diskuteras. Genom att noggrant redogöra för hur jag i studien gått tillväga hoppas jag kunna guida läsaren vidare i studien.

Runquist (2012:151) menar att det i all samhällsvetenskaplig forskning finns ett inbyggt problem som grundas i forskarens egna begränsningar. Förförståelse, egna värderingar samt valda vetenskapsteoretiska perspektiv och traditioner påverkar alla forskarens tolkningsarbete. En liknelse med hur ”fisken inte ser vattnet den simmar i” är talande för det dilemma som forskaren befinner sig i. Författaren trycker på forskning som en kollektiv process vilket kan appliceras även på denna studie. Skrivprocessen har bestått av regelbundna handlednings-tillfällen samt diskussioner kring forskningsrelevanta frågeställningar med övriga student-kollegor. Jag har varit öppen för synpunkter från omgivningen kring uppsatsens olika delar och på så sätt reflekterat över min egen påverkan på materialet. I nästa kapitel går vi nu över till studiens empiriska material där intervjupersonernas berättelser får stort utrymme.

7. Tolkning av det empiriska materialet

Den analys som nu genomförs är inte på något sätt fullständig. Nya analyser kan alltid göras på materialet då endast en analys aldrig kan säga precis allt om fenomenet som studeras (Fairclough 2003:14). Jag är därmed öppen för andra tolkningar av materialet än den som nu förs fram. Genom studiens empiriska material har främst tre utsatthetsområden kunnat urskiljas. För att ge en överskådlig förståelse av materialet kommer presentationen ske med hjälp av underrubriker. Intervjupersonernas tankar och erfarenheter kommer att redovisas under respektive rubrik; den sociala omgivningen (7.1), det medvetna icke-valet (7.2) samt mötet med den allmänna sjukvården (7.3). Hur sprutbytet kan inverka på intervjupersonernas utsatthet och bidra till en förbättrad livssituation redogörs under efterföljande avsnitt (7.4). Varje rubrik kommer innehålla en redovisning av intervjuerna, mina tolkningar av vad som sägs samt hur de kan begripas med hjälp av tidigare redovisade teoribegrepp. Vi kommer få möta Kenneth, Tobias, Anton, Patrik och John där de berättar om sina erfarenheter kopplat till injicering av narkotika. Intervjupersonerna presenteras nedan mycket kort. Namnen är av etiska skäl figurerade.

Anton är 46 år och har växt upp i en mindre stad i Sverige utan tillgång till sprutbyte. Hans narkotikaanvändning har gått upp och ner i perioder. Han har haft perioder av drogfrihet men på grund av sin ADHD beskriver han hur han ofta fallit på målsnöret och börjar använda droger igen. Han injicerade första gången vid 15 års ålder tillsammans med sin bror, vars fotsteg han följt genom åren. Tobias är 35 år och kommer från en medelstor stad i Sverige. Han har den senaste tiden haft tillgång till sprutbytesverksamheten. Hans första erfarenhet av att injicera var när han var 16-17 år då hans kompis hade heroin och sprutor och kunde visa hur man gjorde. John är 45 år och kommer från en av Sveriges större städer. Även han har egen erfarenhet av sprutbyte. Första gången han injicerade var han 14 år gammal och fosterhemsplacerad. Han kombinerade sitt amfetaminbruk med arbete under många år och självmedicerade mot sin ADHD. Patrik är 54 år och bor i en av Sveriges större städer. Han har ingen egen erfarenhet av sprutbytesverksamheten. Han har många års erfarenhet av narkotikaanvändning och injicerade narkotika första gången när han var 14 år. Kenneth är 64 år och bor i en av Sveriges större städer. Han har ingen egen erfarenhet av sprutbytesverksamheten. Han injicerade första gången med hjälp av en annan person, när han var 31 år gammal.

7.1 Den sociala omgivningen

Genom intervjuerna har sociala relationer följt en röd tråd genom materialet. Samtliga intervjupersoner blev introducerade till injiceringen av äldre vänner eller familjemedlemmar som själva injicerade. Anton, Tobias, Patrik och John var alla väldigt unga vid sin injiceringsdebut och hade använt andra typer av narkotikaklassade preparat tidigare. Kenneth injicerade första gången vid 31 års ålder. I början beskrivs få negativa sociala effekter men ju längre tiden går desto mer möts intervjupersonerna av en social baksida av narkotikaanvändningen. Anton menar dock att han aldrig hade någon att dela sina tankar med som berörde de negativa aspekterna av narkotikaanvändningen.

I början kände jag att, när jag provade amfetamin intravenöst för första gången, jag kommer ihåg det jätteväldigt när jag sa till mig själv att jag aldrig kommer sluta knarka. Men sen så när man använt skiten några dagar och det börjar gå ur kroppen så piggnar ju huvudet till och då kommer ju ångesten och knackar på dörren. Jag kände att jag måste sluta med det här, det är mot allt sunt förnuft. Och just när jag mådde som skit då

ville jag inte hålla på. Men sen så glömmer man det snabbt. *Fanns det någon du kunde dela dina tankar med?*¹⁴ Nej, i kompiskretsen, vi som höll på med det, vi sa inte de negativa grejerna till varandra utan vi pratade bara om det som var bra. Det var inte tufft, vi pratade bara om det positiva. *Kände du dig ensam i de tankarna när de kom?* Ja det gjorde jag ju, för de var ju jävligt jobbiga. - Anton

En av de sociala baksidor med narkotikaanvändningen kan också vara det som Tobias beskriver, hur sociala relationer med människor som inte själva använder narkotika sakta men säkert försvinner.

Människor som inte missbrukar drar sig mer undan. De kanske inte säger så mycket men man blir ändå av med bra vänner och sunda relationer på grund av att man är missbrukare. De vill inte se det. Så kanske inte illa bemött men det är en sak som händer. Som man ändå blir påverkad av. - Tobias

Tobias beskriver hur hans sociala relationer kantas av personer som själva använder narkotika och att det kan ses som ett resultat av att andra ”bra vänner och sunda relationer” dragit sig undan. Då Sverige under många år fört en hård narkotikapolitik med stränga straff kan en rädsla för att själv, som icke narkotikaanvändare, göra någonting som är straffbart leda till ett avståndstagande från individer som använder narkotika. Avståndstagandet kan också ses som en strategi för att inte själv bli ”befläckad” av narkotikaanvändarens stigma (Goffman 2011, Blomqvist & Olsson 2011). Genom tiderna har narkotikaanvändande personer också framställts som omoraliska, icke-rationella och förlorade till drogerna. Att ”bra relationer” försvinner kan då vara ett resultat av en osäkerhet kring vad personen, på grund av användningen av droger, kommer att förvandlas till. Intervjupersonerna har många gånger upplevt sig bli inplacerade i en stereotypisk kategori som ”missbrukare” av personer som själva inte använder narkotika. Kategoriseringen har inneburit ett sämre bemötande från människor runt omkring. Anton berättar hur kärleksrelationer abrupt avbrutits när narkotikaanvändningen uppdagats och hur chefer på arbetsplatser tagit avstånd från honom när det framkommit att han använt narkotika.

Jag har haft arbetsgivare som har kommit på att jag har missbrukat som har vänt mig ryggen. De har oftast inte frågat vad det är jag håller på med utan bara vänt mig ryggen. *Upplever du att det funnits en stereotypisk bild av dig?* Ja absolut. - Anton

Chefens agerande är ett exempel på där Anton upplever sig bli illa bemött på grund av att han använt narkotika. Citatet visar också på att det kan finns många förklaringsnyanser bakom ett narkotikaanvändande och att det för Anton hade varit viktigt att få berätta om. Att få en chans att förklara sig kan separera den enskilde individen från de karaktäristiska egenskaper som klistrats fast på kategorin ”missbrukare”. Samtidigt kan berättelserna även bryta upp stereotypiska tankar om personer som använder narkotika. Men då Anton upplevde att han inte fick chansen att prata med sin chef lämnas han automatiskt kvar i kategorin ”missbrukare”. Arbetsgivarens agerande kan baseras på en allmän uppfattning om individen som förlorad till droger och att det finns väldigt små chanser för denne att bli drogfri (Blomqvist & Olsson 2011). Anton menar vidare att missbruksidentiteten följer med honom trots att han under perioder i sitt liv inte använt narkotika.

Jag har ju också ett rykte från min hemmastad. Jag har gjort en hel del fängelsestraff och hittat på mycket vilda western-grejer. Speciellt när jag var yngre. Det ryktet lever kvar. Även om jag skulle hålla mig borta från min hemmastad i 5 år och sedan flyttar

¹⁴ Intervjufrågor som sker inom ett citat redovisas genom kursiverad text.

tillbaka så skulle jag ändå ingå i det facket. *Påverkar det dig på nått sätt, hur du ser på dig själv?* Ja det ger inte mig någon bra känsla. Min behandling har gått bra och jag sätter upp små mål som jag når hela tiden. (...) Men om jag skulle ta och flytta hem och gå in på arbetsförmedlingen så skulle det vara mycket trögare för mig att få hjälp. För att jag fått så många arbetsmarknadspolitiska insatser prövade på mig. Samtidigt så vet väldigt många mitt namn, ska jag då söka ett jobb så tänker de att den där idioten kan vi inte anställa, även om jag skulle vara kvalificerad för det. *Det hänger med dig, det som varit genom åren?* Ja absolut.

Narkotikaanvändning har genom åren framställts som ett individuellt val och inte som ett resultat av andra faktorer – individen får därmed skylla sig själv och narkotikaanvändningen blir Antons eget problem att ta itu med. I och med att Anton får sluta på sitt arbete, och har svårt att få nya jobb riskerar han att hamna långt ifrån arbetsmarknaden och den sociala arena som finns där. Kombinationen av tillskrivna stereotypiska egenskaper som ”missbrukare” tillsammans med den förlorade statusen i form av uteblivet arbete ligger till grund för en fortsatt stigmatisering av personer (Simmonds & Coomber 2009). John beskriver också omgivningens oförmåga att se nyanser av narkotikavändningen. Han uppger hur han varje dag använde lite amfetamin som en form av självmedicinering mot sin ADHD och att det inte är accepterat av omgivningen. För att undvika omgivningens fördömanden blev hans strategi att hålla tyst om sin narkotikaanvändning.

Det hade inte gått. Då hade folk tagit avstånd. Narkomaner vill vi inte ha med att göra. Men jag såg det inte som att knarka, jag såg det som att avhjälpa mig ADHD. Folk har inte överseende för sådant. Därför valde jag att hålla helt tyst om det. - John

Genom att John dagligen tog lite amfetamin uppger han hur han fick ”lite lugn i skallen” och kunde då kombinera vardag med arbete. Hans användning placerar honom dock i kategorin ”de tunga missbrukarna” då han använder ett narkotikaklassat preparat *dagligen, eller så gott som dagligen de senaste 30 dagarna* (Kunskapskällar’n 2012) och visar på en viss problematik med grupperingen som görs av sociala myndigheter. Johns rädsla över omgivningens reaktioner bekräftas av de konsekvenser som visades i Antons situation ovan. John är mycket medveten om omgivningens avståndstagande om hans användning skulle uppdagas, där de som i Antons fall kanske skulle ”vända honom ryggen”. Ur John och Antons berättelser kan vi se starka stigmatiserande tendenser gentemot människor som använder narkotika. Citaten visar på den ensidighet kring narkotikaanvändandet som finns i Sverige i dag där ”missbruk” är den enda typ av bruk som benämns och ses som farligt och omoraliskt (Richert 2014). Johns självmedicinering förutsätter en form av dubbelliv där han har ena foten i ”narkotikavärlden” för att få tag på sin medicin och andra foten i den ”normala världen” för att kunna arbeta. Alltid med en vetskap om vad som händer om världarna går samman. Resultatet om världarna inte hålls åtskiljda kan därmed bli att John helt står utanför arbetsmarknaden. Ju mer ”icke-relation” till samhället en person har, desto mer inskränks dennes handlingsutrymme. Sociala relationer rekryteras från olika arenor i samhället och om personer som använder narkotika systematiskt stängs ute från dessa så kan det resultera i att dennes sociala nätverk tillslut enbart består av personer som själva använder narkotika (Skärner 2001:313). Tobias beskriver sin relation med narkotikan som destruktiv och hur livet som narkotikaanvändare per automatik medför problematiska sociala relationer.

Det uppstår många situationer med människor som du kanske inte vill träffa men måste träffa för att få tag på droger. Situationer, det är ju allt ifrån slagsmål och bråk till pistoler och våld. Det är ganska vanligt att man lånar droger av någon eller lånar ut till någon och sen inte får pengarna för det. Då blir det ofta att det leder till våld.(---) Det är situationer man inte vill vara i men i den världen så blir det så. (...) Jag ser mig inte som

speciellt våldsamt men mitt upp i beroendet och missbruket så blir jag det. Man trampar ständigt på olika värderingar. (...) Synen på mig själv blir ogreppbar, man kan inte förstå varför man gör det. Det är klart att bilden av en själv blir mycket sämre. Allt eftersom åren går. - Tobias

Tobias beskrivning ger känslan av ett icke-val som växer fram ur det fysiska beroende av narkotika som han har. Beroendet är en aspekt som gör det svårt för personen att undvika risksituationer likt de som beskrivs ovan. Konsekvenser av att inte vara en del av narkotikavärldens sociala nätverk kan ge upphov till kraftig fysisk abstinens. Utifrån den förklaring som Jonna Sohlmér gav i tidigare avsnitt (2.2) av den fysiska abstinensen är det inte svårt att förstå att ett sådant fysiskt tillstånd vill undvikas till varje pris. Risktagandet måste därmed ses utifrån de fördelar som det innebär att få tag i, och kunna fortsätta använda droger (Richert 2014). Våldssituationerna som uppkommer blir på så vis en del av personens livssituation (Conner 1992). Att då inte få ha ett blandat socialt nätverk som kan ge distans till ”narkotikalivet” gör att utsattheten för våld och bråk blir extra markant. Patrik beskriver hur han, i början av sin narkotikaanvändning blev tvungen att ändra uppfattning kring personerna han umgicks med. Efter att de som han ansåg vara sina vänner tagit hans påse med öl och samtidigt stuckit en kniv i ryggen på honom beskriver han sina tankar såhär.

Ja då började jag vakna på vad det är för folk. Jag var ju inte vaken på att folk var sådana, jag trodde att alla skulle vara kompisar. Jag var väldigt naiv i början. – Patrik

Även här får vi ta del av hur det sociala livet för personer som använder narkotika ständigt får justeras. Tilliten för vänner ruckas och misstänksamheten blir en förutsättning för att överleva. Utifrån Patriks citat kan även en egen förändring urskiljas, hur han *i början* var naiv och att han nu förändrats. Förändringen blir därmed en förutsättning för att kunna vara en del av ”narkotikavärlden”. Patrik, med många års erfarenhet av livet som narkotikaanvändare beskriver hur klimatet mellan personer som använder narkotika med åren blivit allt hårdare. En inomgruppslig stigmatisering har kunnat urskiljas i intervjupersonernas berättelser. De menar att injicering kan uppfattas som äckligt av övriga narkotikaanvändare. Anton berättar om det kompisgäng som han umgicks med när han var yngre. Gruppen rökte hasch och tog amfetamin, mest på helger och i kombination med fest.

Vi var hemma hos någon kompis och jag vet inte, jag skulle ta fram min plånbok och där emellan låg min pump och kanyl. Det kom fram på bordet. Jag såg blickarna från de andra. De sa: –Håller du på med den där skiten? Ja, jag kan inte ta det på något annat sätt sa jag. Efter den situationen var jag inte riktigt välkommen i den kretsen. (...)Det finns någon osagd samhällsmoral att bara man inte injicerar så är det inte så farligt. (...) *När den här situationen hände, hur fick det dig att känna?* Jag kände mig kränkt såklart. – Anton

Anton beskriver hur han upplevde situationen som förnedrande och att det finns någon osagd regel om att det inte är så farligt att knarka så länge det inte injiceras. Situationen med Antons vänner kan tolkas som en social maktsituation inom sin egen kontext. Gänget i sin helhet skulle möjligtvis utifrån ”det normala samhället” ses som en grupp som avviker från samhällets normer på grund av deras narkotikaanvändning men *inom* gruppen bekräftas här en annan sorts social hierarki. Antons intagnings sätt uttrycks som icke önskvärdt och kan förklaras utifrån Johns citat nedan;

De som inte injicerar anser sig nog som lite finare missbrukare än de som injicerar. *Hur märks det?* De kan säga att de inte vill se och tar sitt lite avsides. Som lite finare, så kan det vara i flera avseenden. – John

Då narkotikaanvändning i sig är sammanlänkad med en negativ bild från samhället kan skapandet av någonting som är ”värre” rättfärdiga det egna användandet (Simmonds & Coomber 2009). Starka negativa reaktioner gentemot personer som valt injiceringen som intagningsätt kan resultera i att denne väljer att gå undan för att injicera. De som injicerar droger ensamma har då inte någon som kan hjälpa dem vid en eventuell överdos och ensamheten kan resultera i en förhöjd risk för dödsfall (EMDDA 2017:20). Tobias är en person som beskriver hur han går undan och menar att det är av respekt för andra som inte injicerar. Han menar att det kan se obehagligt ut för de som inte är vana. Även Anton går undan, men han gör det på grund av var på kroppen han tvingas injicera. Han uppger att det även inom gruppen som injicerar narkotika finns mer eller mindre accepterade platser på kroppen att sticka sig.

I början när jag injicerade så körde jag i armarna. Men amfetaminet har käkat upp mina vener och artärer så sista åren har jag fått köra i halsen och det är inte så accepterat för det ser äckligt ut. Då vill man inte visa utan då går man in på toaletten och gör det själv för att inte visa för andra. - Anton

Även här identifieras en inomgruppsligt beteendemönster över vad som anses acceptabelt och inte. Trots Antons fysiska oförmåga att injicera i armarna visas inte någon större hänsyn från övriga gruppen. Resultatet blir även här en ökad risk för dödlig utgång vid överdos då han, på grund av andras ogillande, går undan och injicerar ensam.

7.2 Det medvetna icke-valet

Utmärkande för personer som injicerar narkotika är de risksituationer som uppkommer i form av användandet av begagnade sprutor. Delandet av sprutor innebär en stor risk att bli smittad av blodburna virussjukdomar (UNODC 2016). Samtliga intervjupersoner berättar både om egna erfarenheter och hur andra tvingats använda begagnade sprutor. I intervjuerna uppges dock en ovilja att använda injektionsverktyg som andra redan använt men att det ofta sker på grund av bristen på rena sprutor och kanyler.

Anledningen till att man delar sprutor är att man inte har några egna själv. Och man vill ha i sig sina grejer så fort som möjligt, för att man är knarksugen. – Anton

Vad Anton beskriver här är en utsatthet kopplat till det egna fysiska beroendet. ”Knarksuget” kan här förstås som en utvecklad drogrelaterad abstinens som personen ifråga har och behöver bli av med så fort som möjligt. Beroendet, och abstinensen som resultat av den, ökar här riskbeteendet. Individens får helt enkelt välja mellan att vänta tills denne får tillgång till rena sprutor för att kunna injicera på ett säkert och smärtfritt sätt eller få i sig sin dos och kväva den abstinens som uppstått med redan använda sprutor. Anton fortsätter att beskriva en situation då han försökt få tag på rena sprutor genom att besöka en person som möjligtvis kunde bistå med rena verktyg.

Det har ju varit så att om man inte har haft verktyg så har man åkt upp till sin knarklangare och köpt grejer men så finns det inga verktyg och då har man kanske fått ta knarklangarens begagnade och koka upp - Anton

Återigen visas här på en situation där drogsuget får styra. En önskan om rena verktyg finns men då det inte går att uppfylla i praktiken så får ändå begagnade sprutor användas. Anton ger här exempel på en utsatt situation, av både social och hälsomässig karaktär. I brist på egna

injektionsverktyg har han behövt besöka sin knarklangare, som i sin tur inte heller har haft rena injektionsverktyg och i slutändan så har Anton ändå fått använda begagnade sprutor. Han berättar hur han sköljt ur dem med hjälp av vatten och sprit för att minska risken för smitta. Antons agerande visar på en vilja att använda rena injektionsverktyg. Hans medvetenhet tydliggörs genom nedanstående situation där han beskriver hur han, i behov av injektionsverktyg ändå valde att inte köpa från personer han mött på gatan med oro för blodburna virussjukdomar.

Så gick jag till en horsare¹⁵ och frågade om de hade verktyg att sälja. Det hade bara 1 meters pumpar men de var inte inplastade, de såg nya ut men då backade jag, fick en jobbig känsla i magen. - Anton

Här handlade det om det faktum att det var personer som använde heroin som sålde verktygen och att de, enligt Anton, var personer som var extra utsatta för sjukdomar inom det geografiska området han då befann sig i¹⁶. Han valde istället att söka vidare och köpte sina verktyg av en annan person i området. Trots att Anton har, genom tidigare citat, visat en medvetenhet kring de risker som finns i kombination med att dela injiceringsverktyg så menar han att det ändå uppkommer situationer där delandet sker. Vid frågan om han upplevde några risker kopplat till just en sådan situation säger han

Ja det är klart. Risker för sjukdomar. Sen finns det så jävla mycket konstigt elakt folk som kanske är smittade av någonting som de inte säger och så skickar de vidare sina verktyg ändå. - Anton

Antons situation visar inte bara på en fysisk utsatthet kopplad till risken att bli smittad av blodburna virus utan också att han är beroende av människor som han inte har förtroende för. Bristen på egna injektionsverktyg gör att Anton behöver lägga sin egen hälsa i andras händer. Eftersom det i Sverige inte finns möjlighet att köpa sprutor via apotek såsom i grannländerna (Svensson 2012), har intervjupersonerna fått ta till andra metoder för att kunna få tag på egna injektionsverktyg. Patriks berättar hur han använde sig av nålar avsedda för diabetes men också på hur bristen på injektionsverktyg gjorde att de nålar som gick att få tag i fick användas under en längre tid.

Vi hade en kille som hade socker¹⁷ i bekantskapskretsen. Vi hade mycket blåa nålar. Helst skulle man ha de gråa som var 0.15, de blåa var 0.6. Det blev så stora hål, man blödde så mycket. (...) Man träffade ju någon så hade de så man fick ett par tre nålar. Sen vårdade man dem, man hade dem, även kompisar lånade dem. – Patrik

Anton berättar om sin strategi för att få tag på injektionsverktyg.

Från att jag var 16 tills jag var kanske 25 så finansierade jag mitt missbruk genom att smasha apotek, vårdinrättningar, vårdcentraler. Sista 10-15 åren har jag skickat efter från internet. – Anton

Anton beskriver hur han, under många år, fick tag på sprutor genom att göra inbrott på hälso- och sjukvårdens olika enheter. Han fortsätter att berätta hur han sedan kunnat byta bort några set med spruta och kanyl mot ”en bit röka eller några piller, amfetamin eller pengar kanske”.

¹⁵ Slang för heroinanvändare.

¹⁶ Sporadiska utbrott av HIV har varit aktuellt genom åren, där intravenösa användare inom vissa geografiska områden varit drabbade. Antons farhåga kan därför ses som högst relevanta (Folkhälsomyndigheten 2015:14).

¹⁷ Slang för diabetes

Citatet visar på att Anton finansierade sin narkotikaanvändning rent ekonomiskt genom att ”smasha” apotek men att det också försedde hans eget behov av rena injektionsverktyg. Att Anton kunde byta till sig droger och pengar mot rena injektionsverktyg visar på en efterfrågan på sprutor och kanyler bland personer som injicerar. Antons är inte ensam om sitt tillvägagångssätt. John berättar hur han genom åren fått åka till andra nordiska länder för att få tag på rena sprutor, men att risken alltid funnits att de kunde beslagtas i tullen på vägen tillbaka till Sverige. Ibland kunde han, om han blev påkommen, diskutera med tulltjänstemännen och beskriva sin situation. Han använde sig av ett samhälleligt argument som ibland kunde göra att han fick behålla sina injektionsverktyg över gränsen.

...men sen blev man stoppad i tullen då så beslagtogs det ju. Det var innan sprutbytet kom igång. Då var det så folk fick göra. Vissa kom ju igenom men ibland så tog dom en och då kunde man fråga om de verkligen skulle ta det ifrån en, att man inte kunde få tag på det på sjukhuset i Sverige, att det är förbjudet och så. Men jag kommer ordna det oavsett, antingen att jag stjälar från ett apotek eller inbrott på sjukhus, läkarbil eller ambulans. Då helt plötsligt kostar det ju staten pengar. Då kunde det hända att de gav med sig. - John

John beskriver hur han, liksom Anton, gjort inbrott inom olika hälso- och sjukvårdsinrättningar. Men för att behöva slippa själva inbrottet utvecklade han med åren en egen strategi.

När jag var aktiv och inte hade tillgång till sprutor så kunde jag gå in på vårdcentraler och säga hej, jag heter så och så, jag är narkoman och jag undrar om jag kan få byta mina verktyg. De svarade att de inte höll på med sådant här. Jag sa att antingen gör ni det eller så gör jag inbrott här i natt och snor mina verktyg. Då fick de hämta rådande läkare som sa ok då men säg det inte till någon. Jag har alltid lyckats. Annars har jag sagt att jag tar läkarbilen i natt och tar alla verktyg. Då fick jag istället. Jag var runt i Sverige och då gick jag bara in på vårdcentraler runt om och frågade. Sa de nej så sa jag att de skulle få inbrott i natt. (---) Jag var helt ärlig gentemot dem och sa att jag behöver det för att funka och får jag inte det så gör jag ett inbrott antingen här eller på apoteket. Det är bara att välja. De såg att man var gravallvarlig och då gav de med sig. - John

John berättar att ansvarig läkare oftast gjorde som han begärde då de ville undvika inbrott. Men ibland kunde personalen ändå stå på sig och på frågan om det där inbrottet då skedde svarar John

Ja ja, det hände ett par gånger. Då försökte de förklara vem man var och så kom polisen och frågade om man varit där. Då nekade jag. Men det spred sig och så småningom så sa de att – Ge han bara. Folk i småbygderna fick inga verktyg men då kunde jag fixa det. Det handlade bara om att trycka på rätta knappar. Jag tycker att det är en självklarhet att folk som injicerar så ska de självklart ha rena verktyg. Det är för folks bästa, hälsa, smittspridning. Det borde vara en självklarhet... - John

Å en sidan kan inbrottet ses som moraliskt fördömande då inbrott och stöld är olagligt och därmed straffbart. Men det kan också ses som ett resultat av den hälsorelaterade utsatthet som injicerande personer besitter. Utifrån ett hälsoperspektiv där individen försöker ta hand om sin egen hälsa kan inbrott och hot om inbrott ses som ett fullt rationellt handlande. Risktagandet som individen här tar, med polisingripande till följd bör ses utifrån vilka eventuella fördelar som medföljer (Richert 2014). Inbrottet är i sig en stor risk men resulterar i en tillgång av rena injektionsverktyg som leder till att personer kan injicera på ett smärtfritt och hälsomässigt

försvårbart sätt. Resultatet, om än inte tillvägagångssättet, går därmed hand i hand med det folkhälsoperspektiv som nu ligger till grund för sprutbytesverksamhetens arbete i Sverige.

7.3 Mötet med den allmänna sjukvården

Som kunnat läsas tidigare i denna studie har personer som injicerar narkotika generellt ett dåligt hälsotillstånd och ett stort behov av sjukvårdsrelaterade insatser. Under intervjuerna uppges dock den allmänna sjukvården vara en instans där intervjupersonerna känner sig dåligt behandlade. Mötet med de professionella inom den allmänna sjukvården väcker starka känslor under intervjusituationerna. Att bli dåligt bemött i en utsatt situation förstärker sannolikt känslan av diskriminering och stigmatisering. Intervjupersonerna upplever att de i mötet med sjukvårdspersonalen identifierats som *missbrukare* och att det i sin tur fått konkreta konsekvenser för den vård de får, eller inte får, ta del av. Patrik berättar om hur personen de köpte amfetamin ifrån, istället sålde dem en utblandad produkt. Det i sin tur fick stora fysiska konsekvenser.

Vi hade en kran¹⁸, en som sålde grejer som blandade sömnmedel i tjacket¹⁹ och slog man bara lite utanför och inte fick in allt i venen så frätte det sönder stora delar av musklerna. Man blev så bäng av det där, man blev alldeles blå om händerna. - Patrik

Patriks citat är ett exempel som tydligt visar hur personer som injicerar kan vara i stort behov av sjukvårdens insatser. När Kenneth köper amfetamin menar han att det hör till det normala att inte riktigt veta vad det är en får och att detta är någonting som helt enkelt får accepteras. Han förklarar det som att det handlar om andras intressen, eller ointressen av ens eget välbefinnande.

Man får tolerera en viss avvikelse, så har det varit de sista åren - Kenneth

Men det är inte bara substansrelaterade situationer som kan ge fysiska besvär. Bristen på nya och rena injektionsverktyg resulterar också i fysiska besvär i form av infektioner, blodsmittor och sår.

Ja men man får varbolder, ganska stora märken. När du har använt en spruta 5 gånger då börjar den bli ganska dålig. De är ju jättevassa men varje gång du för in den i huden så viks ju en del av järnet ut. Så då blir det som en liten fiskkrok. Det gör ganska ont och ger en ganska mycket problem på grund av det. - Tobias

Tobias beskriver en konsekvens av att använda samma kanyler om och om igen. Genom att återanvända injektionsverktyg kan sår och bölder uppkomma. Även Kenneth beskriver hur det blir taggar på en trubbig kanyl som medför smärta vid användning. Förutom en förhöjd risk för olika infektioner lever varannan person som injicerar narkotika i världen i dag med Hepatit C. John är en av dem som pratar om tiden då han var smittad av Hepatit C och hur det påverkade hans kontakt med den allmänna sjukvården.

När jag hade hepatit så ville jag inte gå till tandläkaren eller till läkaren. Hos tandläkaren såg de ut som rydmdänniskor, det var sköldar, gummihandskar, allt var täckt. Det var pinsamt att gå dit. Man kände sig som helt utstött. - John

¹⁸ slang för en person som säljer narkotika

¹⁹ slang för amfetamin

Johns berättelse visar på en situation där han fått hjälp av sjukvården, men *hur* den genomfördes fick honom att känna sig annorlunda gentemot andra patienter. Han upplevde situationen som mycket pinsam och han kände sig annorlunda gentemot den övriga patientgruppen. Anton ger också exempel på bemötandet inom den allmänna sjukvården. Han menar att hans yttre påverkar vilken vård som han får ta del av, eller snarare *inte* får ta del av.

Man blir pestsmittförklarad. Kommer man och är sliten, i dåligt skick. Man ser nerpundad ut. Och man kommer in med lunginflammation. De vill inte ta prover på dig, de vill absolut inte lägga in dig. - Anton

Att besöka sjukvården, i som Anton beskriver ett ”dåligt skick” och sedan inte få hjälp är ytterligare ett exempel på en stigmatisering av personer som injicerar narkotika. Genom att kategorisera in Anton som *missbrukare* sammankopplas också personliga egenskaper som sjukvårdspersonalen vill ta avstånd ifrån. Anton behandlas här som mindre värd sjukvårdens insatser då personalen varken vill undersöka eller behandla hans lunginflammation (Simmonds & Coomber 2009). Tobias berättar om sitt besök på sjukhuset;

Jag har ändå skadat ryggen 3 gånger och då blir man väldigt illa bemött. Jag har väldigt ont och behöver smärtlindring men i deras ögon så ser de bara en missbrukare som vill ha droger. Det har hänt väldigt många gånger att jag har fått gå och ha väldigt väldigt ont, till gränsen att jag inte kunnat röra mig, men ändå inte fått någon smärtlindring för det, bara för att det stått att jag är missbrukare i journalen. Så där kan man bli väldigt illa bemött. Då känner man att ens värde som människa är inte riktigt lika högt som alla andra som kommer dit. – Tobias

Tobias berättar hur hans fysiska status inte blir tagen på allvar när han sökt hjälp inom den allmänna sjukvården. Hans berättelse visar hur sjukvårdspersonalen inte litar på hans upplevelse av smärta utan istället misstänker att han vill ha smärtstillning för att uppnå en rusningseffekt i missbrukssyfte. Läkarnas misstro resulterar i en lägre självkänsla hos Tobias vilket kan ses som ett resultat av den stigmatisering som han här utsätts för. Även Patrik har upplevt att inte bli tagen på allvar på grund av stereotypiska uppfattningar.

Jag hade en inflammerad blindtarm vid ett tillfälle och då skrev läkaren i min journal att jag var påverkad av någon substans för jag sov när han kom in. Men jag var så febrig och yr av smärta. Jag var inte alls påverkad av någonting men det står ju i mina papper att jag är narkoman. – Patrik

Anton, Tobias och Patrik berättar om dåliga erfarenheter av den allmänna sjukvården. Gemensamt för alla tre berättelser är hur de blivit nekade vård på grund av att de placerats in i kategorin ”missbrukare”. John beskriver hur han, på grund av bemötandet han får, i största möjliga mån undviker att besöka den allmänna sjukvården. Livssituationen för personer som injicerar narkotika kantas av infektioner och dålig fysisk hälsa. Tobias och Patriks upplevelser av att bli misstänkliggjorda av sjukhuspersonalen på grund av sin narkotikaanvändning är någonting som kunnat ses i tidigare studier (MacNeil & Pauly 2011). Bemötandet från sjukvårdspersonalen kan grundas i det som Törnqvist (2009:62-66) menar att Sveriges narkotikapolitik kantas av, att se missbrukaren som en omoralisk typ som bara vill fortsätta missbruka. John berättar hur bemötandet av den allmänna sjukvården har påverkat honom.

Ibland när man kommit in så ser man direkt att de ser ner på en. Men det har inte varit inom missbruksvården utan det har varit i den vanliga vården. *På vilket sätt märker du det?* När jag kommer in och säger att jag har hepatit C och är missbrukare så ryggas de tillbaka. Personkemin blir annorlunda och de blir aviga. Man frågar sig om man är

mindre värd. *Hur har det påverkat dig själv?* Jag blir arg och vill inte ha med vården att göra överhuvudtaget. Då har jag gått till Sprutbytet istället för där har jag blivit väl bemött. Det kan vården bli bättre på. *Har du någon gång struntat i att söka vård?* Ja jag har känt obehag av den vanliga sjukvården. De behöver inte vara förstående men de måste bli bättre på allas lika värde. Även om han missbrukar och är kriminell så är han ändå en patient. *Påverkar det ens egen självbild?* Ja man ser sig själv som lite smutsig. När de ser ner på en så tänker man väll att man är en sämre människa. Självklart påverkar det ens självbild. Samtidigt så vet man ju om att det man gör är inte ok i samhällets ögon – John

John beskriver här en skillnad i bemötandet mellan den allmänna sjukvården och ”missbruksvården”. Han poängterar vikten av att bemöta alla människor lika och att det påverkar den egna självbilden. Motsatsen till den utsatthet som intervjupersonerna känt inom den allmänna sjukvården kan hämtas i intervjupersonernas beskrivning av sprutbytesverksamheten som redogörs för i nästa avsnitt.

7.4 Mötet med sprutbytesverksamheten

Tidigare under studien har sprutbytet synliggjorts ur ett retorisk, formellt och praktiskt perspektiv. Detta avsnitt kommer nu beröra sprutbytets verksamhet med hjälp av intervjupersonernas egna tankar och erfarenheter. Verksamheten har i Sverige som huvudsyfte att minska blodburna smittor bland annat genom att se till att det finns sterila injektionsverktyg till de som injicerar narkotika. Genom Kenneths citat kan verksamhetens arbete ses som välkommet.

Det blir ju inte lättare av att man först är missbrukare och sen blir smittad av något. Det gör ju inte saken bättre - Kenneth

Genom tidigare citat har intervjupersonerna gett exempel på livssituationer som kantas av fysiska och mentala besvär som är direkt sammankopplade med injicerandet av narkotika. Intervjupersonerna i den här studien har olika erfarenhet av att besöka sprutbytesverksamheten men samtliga vet vad den innebär och har tankar kring hur de vill att den ska bedrivas. Anton, som inte själv besökt ett sprutbyte beskriver sina förväntningar på verksamheten.

Jag skulle vilja att det fanns en kurator om man ville sluta använda droger. Och att man kunde lämna prov på sin fysiologiska status. Att de kan vara behjälpliga att gå ut på en avgiftning, psykiatrisk avdelning om man inte mår bra, och givetvis rena sprutor.
– Anton

Utöver den praktiska verksamheten finns även förväntningar på personalen som arbetar där.

Anonymitet tror jag på. Jag tror på mänsklig ödmjukhet, respekt, värme. Det kan handla om en kopp kaffe och två mackor för att man är hungrig. Det kan handla om att någon sätter sig ner och prata lite. Det behöver inte vara så mycket. Medmänskligt bemötande. Någon som ser den människan som är där och inte ser den som en samhällsbelastning som inte tillför någon nytta utan ser den som en individ i någon form av sammanhang.
– Anton

Tobias pratar också om vikten av sekretess vid besök på sprutbytesmottagningarna. Han tror att oron för bristande sekretess och anonymitet kan vara anledningen till att det finns folk som väljer att inte besöka verksamheten, av rädsla för att deras besök ska komma fram till ”social-

tjänsten eller någon annan”. John och Tobias har båda egen erfarenhet av att besöka sprutbytesverksamheten. De talar båda mycket gott om sina mottagningar och bekräftar Antons ovan beskrivna förväntningar.

Många missbrukare upplever att man är en pest eller har kolera. Det är inte så på sprutbytet, de behandlar en med värdighet och med lika respekt som vilken annan patient och människa som helst. Det är väldigt viktigt när man jobbar inom missbruksvården, på sjukhus eller vårdcentraler. Att man blir behandlad med lika värde, som vilken människa som helst. – John

De tar en på allvar, man blir behandlad som en människa och man får väldigt snabbt hjälp om det händer någonting. Man får träffa läkare, det går på några minuter bara om det skulle vara någonting. Kontakt med soc²⁰ om man skulle vilja ha hjälp med behandling. – Tobias

Genom John och Tobias beskrivning av bemötandet på sprutbytet så bekräftar de också per automatik det bemötande som de får ta del av från det övriga samhället. Att bli bemött med värdighet och respekt som vilken annan människa som helst är någonting som de flesta ser som en självklarhet av sin omgivning. Att denna typ av bemötande istället blir utmärkande för sprutbytet bekräftar snarare det negativa bemötandet som intervjupersonerna berättat om tidigare i studien. Anton beskriver vikten av rätt människa på rätt plats, där personer som vill hjälpa människor är de som också bör finnas i verksamheter som möter personer som använder narkotika. Personalen på sprutbytet kan ur Goffmans (2011) perspektiv ses som ”de visa”. De har, genom sitt engagemang i sprutbytesverksamheten blivit väl bekanta med personer som injicerar narkotika. Men det är inte bara genom själva anställningen som personalen blir accepterade och erkända utan bemötandet är en viktig grundsten i den kontakt som byggs upp. Personalens bemötande skapar en trygghet som ofta saknas i vardagen för personer som injicerar narkotika. Genom att visa besökaren respekt och värdighet så erhåller personalen dennes förtroende och påverkar samtidigt besökarens syn på sig själv. John menar att det betyder mycket att ha en plats att gå till.

Det blir en säkerhet i sig själv. Mår jag dåligt kan jag gå dit och bara prata. De hänvisar en rätt, till psykolog o.s.v. Då får man de råden man behöver. Det är jättebra. Fantastiska människor, i alla fall i min stad. Helt fantastiska människor. Det har hänt att man gett dem blommor och chokladkartong vid juletider. Som tack för att de finns. Utan dem hade situationen för missbrukarna sett mycket annorlunda ut. Det tror jag.
- John

7.5 Sammanfattning av personens utsatthet

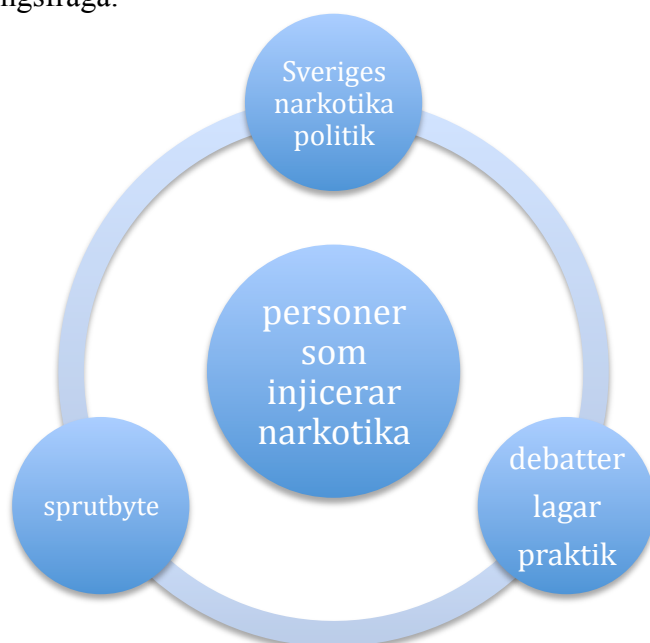
Deltagarna i denna studie har bidragit med ett värdefullt material för att förstå utsatthet kopplat till injicering av narkotika. Genom det sociala nätverket har utsattheten identifierats i form av instabila relationer med brist på tillit och stabilitet. Sociala relationer har kantats av våld eller risk för våld, både från personer som intervjupersonerna mött men också från intervjupersonerna själva. Narkotikaanvändningen i sig leder många gånger till att andra sunda relationer försvinner och lämnar kvar personen i ett socialt nätverk som många gånger baseras på en tanke om att ”äta eller ätas”. En strategi för att försöka hålla sig kvar i ”normalsamhället” har varit att dölja sitt narkotikaanvändande. En annan strategi har istället varit att försöka anpassa sig till ”narkotikavärlden”. Utsatthet har också visat sig genom en

²⁰ förkortning för socialtjänsten

fysisk hälsorisk som intervjupersonerna på olika sätt behöver hantera. Här har bristen på rena injektionsverktyg identifierats som en faktor som skapar utsatthet. Redan använda sprutor och kanyler för vidare smittsamma virussjukdomar som intervjupersonerna själva är mycket väl medvetna om. Möjligheten att skydda sig mot denna utsatthet är dock många gånger begränsad. De gånger intervjupersonerna själva försöker att få tag på rena injektionsverktyg har istället andra former av utsatthet kunnat urskiljas. Situationer uppstår där de helt enkelt får välja mellan olika risker. Om de väljer att använda begagnade injektionsverktyg utsätter de sig för risker kopplade till fysisk hälsa. Att istället välja att exempelvis göra inbrott för att få tag på rena sprutor skapas en risksituation kopplad till kriminalitet. Strategier som att försöka rengöra använda sprutor eller avstå att köpa verktyg från specifika personer kan ändå ses som ett försök att påverka sitt eget hälsotillstånd. Den tredje formen av utsatthet som identifierats ur intervjupersonernas erfarenheter är mötet med sjukvården. Intervjupersonerna har gett exempel på vilka hälsorisker som framkommer vid injicering av narkotika vilket visar på ett stort behov av sjukvårdsrelaterade insatser. Genom intervjuerna har dock ett dåligt bemötande från personalen inom den allmänna sjukvården lett till att intervjupersonerna istället tar avstånd från den allmänna sjukvården. Det blir en slags strategi för att hantera känslan som uppkommer av att inte bli behandlad på lika villkor som andra patienter. De olika former av utsatthet som identifierats genom det empiriska materialet kan inte ses som separata delar utan sammanfogas genom personernas livssituation. Kapitlets avslutande del berör intervjupersonernas förväntningar och egna erfarenheter av sprutbytesverksamheten. Här kantas erfarenheterna av positiva känslor. Sprutbytets verksamhet berör både personens mentala och fysiska hälsa. Förutom mottagningarnas direkta insatser såsom besök hos läkare och psykolog finns det också någonting i personalens bemötande som uppmärksammas av intervjupersonerna. Att bli behandlad med lika respekt och värdighet, tagen på allvar och behandlad som människa är beskrivningar som får symbolisera mötet med sprutbytesverksamheten.

8. Avslutande diskussion

I detta kapitel kommer studiens resultat att diskuteras och studiens forskningsfrågor att besvaras. Fokus kommer ligga på grundläggande motsättningar som finns identifierade och som återkommer i tolkningen av empirin. Återigen kommer den modell som tidigare visats att fungera som utgångspunkt för att förtydliga den utsatthet som berör personer som injicerar narkotika. Vi börjar i modellens mitt, med den intravenösa användaren och besvarar studiens första forskningsfråga.



- Hur beskriver personer som har erfarenhet av att injicera narkotika sin utsatthet och dess konsekvenser?

Genom intervjumaterialet har tre olika sammanhang identifierats där utsattheten varit central. Det första sammanhanget är de sociala relationer som intervjupersonerna befunnit sig i. Tillitsproblematik, inomgruppsliga sociala ordningar samt avsaknaden av sociala kontakter med människor som inte använder droger är alla faktorer som kan öka utsattheten. I tolkningen av intervjupersonernas egna erfarenheter framkommer ett hårt klimat där de inte sällan utelämnas till relationer som kantas av våld eller hot om våld. Många av intervjupersonerna var mycket unga vid sin injiceringsdebut och blir därmed extra utsatta för det hårda klimatet som finns i samband med den narkotikakonsumtion som beskrivits. De inomgruppsliga sociala ordningarna som identifierats kan också ha en inverkan på den höga narkotikadödligheten i Sverige. Att gå undan för att injicera utsätter intervjupersonerna för en ökad risk att lämnas ensamma vid en eventuell överdos. Anledningen till deras beteende är den inomgruppsliga stigmatiseringen som utvecklats. Det sociala nätverket har dock visat sig oundvikligt då det är en förutsättning för att få tag på droger och injektionsverktyg vilket leder oss in på nästa område som berör den utsatthet som identifierats. Intervjupersonerna berättar om den fysiska ohälsa som uppkommer och hur bristen på injiceringsverktyg framtvingar ett ofrivilligt val att använda begagnade sprutor och kanyler. De vittnar om varböder och hudinfektioner kopplat till begagnade injektionsverktyg och osäkra narkotikainköp. Att inte kunna köpa sina injiceringsverktyg på laglig väg i Sverige utelämnar ofta intervju-

personerna att genom kriminella vägar tillgodose sitt behov av injiceringsverktyg. Risken för blodburna smittor är högst aktuellt och genom intervjupersonernas berättelser har exempel getts på hur egna hepatitinfektioner påverkat omgivningens bemötande. Den sociala marginaliseringen som vi fått ta del av via intervjupersonernas berättelser kan förstås som en konsekvens av att bli placerad i kategorin *missbrukare*. Ett försämrat hälsotillstånd i kombination med kategoriseringen leder oss in på det sista identifierade området där utsattheten visat sig. Mötet med den allmänna sjukvården har framställts som ett sammanhang när utsattheten upplevts extra stark. Intervjupersonerna berättar om situationer där de behövt uppsöka sjukvård, både på grund av narkotikaanvändningen men också på grund av andra fysiska orsaker. Gemensamt för händelserna är dock det stigmatiserande bemötande från sjukvårdspersonalen. Allmänhetens uppfattningar av personer som injicerar narkotika har visat sig få betydelse för hur intervjupersonernas uppfattar sig själva. Självbilden hos intervjupersonerna har många gånger påverkats av allmänhetens stereotypiska bild av dem. Att bli sedd som en *missbrukare* som bara vill ha droger har fått både John och Tobias att uppleva ett minskat människovärde. Många gånger undviks den allmänna sjukvården som ett sätt att hantera dess negativa inverkan på intervjupersonens livssituation. Den utsatthet som nu beskrivits av intervjupersonerna bemöts dock av en samhällelig insats, sprutbytesverksamheten. Genom att nu besvara studiens andra forskningsfråga förflyttar vi oss delvis från den enskilda personen som injicerar narkotika ut till den narkotikapolitiska ring som omger individen i modellen ovan.

- På vilket sätt kan sprutbytesverksamheten inverka på utsatthet och samtidigt bidra till en säkrare livssituation för personer som injicerar narkotika?

Som kunnat läsas tidigare i studien har personer som injicerar narkotika generellt ett mycket dåligt fysiskt och psykiskt hälsotillstånd. Detta är något som även intervjupersonerna i den här studien ger exempel på. Det psykiska hälsotillståndet bemöts via sprutbytesverksamheten genom möjligheten att träffa en kurator eller psykolog. John menar att om han mår dåligt kan han gå dit och prata och få de råd han behöver. Utsatthet har tidigare i studien identifierats i intervjupersonernas sociala nätverk och kantats av bland annat tillitsproblem och brist på drogfria sociala kontakter. Sprutbytetts personal benämns inte som några nära vänner men den kontakt som ändå uppkommer vid besök på mottagningarna tillför någonting hos både Tobias och John. Personalens bemötande kantas av respekt och värdighet, något som ofta saknas vid andra kontakter med ”normalsamhället”. Personalens respektfulla bemötande kan därmed minska risken för en form av introvert stigma där intervjupersonerna helt enkelt börjar tro att de förtjänar den stigmatiserande behandlingen som de utsätts för i mötet med andra. Processen kan också påverka intervjupersonerna ifråga negativt i form av ett ökat riskfullt beteende. Att kunna besöka sprutbytesverksamheten där personalens bemötande skiljer sig från övriga samhället är viktigt för att motverka en sådan utveckling.

Sprutbytesverksamhetens mottagningar bemöter det fysiska måendet genom en möjlighet att träffa läkare, sjuksköterska och/eller barnmorska på plats. John, Tobias, Anton och Patrik menar att de inte gärna uppsöker den allmänna sjukvården trots svåra kringsjukdomar kopplat till injiceringen. Det är istället till sprutbytet som John söker sig när han ”inte vill ha med vården att göra”. Genom utdelning av sterila injiceringsverktyg kan sprutbytesverksamheten inte bara bidra till en förbättrad fysisk hälsa utan också till en säkrare livssituation för intervjupersonerna. Med rena injektionsverktyg hade inte Anton behövt använda ”knarklangarens begagnade verktyg” eller vara rädd för att ”konstigt elakt folk” hemlighåller sin sjukdomsstatus när använda verktyg behövde återanvändas. Patrik hade inte heller behövt använda för stora kanyler som skapade kraftiga efterblödningar och John hade kunnat strunta

i att åka till grannländerna för att köpa sprutor, med risken för att sedan bli av med dem i tullen på vägen tillbaka. Även inbrott på olika vårdinrättningar hade kunnat undvikas om det istället fanns ett sprutbyte dit intervjupersonerna kunde gå för att hämta injektionsverktyg. Genom att etablera ett sprutbyte kan många riskfyllda situationer undvikas och motverkas.

Att som i andra nordiska och europeiska länder erbjuda rena injektionsverktyg via apotek kan hjälpa personer som injicerar narkotika ur ett smittskyddsperspektiv. Dock finns risken att den stigmatisering som finns i samhället gentemot personer som injicerar narkotika även verkar inom denna typ av vårdinrättning, liksom den behandling som intervjupersonerna gett exempel på. Sprutbytets personal verkar avstigmatiserande och har visat sig ha en stor inverkan på intervjupersonernas psykiska och fysiska mående. Verksamhetens uppgift blir därmed i praktiken mycket mer än enbart utdelning av rena injektionsverktyg. Att leva i en narkotikabaserad miljö har visat sig påverka intervjupersonerna på olika sätt. Personalen på sprutbytet kan därmed fånga upp besökarnas tankar och känslor på ett helt annat sätt än exempelvis personalen på ett apotek. Varken sprutbytesverksamheten eller intervjupersonerna befinner sig i ett socialt vakuum utan runt omkring dem snurrar den narkotikapolitiska diskursen med sina debatter, lagar och praktiker. Dessa diskurser är inte på något sätt fasta utan hela tiden föränderliga. Sprutbytets verksamhet villkoras av de narkotikapolitiska diskurserna och tillsammans med intervjupersonerna får de därmed hela tiden förhålla sig till dess föränderliga praktik.

- Hur inverkar den svenska narkotikapolitiken och dess diskursiva praktiker på personens utsatthet?

Den narkotikapolitiska diskursen påverkar personen som injicerar narkotika i allra högsta grad, både på en individuell nivå och på en mer strukturell nivå. Vi befinner oss fortfarande i den yttre ring som omger den intravenösa användaren i modellen ovan. Studiens tredje forskningsfråga kommer nu att först besvaras utifrån hur den narkotikapolitiska diskursen i Sverige påverkat personens utsatthet på en individuell nivå.

Den enskilda narkotikaanvändaren har sedan 1960-talet varit en central del av den svenska narkotikapolitiska diskursen. Personer som använder narkotika har genom åren framställts som okontrollerade, omoraliska och oförmögna att se till sitt eget bästa. Men det är inte alla narkotikaanvändande personer som fallit offer för de diskursiva konstruktionerna. Människor som redan innan levt ett marginaliserat liv är också de som lättare fallit offer för den kategorisering och stigmatisering som utvecklats. Genom att diskursens aktörer frekvent sammankopplat de som använder narkotika med negativa egenskaper konstrueras sakta men säkert också en sanning om narkotikaanvändaren. Aktörerna har, förutom politiker, funnits inom olika professioner såsom polis, socialarbetare och psykologer. Genom professionernas inblandning förvandlades därmed narkotikaanvändaren till dess klient i form av den kriminelle, den psykiskt sjuka och/eller den socialt utsatta. Genom den narkotikapolitiska diskursen har alltså kategorin *missbrukare* vuxit fram med tillhörande egenskaper. Att av allmänheten placeras in i en kategori som kantas av negativa egenskaper kan fungera som ett identitetsfängelse. Antons svårigheter att träda in, och stanna kvar, på arbetsmarknaden kan vara ett exempel på hur icke-narkotikaanvändare placerat in honom i en kategori där han, trots skötsamhet och drogfrihet får leva med gamla föreställningar om hur han *är*. Föreställningarna inverkar på möjligheten till livsstilsförändringar. Genom det empiriska materialet har både Tobias och John gett exempel på hur ”bra vänner och sunda relationer” tar avstånd från dem på grund av narkotikaanvändningen. Situationerna kan ses som den sociala isolering och marginalisering som sker gentemot stigmatiserade personer. Genom det empiriska materialet

har en konsekvens av denna förda politik kunnat urskiljas där intervjupersonerna på olika sätt glidit ifrån ”normalsamhället” och dess medlemmar. Bemötandet från omgivningen reflekterar den narkotikapolitik som förts genom åren och påverkar de som injicerar narkotika. Arbetsledare, relationspartners och professionella inom sjukvården har alla varit exempel på personer som agerat fördömande i mötet med personer som injicerar.

Hur vi ser på människor som använder narkotika i dag är alltså ett resultat av en historisk framställning av narkotikan, både substansen i sig och dess användare. Narkotikaanvändaren associeras än i dag med egenskaper som benämndes för 40 år sedan vilket det empiriska materialet gett upprepande exempel på. Den diskursiva kategoriseringen av *missbrukarna* är så djupt rotat i vår gemensamma verklighet att det räcker att nämna ordet så vet vi dess utmärkande egenskaper. De egenskaper som sammankopplats med personer som använder narkotika uppfattas som vanliga och naturliga istället för socialt skapade. Genom att följa den narkotikapolitiska historien där idéer om riskbruk och missbruk förändrats med åren kan en utläsa begreppen som socialt konstruerade. Förändringen är ett exempel på hur språket frammanar och utformar vår verklighet. Vilka personer som platsar i kategorin *missbrukare* blir därmed inte heller fast utan istället ett resultat av människors tolkningar av den tidsenliga konstruktion som råder. Tillsammans skapar människor en social verklighet kring användning av narkotika. Genom att skildra personer som injicerar narkotika som brottslingar så förespråkas straff snarare än behandling – vilket är en utveckling vi kan se i Sverige i dag. I landets kamp mot narkotikan har även en kamp mot den enskilda individen som använder narkotika kunnat urskiljas. Hårdare individfokuserade lagar har placerat narkotikaanvändaren i en utsatt livssituation där det egna narkotikaberoendet förvandlats från en sjukdom till någonting straffbart med minskade hjälpinsatser som konsekvens. Genom historien har vi kunnat se hur grundläggande rättigheter kränkts i form av bristande sociala insatser som lämnat personer som injicerar narkotika i en mycket besvärande livssituation. Ju aggressivare narkotikapolitik som förts i landet, desto tätare har ringen, eller kanske snarare muren som omger den enskilda personen blivit.

Den narkotikapolitiska diskursen ligger alltså till grund för hur ”normalsamhället” ser på personer som använder narkotika. Det i sin tur samverkar med vilka samhälleliga insatser som godkänns och etableras i det svenska samhället. Sverige har genom åren fört en stark narkotikapolitisk nolltolerans som stött bort de narkotikapolitiska tankesätt som inte går hand i hand med landets egen vision om det narkotikafria samhället. Sprutbytesverksamheten har därmed haft stora svårigheter att etablera sig i landet, trots stark evidens om verksamhetens positiva inverkan på utsatta personers livssituation. Redan i slutet av 1980-talet rekommenderade FN att alla länder där ett intravenöst narkotikaanvändande föregick skulle tillhandahålla sprutbytesprogram. Sverige startade sina första program i Malmö och Lund i slutet av 1980-talet men som på grund av narkotikapolitiska bestämmelser enbart kunde tillgodose ett begränsat antal personer med rena injektionsverktyg. Genom att begränsa sprutbytesprogrammet ökar också personers riskbeteende och utsatthet i form av delandet av redan använda injektionsverktyg. Att inte erbjuda sprutbytesprogram för personer som injicerar narkotika har genom det empiriska materialet visat sig kunna öka kriminalitet, då intervjupersonerna får tag på sprutor genom inbrott på olika vårdinrättningar. Att inte heller kunna erbjuda en geografisk likvärdig vård i landet inskränker på intervjupersonernas mänskliga rättigheter. Att Anton inte ska ha tillgång till rena sprutor och därmed utsättas för en ökad risk att smittas av HIV och Hepatit än exempelvis Tobias, som lever i en stad där sprutbyte finns tillgängligt, känns inte bara orättvist utan också mycket olustigt med tanke på konsekvenserna.

Men de senaste åren har alltså någonting hänt. Skadereduceringens framfart genom Europa har skapat en viss rörelse i Sveriges annars så strikta narkotikapolitiska fasad. Sverige, som en del av EU verkar inte längre kunna hålla fast vid samma kritiserade narkotikapolitik. Den skadereducerande verksamheten, i form av sprutbyte har som nu brutit sig in på den svenska marknaden och tycks börja luckra upp den narkotikapolitiska mur som cirkulerat runt narkotikaanvändaren. Verksamheten utmanar därmed rådande idéer kring personer som injicerar narkotika. Från att ha framställts som irrationell, omoralisk och oförmögen att ta hand om sig själv så finns det nu en legitim instans som bemöter personen utifrån andra beskrivningar. Trots sprutbytets evidensstarka grund upplevs Sverige nervös inför verksamhetens etablering. Regler kring sprutbytets verksamhet kontrollerar dess praktik och hindrar den från att bli alltför liberal. Grundfilosofin i harm reductionbegreppet är personens fria vilja och vilar på en ideologisk motsättning till landets nollvision. Sprutbytet har genom narkotikapolitiska diskurser därmed formats utifrån svenska narkotikapolitiska perspektiv och verksamheten har istället utgått från ett ”folkhälsoperspektiv”. Om en etablering av sprutbytet överhuvudtaget skulle vara möjlig kan folkhälsoperspektivet tänkas vara det enda möjliga perspektivet då det i sak inte står i motsats till den övriga narkotikapolitiken. För att vinna mot det starka motståndet som funnits i debatten kan det tänkas att förespråkarna behövt stryka den rådande narkotikapolitiken medhårs. Att narkotikapolitiskt placera sprutbytesprogrammet som en insats ur ett folkhälsoperspektiv kan därmed ses som en väl vald strategi. Perspektivet fyller fortfarande en stor funktion för injicerande personers hälsorelaterade utsatthet men tappar en viktig skillnad i synen på individen. Hade Sverige tagit sig an sprutbytet, som en del av harm reductionperspektivet hade dess verksamhet möjligen sett annorlunda ut. Mer fokus hade riktats mot narkotikaanvändarens fria val vilket i sin tur kanske också påverkat synen på densamma. I den svenska sprutbytesdebatten har det genom åren inte funnits utrymme att prata om den enskilde *missbrukarens* självbestämmanderätt. *Missbrukaren* som genom åren inte ens kunnat se till sitt eget bästa utan behövt tvångsvårdas. Genom att så när som omyndigförklara personer som injicerar narkotika berövas de också rätten att ha åsikter om vilka narkotikarelaterade samhällsinsatser som behövs. En av grunderna i folkhälsan är personers narkotikaanvändning som en risk för övriga befolkningen. Fokus tas då *från* personen som injicerar narkotika tillbaka till ”normalsamhället”. Att sprutbytesverksamheten formats ur ett folkhälsoperspektiv passar därmed bättre ihop med landets övriga narkotikapolitik. Men trots att det egentligen inte finns några motsättningar mellan arbetet för folkhälsan och den svenska narkotikapolitiken har ändå konkreta regleringar i verksamheten uppkommit. De kan ses i form av åldergränser, geografisk spridning och reglerad mängd utdelade injiceringsverktyg. Sveriges narkotikapolitiska vision om nolltolerans kan därmed anses inbakad i den skadereducerande verksamhet som det politiskt nu ändå öppnats upp för. Genom att ta avstånd från harm reduction tar Sverige även ett känslomässigt avstånd från personen som använder narkotika. Tanken om individen som rationell blir därmed irrelevant eftersom fokus istället ligger på den generella folkhälsan. På så sätt kan den narkotikapolitiska cirkeln leva vidare, trots nya, mer liberala narkotikapolitiska insatser. Den narkotikapolitiska diskursen har därmed en direkt koppling till den utsatthet som personer som injicerar narkotika upplever.

Jag har visat på språket som en avgörande faktor för att placera personer som injicerar narkotika i ett fack som *missbrukare* med tillhörande stereotypiska egenskaper. Personliga egenskaper har genom en större narkotikapolitisk kontext formats och därmed också förutsatt vilka skadereducerande insatser som implementerats gentemot denna grupp. Jag har sedan visat på hur konsekvenserna har påverkat den enskilda individen, både genom skapandet av den egna självkänslan men också rent fysiska förutsättningar för dennes livskvalitet med särskilt fokus på sociala relationer, samt mental och fysisk hälsa.

9. Slutsatser

Studiens syfte har varit att undersöka hur personer med erfarenhet av att injicera narkotika beskriver och hanterar utsatthet kopplat till sin livssituation. Syftet har också varit att se hur samhällets narkotikapolitiska diskurser påverkar personers livsvillkor och vilken roll sprutbytesverksamheten kan få för den enskilda narkotikaanvändaren. 8000 personer antas injicera narkotika i Sverige. I denna studie har fem av dem bidragit med tankar och erfarenheter kring utsatthet kopplat till sin narkotikaanvändning.

Det är viktigt att poängtera att det skademinimerande arbetet och arbetet för att minimera narkotikans utbredning inte behöver kollidera. I Sverige har den narkotikapolitiska diskursen som varit dock valt att se de två som motpoler. Att motverka ohälsa för den som av olika anledningar fastnat i ett narkotikaberoende, gör det istället lättare för denne att lämna sitt narkotikabruk om det i framtiden blir aktuellt. Det skademinimerande arbetet bör därmed ses som ett komplement till det preventiva arbetet. Genom denna studie har vi genom det empiriska materialet kunnat se hur delar av den svenska narkotikapolitiken bidragit till en ökad utsatthet för de som injicerar narkotika. Genom att ignorera evidensgrundande samhällsinsatser som bidrar till ett mindre lidande för intravenösa användare visar Sveriges ledande politiker en ovilja att se dessa människor. Vi har i många år haft en narkotikapolitisk fokusering på insatser som nu visat sig inte fungera så bra som vi hoppats. Den ökade narkotika-relaterade dödligheten är ett resultat på att vi är långt ifrån ett narkotikafritt samhälle. Nu är det dags att byta arbetssätt, och göra det helhjärtat. Slopa ålderreglering kring sprutbytet, utvidga verksamheten, skapa en geografiskt likvärdig vård för personer som injicerar narkotika och lyssna på de personer som berörs av verksamhetens insatser. Se över vilka andra skadereducerande insatser som kan vara aktuella. Ta lärdom av andra länders implementering och narkotikapolitiska arbete. Vad är det som behövs för att livssituationen för personer som injicerar narkotika ska bli bättre?

Kanske kan det nu också vara dags för en omformulering av de narkotikapolitiska målen. Att ha en dröm om ett narkotikafritt samhälle är inte fel i sig, men det får inte ske på bekostnad av den enskilda individen. Evidensstarka insatser får inte förbises på grund av en ideologisk idé om någonting annat. Att så långt som möjligt minska de negativa effekterna av narkotikaanvändningen måste ses som en självklarhet i ett samhälle byggt på humanitet, solidaritet och jämlikhet. Det borde inte vara en narkotikapolitisk kontrovers att både arbeta för ett samhälle där tillgängligheten av narkotika minimeras och samtidigt minska de skador som uppkommer vid ett användande. Världen ser annorlunda ut i dag än den gjorde på 1960-talet. Människor är mer rörliga, narkotiska preparat likaså. Att föra en narkotikapolitik som grundades för närmare 50 år sedan borde vara orimligt. Dess visioner behöver justeras till dagens världsbild. Och det är kanske där vi ska börja – vad har vi för problem idag och hur kan vi lösa dem?

Uppsatsen som nu skrivits hoppas jag ska kunna bidra till en ökad förståelse för den utsatthet som personer som injicerar narkotika lever under och förhoppningsvis vara ytterligare ett bidrag till att belysa dess livssituation. Studien som nu gjorts är långt ifrån heltäckande kring den utsatthet som intervjupersonerna presenterat. Kriminalisering av det egna bruket är ett av de områden som inte kunnat utvecklas inom ramen för denna studie, men som jag hoppas kan ligga till grund för fortsatta studier inom området.

Referenser

- Ahrne, G., & Svensson, P. (red.) (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.
- Alanko Blomé, M., Isendahl, P. (2017). *Verksamhetsberättelse 2016*. Sprutbytet i Malmö, VO Infektionssjukdomar, Skånes Universitetssjukhus, Malmö. (opublicerad).
- Anderberg, M., Dahlberg, M. & Patriksson, K. (2012). *Kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg 2011*. (Kunskapskällar'n 2012:1). Göteborg.
- Blomqvist, J., & Olsson, B. (red.) (2011). *Narkotika: Om problem och politik*. Stockholm: Norstedts juridik.
- Boman, D., Bowin, R., Gabrielsson, C., Lidwall, P. & Magnusson, C. (2016) *Sprutbytesprogram. Västra Götalandsregionen Förstudie*. Västra Götalandsregionen. [Tillgänglig: https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/88822e7a-ce10-4d41-bc5c2c0f1e49b127/Sprututbyte_master_170207.pdf?a=false&guest=true Hämtad 2017-01-12]
- Bryman, A. (2012). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Byhlén, B., Forsberg, P., Enlesson Sahlström, C. (2017). Sprutbytesmottagning Växjö. Verksamhetsberättelse 2016, 3 november – 31 december. Region Kronoberg, Infektionskliniken, sprutbytesmottagningen. (opublicerad).
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2007). Introduktion. ”Motsatsen till relativism, detta bör vi aldrig glömma, stavas absolutism”. I Börjesson, M., & Palmblad, E. (red.) *Diskursanalys i praktiken*. Malmö: Liber.
- Cama, E., Brener, L., Wilson, H., & Von Hippel, C. (2016). Internalized Stigma Among People Who Inject Drugs. *Substance Use and Misuse*, 51(12), 1664-1668.
- Cohen, S. (1985/2007). *Visions of social control. Crime, punishment and classification*. Cambridge: Polity Press.
- Connors, M. (1992). Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: Implications for AIDS prevention. *Social Science & Medicine*, 34(6), 591-601.
- Cook, C., Bridge, J., & Stimson V, G. (2010). *The diffusion of harm reduction in Europe and beyond*. Spain: EMCDDA Monographs, 10.
- Dahlqvist, E., Waldeck, M., Banke, S. (2017) *Sprutbytesmottagningen Kristianstad – Verksamhetsberättelse 2016*. Skånevård KRYH (opublicerad).
- EMDDA. (2017). *Health and social responses to drug problems. A European guide*. Publication office of the european union. Luxemburg.

- Ahrne, G & Eriksson-Zetterquist, U. (2015). I Ahrne, G., & Svensson, P. (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse textual analysis for social research*. London: Routledge.
- Folkhälsomyndigheten (2015) *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger*.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Den svenska narkotikasituationen – en översikt över rapporteringen till EU:s narkotikabyrå*.
- Goffman, E. (2011). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedt.
- Johnsson, B. (2010). Risker och sidoeffekter i läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende – en forskningsöversikt. I *Socialvetenskaplig tidskrift* nr. 1.
- Juhila, K. (2004). Talking Back to Stigmatized Identities. *Qualitative Social Work*, 3(3), 259-275.
- Justesen, L., Mik-Meyer, N. (2011). *Kvalitativa metoder: Från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Kakko, K. (2011). *Heroinberoende*. Stockholm: Liber.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kåberg, M., Lindström, F. (2017). *Sprututbytet i Stockholm. Verksamhetsberättelse 2016*. Infektionskliniken Karolinska Universitetssjukhuset (opublicerad).
- Larsson, Sjöblom, Lilja J., Larsson, S., & Sjöblom, Y. (red.) (2008). *Narrativa metoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Layder, D. (1998). *Sociological practice: Linking theory and social research*. London: SAGE.
- Ljungberg, B., Tranström, G. (2017). *Hiv-preventionsprogrammet bland narkomaner i Lund. Verksamhetsberättelse för 2016*. (opublicerad).
- Macneil, J., & Pauly, B. (2011). Needle exchange as a safe haven in an unsafe world. *Drug and Alcohol Review*, 30(1), 26-32.
- Magnusson, S., Kjölvmärk, C., Ohlsson, K. (2017). *Verksamhetsberättelse Helsingborg* (opublicerad).
- Moi, Toril (1994) ”Att erövra Bourdieu”, i *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, nr 1, s. 3-18.
- Montelius, H. (2017). *Verksamhetsberättelse 2016*. Landstinget Blekinge. (opublicerad).

- Olsson, B. (2017) Den svenska narkotikapolitiken. I Eklund, N. & Hildebrand, M. (red.) *Dogmer som dödar. Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal förlag
- Palmérus, M. (2017). *Verksamhetsberättelse sprututbytet, Region Jönköpings län 2016*. Inspektionen för vård och omsorg. Dnr 7.2-11898/2017-1 (opublicerad)
- Petersson, F. (2013). *Kontroll av beroende: Substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik*. Malmö: Égalité.
- Rehm, Jörgen., & Fischer, Benedikt. (2010). Harm reduction in an open and experimenting society. I *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Spain: EMCDDA Monographs 10.
- Rennstam, J., & Wästerfors, D. (2015). *Från stoff till studie: Om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Rhodes, T. & Hedrich, D. (2010). Harm reduction and the mainstream. I *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Spain: EMCDDA Monographs, 10.
- Richert, T. (2014). *Överdoser, försörjningsstrategier och riskhantering livsvillkor för personer som injicerar narkotika*. Health and Society Doctoral Dissertation. Malmö: Malmö högskola.
- Riviera, Decuir, Crawford, Amesty, & Lewis. (2014). Internalized stigma and sterile syringe use among people who inject drugs in New York City, 2010–2012. *Drug and Alcohol Dependence, 144*, 259-264.
- Ronold, H., Alexandersson, C. (2017). *Verksamhetsberättelse 2016*. Kalmar sprutbytesprogram, infektionskliniken, Kalmar Länssjukhus. (opublicerad).
- Roumeliotis, F. (2017). Narkotikaprevention i det postpolitiska samhället. Demokrati, teknokrati och ideologiska låsningar. I Eklund, N. & Hildebrand, M. (red.) *Dogmer som dödar. Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal förlag.
- Runquist, W. (2012). *Legitimering av tvångsvård. Klienter och deras socialsekreterare om LVM*. Malmö: Égalité
- Rågsjö, K (2017). Dags att sluta moralisera. I Eklund, N. & Hildebrand, M. (red.) *Dogmer som dödar. Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal förlag.
- Sahlin, I. (2013). Sociala problem som verklighetskonstruktioner. I Meeuwisse, A., & Swärd, H. (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & kultur.
- SFS 1968:64 Narkotikastrafflag. Stockholm: Justitiedepartementet
- SFS 1992:860 Lag om kontroll av narkotika. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2006:323. Lag om utbyte av sprutor och kanyler. Stockholm: Socialdepartementet.

- Silverman, D. (1998). *Harvey Sacks: Social Science and Conversation Analysis*. New York: Oxford University Press.
- Simmonds, & Coomber. (2009). Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy*, 20(2), 121-130.
- Skårner, A. (2001). *Skilda världar?: En studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Univ.
- Sohlmér, J. (2017). En gång missbrukare, inte alltid missbrukare. I Eklund, N., & Hildebrand, M (red.). *Dogmer som dödar. Vägval för svensk narkotikapolitik*. Stockholm: Verbal förlag
- Stenström, N. (2008). *Sprutbyte vid intravenöst narkotikamissbruk: En longitudinell studie av deltagarna i sprutbytesprogrammet i Malmö* (Doktorsavhandling) Östersund: Institutionen för socialt arbete, Mittuniversitetet
- Stimson, G. (2010). *Harm reduction: the advocacy of science and the science of advocacy*. Lecture 17th November at London School of Hygiene and Tropical Medicine. Tillgänglig:[https://www.hri.global/files/2010/11/29/Harm_reduction_-_the_advocacy_of_science_and_the_science_of_advocacy.pdf Hämtad 2017-12-29]
- Svensson, B. (2012). *Narkotikapolitik och narkotikadebatt*. Lund: Studentlitteratur
- Thermaenius Nordgren, C., Bodin, K., Lindgren, I. (2017). *Verksamhetsberättelse Sprutbytet i Uppsala 2016*. Hälsa och Habilitering. Dnr 7.2-11867/2017-1. (opublicerad).
- Tryggvesson, K. (2012). "Sprutbyte- visst bara de slutar med droger". Svenska myndigheters och politikernas hantering av rena sprutor till narkomaner. *Nordic studies on alcohol and drugs*. Vol 29 (5).
- Törnqvist, D. (2009). *När man talar om knark: Drogdebatt i svensk dagspress 1970-1999* (Akademisk avhandlingar) Umeå: Sociologiska institutionen, Umeå universitet.
- UNODC. (2016). *World drug report*. Vienna
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed* (Vetenskapsrådets rapportserie; 2011:1). Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wenneberg Barlebo, S.(2010). *Socialkonstruktivism: Positioner, problem och perspektiv*. Malmö: Liber.
- Yin, R. (2007). *Fallstudier: Design och genomförande*. Malmö: Liber.

Bilaga 1 Informationsbrev



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Hej,

Mitt namn är Jennie Wiberg Cordero och under hösten 2017 kommer jag att skriva min masteruppsats i socialt arbete vid Göteborgs universitet.

Syftet med studien är att undersöka hur personer som någon gång de senaste 12 månaderna har brukat narkotika intravenöst, upplever och hanterar olika former av utsatthet i sin vardag. Erfarenheterna kommer sedan att speglas mot skadereducerande insatser såsom sprutbytesprogram vars verksamhet riktas mot denna målgrupp.

Studien genomförs med hjälp av intervjuer. Intervjun beräknas ta cirka 60 minuter eller så lång tid som intervjupersonen anses rimligt.

Vad innebär det att delta?

Studien kommer att följa vetenskapsrådets etiska riktlinjer vilket innebär att allt deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan vidare förklaring. Intervjun kommer att spelas in förutsatt att det känns ok för dig som intervjuperson. All information som kommer fram i intervjun kommer hanteras med hög sekretess och oåtkomlig för obehöriga. När uppsatsen är färdig kommer allt grundmaterial att förstöras. I själva studien kommer personlig information att anonymiseras för att försäkra att den inte går att spåra tillbaka till enskilda individer. Studien beräknas vara klar i januari 2018.

Vid övriga frågor och funderingar kring studien, tveka inte att kontakta nedanstående ansvariga. Med vänliga hälsningar,

Jennie Wiberg Cordero
0707-412190
jennie_lerum@hotmail.com

Lars Rönmark (Handledare)
PhD, universitetslektor vid Institutionen för
socialt arbete, Göteborgs Universitet
telefon: 031 7866377

Bilaga 2 Samtyckesblankett



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Samtyckesblankett

Härmed samtycker jag till att på frivillig basis delta i studien.

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte, tillvägagångssätt och upplägg. Jag har informerats om att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan vidare motivering. Den information som framkommer ska hanteras med hög sekretess och hanteras på ett sätt att min eller andras identitet inte avslöjas.

.....

Datum och ort

.....

Namn och namnförtydligande

Bilaga 3 Intervjuguide

Frågor som berör sprutbytesprogram

1. Har du någon gång besökt ett sprutbytesprogram?
2. Om ja, hur upplevde du verksamheten?
3. Om det skulle finnas ett där du bor, skulle du gå dit? Varför? Varför inte?
4. Det har tagit lång tid för Sverige att etablera sprutbytesverksamhet i jämförelse med många andra länder, varför tror du att det är så?
5. Vad är dina förväntningar på verksamheten?
6. På sprutbytesverksamheten finns det en önskan om att bygga upp ett förtroende mellan personal och besökare, vad tror du behövs för att det ska kunna fungera? Vad är viktigt i en sådan relation?

Personliga frågor

7. Ålder
8. När injicerade du senast? Vad var din senast injicerande drog?
9. Hur ofta injicerar du?
10. Hur många år har du injicerat? När injicerade du första gången?

Frågor som berör utsatthet

11. När du injicerade, gjorde du det ofta själv eller tillsammans med andra? Vilken relation hade ni? (ex. Nära vänner, partners, ytliga bekanta etc.) Skulle du säga att det är en social aktivitet?
12. Hur har du fått tag på sprutor tidigare? Lätt/svårt? Beskriv en situation
13. Upplevde du att det fanns risker/känt dig utsatt kopplat till den situationen?
(ex. hotfullt, våld, träffade någon du inte var sugen på att träffa)
14. Av vilka anledningar delas injiceringsverktyg med varandra?
15. Vilka personer anses det generellt vara ok att dela sprutor med?
16. Kan du berätta om en situation där du eller någon annan delat sprutor?
17. Har du upplevt en hotfull situation i kombination med delandet av sprutor?
18. Är det andra situationer kopplat till din narkotikaanvändning där du känt dig utsatt på något sätt?
19. Hur ser din relation ut till narkotikan idag?

Injicering av narkotika kopplat till självkänsla

20. Har du någon gång känt dig illa bemött på grund av att du använder droger? Utveckla.
Från vem?

21. Kan du berätta om en situation där du blivit bemött på ett negativt sätt på grund av ditt val av intagningsätt. Injicering. (Från allmänheten, från andra som tar droger)
22. Varför tror du att det är på det viset? Hur har det påverkat ditt sätt att se på dig själv?
23. Kan du tänka tillbaka på en situation där du haft en fördel av att du injicerat?
24. Någon situation där du blivit bemött på ett bra sätt pga. injicering?
25. Varför tror du att det är på det viset?
26. Har någon av dessa situationer påverkat hur du ser på dig själv? Hur hanterar du det?
27. Vilka personer som finns i din närhet betyder mycket för dig i dag? På vilket sätt?