

Förord

Ett varmt tack riktar jag till min handledare Johan Cronehed som hjälpt mig i uppsatsarbetet med uppmuntran och idéer. Jag vill även tacka min man och mina vänner för deras stöd och engagemang. Slutligen vill jag även tacka min dotter för hennes hänsynstagande och tålamod under dessa veckor av mitt skrivarbete.

1. Problemformulering

Under decennier har forskare frågat sig om människan är betingad av arv eller miljö. Så småningom har svaret kommit att bli mer komplext och synen på vad som gör att människor handlar på ett eller annat sätt anses numera vara sprunget ur en kombination av båda dessa villkor. Det finns dock en aspekt till som alltmer tar över diskursen, och det är synen på människan som en biokemisk varelse. Det får konsekvenser på hur vi löser vissa problem. Det är framförallt läkarkåren som förespråkar att avvikande beteende i viss mån kan medicineras bort. Alkohol- och narkotikaberoende kan ses som en sjukdom, ett kemiskt beroende. Det kan även ses som ett avvikande beteende med psykosociala förtecken, eller kanske en kombination av dessa åskådningar. Vi är då inne på en förklaringsmodell som innefattar arv, miljö samt biokemi. I Sverige har den biokemiska synen börjat få genomslagskraft när det gäller heroinmissbruk. Det har dock tagit fyra decennier för diskursen att få fotfäste och till viss del (det finns fortfarande många ”om” och ”men”, vilket problematiseras i uppsatsens analyserande delar) bli generaliserbar. Det började år 1966 när professor Lars Gunne, som är forskare i psykiatri, startade metadonbehandlingen för heroinmissbrukare som en försöksverksamhet på Ulleråkers sjukhus. Debatten har mer eller mindre rasat om dess existensberättigande sedan dess. Idén hade han hämtat från USA som då hade en mer framskriden problematik med heroinmissbruk. Lars Gunnes projekt blev dock starkt ifrågasatt och det skulle dröja till slutet av 80-talet då HIV och AIDS upptäcktes bland narkomanerna i Sverige, innan metadonbehandlingen utökades i platsantal för att förhindra smittspridningen bland narkomanerna och undvika risken för att det skulle spridas till andra människor via de prostituerade heroinisterna (Johnson, 2005).

Metadon och Subutex är syntetiska morfinersättningsmedel och behandlingen går ut på att man blockerar suget efter heroin. Det används även som smärtlindring för exempelvis cancerpatienter. Preparatet måste intas dagligen för heroinister och ges oftast som en livslångbehandling men kan även ges under en tidsbestämd period. Den kan användas i avgiftningssyfte från heroin som ett nedtrappningspreparat, men även som underhållsbehandling. Behandlingen kombineras med droganalyser för att se att patienten inte tar andra droger under behandlingen. Substitutionsbehandlingen brukar börja med stark kontroll av patienten på så vis att hon måste lämna urinprov varje dag samt att hon måste hämta tablettorna (Subutex) eller dricka sitt metadon på respektive behandlingsenhet som i landstingbaserad behandling finns inom beroendeenheten på sjukhusen, eller i privat regi på

respektive behandlingshem, till vilket det finns läkare kopplade som är specialiserade på beroendeproblematik. Efter ca 6 månader, om inget sidomissbruk förekommer, lättas kontrollen upp och patienten får nu hämta sin medicin på apoteket ca tre gånger i veckan, samt lämna urinprov ca tre gånger i veckan på behandlingsenheten. Patienten kan inte åka utomlands utan behandlingsenhetens tillåtelse då det krävs intyg för att få föra medicinerna över nationsgränser samt specialtillåtelse för att få ut tillräckligt många doser på en och samma gång. Det kan dröja ett antal år inom behandlingen innan patienten får förtroendet att resa någonstans. Om patienten inte hämtar sin medicin inom en viss tid som handlar om dagar, blir hon utskriven, hon kan även bli utskriven av en rad andra skäl som sidomissbruk eller kriminellt beteende. Om utsättning av substitutionspreparaten sker plötsligt eller för fort får patienten abstinens. För metadon kan abstinensen vara upp till år om det intagit under lång tid (flera år). Med Subutex blir abstinensen kortare och inte lika smärtsam.

Underhållsbehandling är ett effektivt sätt att lindra heroinisters utsatthet och reducerar de skador och negativa konsekvenser som kan uppkomma i samband med heroinberoendet. (SOS - rapport 1997:22; Laanemets, 2007). Taket för patienter i metadonbehandling var 1200 patienter år 2004. För Subutexbehandling var siffran 1300 personer år 2003 (Johnson, 2005:113f).

De centrala krafterna inom narkomanvården har företrätt två olika synsätt. De som har haft mest gehör och som har dominerat arenan och diskursen har varit och är företrädare för en nolltolerans inom narkotikapolitiken där total drogfrihet ses som den enda vägen ur ett missbruk. Den andra sidan har varit och är företrädare för en "harm reduction" syn på densamma där även sprutbytesprogrammet i Lund och Malmö ingår sedan ett par decennier som en försöksverksamhet. År 2006 fattade dock riksdagen beslut om att den skulle få bli en landsomfattande verksamhet (CAN 2007), vilket visat sig inte vara så lätt. På frågan som jag ställt via e-mail till doktor Bengt Ljungberg som är pionjär på sprutbytesprogrammet på LUS, och även docent och överläkare samt Stf. verksamhetschef på infektionskliniken i Lund om hur dagsläget ser ut med sprutbytesprogrammet svarar han så här:

[...] Det finns en positiv attityd till sprutbyte sedan gammalt hos de flesta infektionsläkare, hiv-engagerade, smittskyddsläkare mm. Även en hel del (men inte alla) psykiater med missbruksinriktning är positiva[...] Däremot är dina blivande kollegor, dvs. socialtjänsten, utanför Skåne i stor utsträckning antingen kraftigt negativa eller i bästa fall skeptiska. Och socialpolitikerna är negativa på många håll. Inget sprutbyte får startas utan att man gått ihop mellan sjukvård och socialtjänst om en gemensam ansökan, så därför blockeras möjligheterna på de flesta orter. Initiativ till sprutbyte har de senaste åren tagits av infektionsläkare i bl.a Umeå,

Göteborg, Jönköping och Stockholm, men motståndet från den sociala sektorn har förhindrat att man kunnat gå vidare. Kanske svänger det i Stockholm nu, vi får se. (intervju 081121)

Bengt Ljungberg har arbetat för sprutbytesprogrammet sedan år 1986. Det finns således paralleller mellan sprutbytet och underhållsbehandlingsens diskurs på ett flertal områden som exempelvis legalitet och tröghet i implementering.

Förespråkarna för metadonbehandlingen hämtade och hämtar fortfarande sin legitimitet i den medicinska vetenskapen där synen på narkomani som en sjukdom finns. Motståndarna hade ett socialt (vilket innefattar levnadsvillkor) eller socialpsykologiskt perspektiv (vilket innefattar samspelet mellan individ och samhälle) där partipolitik och myndigheter som socialtjänsten och socialstyrelsen har haft stort inflytande, men även organisationer som till exempel brukarorganisationen RFHL (Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende) har varit en aktiv aktör. Det övergripande målet för narkotikapolitiken i Sverige är ett narkotikafritt samhälle. På senare år har dock motståndet blivit mindre mot ett harm reduction perspektiv och Subutexbehandling som registrerades som ett nytt läkemedel i Sverige år 1999, har blivit den vanligaste formen av substitutionsbehandling. Det jag vill utforska är orsakerna till att substitutionsbehandlingen blivit mer accepterad. Alltså varför har vinden vänt, vilka krafter eller maktfaktorer är det som styr utvecklingen inom narkomanvården som specialiserat sig på opiatmissbruk.

1.2. Syfte och frågeställningar

Jag vill utforska och analysera de diskurser som finns bland forskare, läkare och politiker om substitutionsbehandlingen i Sverige.

- Baseras deras uttalanden på forskning, eller vad baseras dessa på?
- Vilka problem framställs som viktiga i diskursen?
- Hur motiverar man sina ställningstaganden, vad anses vara ”sanning”?
- Vad kan det vara som det inte talas om?

2. Tidigare forskning

Jag kommer att fokusera på tidigare forskning inom tre områden eftersom det är tre perspektiv av min problemformulering och mina frågeställningar, därmed är det aspekter som behandlas i uppsatsen. Det ena området berör forskning som fokuserar på vem som har talerätt inom ett visst område eller under en viss tid. Det andra området avhandlar forskning som berör olika syn på vad kemiskt missbruk/beroende är för något. I nedanstående framställning har jag kombinerat perspektivet om talerätten med två olika synsätt på kemiskt beroende, närmare bestämt det medicinska och det sociologiska. Det sista stycket behandlar tidigare forskning inom substitutionsbehandlingen.

2.1. Diskursivt företräde och den biokemiska vetenskapen

Som lekman är det svårt att argumentera mot läkarvetenskapen. Det är ett väl inmutat område. Det berör ämnen som är väldigt specifika och vad man skulle kunna kalla tekniska och är svåra att veta så mycket om man inte har läst medicin. Läkarna och de biokemiska forskarna har således mer eller mindre ensamrätt på den biokemiska diskursen. En diskurs kan definieras som "[...] ett bestämt sätt att tala om och förstå världen (eller ett utsnitt ur världen)" enligt Winther Jørgensen & Philips (2000:7). Neumann (2003:157) har ett annat sätt att uttrycka det på, han menar att "en diskurs är ett system som producerar en uppsättning utsagor och praktiker som genom att etablera sig institutionellt kan framställa sig som mer eller mindre normala", vilket stämmer väl överens med vad jag finner att historikern och samhällsanalytikern Michel Foucault framför om diskurser. Jag kommer att ta upp mer om detta i teoridelen (se under rubrik 3 i uppsatsen). Jag stannar vid att den diskursiva praktiken bestämmer sättet på hur utsagorna utformas. Det går även att vända på det och fråga sig vem har inte talerätt? Enligt Foucaults forskning, som jag ser det, är det sällan eller aldrig den diskursen berör som har rätt att uttala sig i frågan. Jag ska citera ett stycke ur Roddy Nilssons bok (2008:39), Nilsson är docent i historia och lektor i kriminologi vid Växjö Universitet, hans översättning av ett stycke ur Foucaults "The Birth of the Clinic" (1994) speglar läkarens vidsträckta talerätt:

"Medicinen kan inte längre begränsas till att vara en samling tekniker för att bota sjukdomar och de kunskaper dessa kräver; den måste också omfatta kunskapen om den *friska människan*, det vill säga studiet av den *icke-sjuka människan* och en definition av *idealmänniskan*. I ordnandet av den mänskliga existensen lägger medicinen till sig med en normativ inställning, som ger den befogenheter inte bara till att ge råd för ett hälsosamt liv, utan också dikterar standarden för individens fysiska och moraliska relationer i det samhälle han lever".

Läkarens definition av vad som är friskt eller sjukt samt vad boten består i har statsvetaren och forskaren i bland annat narkotikapolitik Björn Johnsson (2005), gett en utförlig beskrivning av. Begrepp som ”den beroende hjärnan” tas upp samt ” den kidnappade hjärnan” vilka kortfattat går ut på att allt mänskligt beteende, oavsett om vi betraktar det som normalt eller onormalt, har en biologisk grund och är ett uttryck för hjärnans aktivitet (ibid. s.135). Beroendet är en kemisk process där hjärnan byggs om och förändras efterhand som beroendet fortskrider. Belöningssystemet tas över av drogerna och hjärnan förstörs av drogerna så att när personen försöker sluta använda dem, har det uppstått en kemisk obalans i hjärnan, som enligt den forskning som Johnsson utgår ifrån i sina antaganden angående heroinmissbruk, bara kan återställas med metadon eller Subutex. Johnson tar även upp ärftlighetens betydelse i beroendutvecklingen med betoningen på biokemiska egenskaper vilka pekar på att människor med få dopaminreceptorer har en högre risk för att fastna i drogberoende. En medicinsk forskare som Johnson baserar sina uttalanden på är docent Markus Heilig som arbetar på National Institutes of Health i USA, men även har varit verksam som överläkare på Huddinge sjukhus psykiatriska avdelning i Stockholm. När det gäller en medicinsk behandling är det läkare som har det diskursiva företrädet tillsammans med de medicinska forskarna.

Vetenskapsjournalisten och författaren Miki Agerberg återger i sin bok ”Kidnappad hjärna” (2004:55) Anna Rose Childress (pionjär inom hjärnbildsforskning) undersökning, som innefattar att vi nu objektivt kan granska hjärnans aktivitet i begärets tillstånd. Det går att kvantifiera, visualisera och karaktärisera aktiviteten, se mönster och så småningom dess neurokemi. Jag undrar om människans beteende med biokemiska förklaringsmodeller är något som håller på att ta över diskursen om hur och varför vi fungerar som vi gör? Kanske talerätten i de här diskurserna tas över av medicinare från att tidigare ha varit ett område för sociologer, psykologer och samhällsvetare? Detta är en angelägen fråga som konstateras i textens slutsatser.

2.2. Diskursivt företräde och humanvetenskapen

Personer som har ett drogberoende kan även ses som att de har ett avvikande beteende, avvikande i förhållande till de normer som samhället företräder. Sociologen och forskaren i missbruksfrågor Mats Hilde (1996) tar upp det perspektivet där en avvikande handling kan ses

som att den formas i en social definitionsprocess och en differentieringsprocess där det skapas skillnader mellan människor. Han gör bland annat kopplingen till Foucaults studier av vansinniga och att dessa studier har just detta perspektiv. Hilde (1996) skriver att synen på narkotikabruket som beroendeframkallande och skadligt tillkom så sent som i början av 1900-talet. Innan dess så var synen en helt annan. Morfin användes av ”vanliga” människor för att bota allehanda krämpor. Det var när de lägre sociala klasserna som tillhörde etniska minoritetsgrupper började använda heroin som drogen fick ett dåligt rykte. Man gick även från att på 1800-talet ha sett en opiatberoende person som någon med svag karaktär, till att senare se det som en sjukdom. Synen, som företrädes av läkare, var att opiatberoende personer använde opium av fysisk nödvändighet. Hilde (ibid.) anför att författaren Szasz anser att drogbruk ska studeras som ett socialt och kulturellt fenomen snarare än ett kemiskt. Vidare tar Hilde upp samhällets problematiserande syn på vissa narkotikabrukare som under första hälften av 1900-talet representerades av kriminella ungdomar, medan till exempel hemmafruar som tog lugnande tabletter inte ansågs vara ett problem. Det finns, skriver Hilde, tre strategier för att komma tillrätta med drogkonsumtionen. Dessa är kontroll- och sanktionsstrategin, vård- och reformstrategin samt legaliseringsstrategin. Hilde (ibid.) påvisar i sin text många perspektiv på avvikande beteende, ett som jag tycker är speciellt intressant är det Durkheimiska funktionalistiska perspektivet där narkomanen är en positiv kraft som liksom brottslingen sätter gränsen för det tillåtna och på så sätt bidrar till medborgarens tro på en särskild moralisk ordning. De ”normala” eller moraliskt rättrådiga individerna kan då se *var gränsen går* utifrån de som avviker. På så sätt är narkomanen användbar i samhället, liksom brottslingen och fängelset är det. Ett liknande perspektiv (om än mer komplext) är spårbart hos Foucault (1974) då han påvisar hur fängelset kan ses som en lyckad institution därför att den fungerar som vattendelare mellan dem som gör rätt och dem som gör fel, den fyller därmed ett viktigt syfte i samhället som går utöver vad den sägs vara, nämligen en korrektionsanstalt.

Ted Goldberg (2005:224) som är docent på Stockholms Socialhögskola gör en avgränsning mellan problematisk konsumtion av droger och rekreationskonsumtion. Han skriver om effekterna av att samhället har klara normer mot narkotikan som att det kan generera en negativ spiral för de problematiska konsumenterna. Motiveringen är att en negativ syn på narkotikakonsumenter spär på en negativ självbild som då gör att avvikelsspiralen går vidare, med efterföljande hög dödlighet, brott och prostitution. Ted Goldberg (ibid.) pläderar för en harm reduction strategi där han tar för givet att ett liv fritt från droger inte är ett rimligt

mål för de flesta problematiska konsumenter (ibid.:249). Han anser att man bör minska deras lidande istället för att försvåra en redan outhärdlig situation. Författaren tar upp forskning inom medicin, och redovisar positiva resultat av metadonprogrammet i Uppsala. Men han påpekar (ibid.:252) även att det finns data från Socialstyrelsen (1997) som konstaterar att vissa metadonprogram fungerar bättre än andra, och för vissa individer fungerar det bra men inte för alla.

2.3 Substitutionsbehandling

Metadonet utvecklades under andra världskriget i Tyskland. Det är ett syntetiskt morfinersättningsmedel. Metadonets verkningsstid är ca fem gånger längre än morfinets vilket utgör grunden för dess blockerings effekter. Om metadonet dricks dagligen i dess utspädda form med saft i en låg dos uppstår inga ruseffekter, dock dämpas suget efter narkotika. Behandlingsformen har utvecklats för dem med svårast opiatmissbruk som tidigare försökt sluta med sitt opiatmissbruk men återfallit gång på gång. Dole (psykiatriker) och Nyswander (farmakolog) skapade metadonbehandlingen för opiatmissbrukare år 1964 i New York, USA. De utgick ifrån att opiatberoende var att jämföra med en metabolisk sjukdom. Omkring år 1990 fick cirka 130 000 opiatmissbrukare metadonbehandling i USA och cirka 250 000 i övriga delar av världen. I Sverige hade socialstyrelsen begränsat omfattningen till 600 patienter år 1997 (SOS-rapport 1997:22;). I Sverige var det professor Lars Gunne som tog initiativet till metadonbehandlingen vilken inleddes i Uppsala år 1966 och var ett av de första i sitt slag i Europa (Svensson, 2005). Subutex introducerades i Frankrike i mitten av 1990-talet och gjordes tillgängligt för många heroinister. Frankrike hade år 2003, 100 000 heroinister och 10 000 metadonpatienter samt 90 000 patienter som förskrevs Subutex. I Sverige godkändes Subutex år 1999. De första åren kunde alla praktiserande läkare skriva ut Subutex, liksom det görs i Frankrike, men år 2004 infördes det restriktioner av Socialstyrelsen för förskrivningen av preparatet (ibid.)

3. Teori

Eftersom jag vill utforska diskurser om substitutionsbehandling för heroinmissbrukare i Sverige kommer jag att använda mig av delar av diskursanalysen som inspirationskälla. Diskursanalysen utgår ifrån ett socialkonstruktionistiskt synsätt (Winther Jørgensen & Philips, 2000). I det perspektivet bör vi ha en kritisk inställning till självklar kunskap och vi ska även ha i beaktande att vår kunskap är präglad av vår kultur och vår historia. Objektiviteten i diskursteorin är ideologisk. Det görs en åtskillnad mellan den *subjektiva verkligheten*, som då den innefattar en strid mellan olika diskurser och alltså är en kamp om sanningen som vi har i nuet, och den *objektiva verkligheten* som är ”avlagrade” diskurser, alltså kamper om sanningen som har varit, och som har blivit sanningar över tid. Det innebär att det som vi ser som objektiva sanningar skulle kunna ändras om det uppkom nya fakta, eller om diskursen tog ny fart där en ny syn (ideologi) utgick som segrare.

3.1. Diskursteori

Ett teoretiskt perspektiv har ofta många filosofer eller forskare som har utvecklat det synsättet men även en förgrundsgestalt. En ny teori kan uppstå genom påverkan från ett flertal idétraditioner. Diskursanalysen har uppkommit ur lingvistikens där en av grundarna var Ferdinand de Saussure och genom en ny läsning av strukturalismen på 1910 – talet som senare gav upphov till poststrukturalismen där Michail Bachtin utvecklade de ”dialogiska relationerna mellan ord, texter och människor” (Neumann 2003:18f). Även samhällsvetenskapen och historievetenskapen har bidragit till diskursteorins framväxt. De skolor som har föregått diskursanalysen är strukturalismen, Annaleskolan som var en fransk forskarskola och Frankfurtskolan i Tyskland. Diskursteorins portalfigur som jag förstår det, är Michael Foucault, som på 1960-talet blev en central gestalt i den filosofiska kontexten (ibid.). Hans tankar om diskurs bygger på att diskursen har en tvingande karaktär där vem som helst inte får uttala sig om vad som helst. Tidsperioden/epoken och kontexten spelar också en viktig roll. Under olika epoker är vissa sanningar accepterade och andra inte (Nilsson, 2008:56f). Foucault (1993:31) anser även att en lära (en diskurs) förbinder subjekten med vissa typer av yttranden som därmed vinner företräde framför andra. Det finns således uteslutande mekanismer i diskursen. Det som sägs inom diskursen fungerar även som ett bindningsmedel mellan individerna sinsemellan, vilket gör att de särskiljs från alla andra. Det uppstår en dubbel underkastelse, där individerna underställs diskursen och diskursen underställs de talande individerna. I boken ”Diskursernas kamp” (2008:77) beskriver Foucault sanning som

något som produceras, och kan bli föremål för en ideologisk kamp. Som jag förstår det finns diskursen lika mycket i det som inte sägs. Diskursen finns bland annat i attityder och beteenden, diskursen är även det som avgränsar dessa. Enligt samhällsforskarna Winther Jörgensen & Philips (2000) menar Foucault att det inte finns någon egentlig (objektiv) *sanning* utan att det finns *sanningseffekter*. Dessa skapas inom diskursen men de är varken sanna eller falska. Det som dock framstår som sanning skapas genom makt. Nilsson (2008) beskriver Foucaults tankar som att makt och kunskap är ouplösligt förbundna med varandra. Foucault har sagt att ”det är inte möjligt att utöva makt utan kunskap, det är omöjligt för kunskapen att inte framkalla makt” (Nilsson 2008: 84). ”[---] Diskursen är batalj. Inte avspegling. [...] För maktförhållandena är diskursen inte bara en yta att fästa tecken på, den är en operatör” (Foucault, 2008:182). För Foucault fanns det inte några universella sanningar om alla människors natur eller moral, han såg det som abstrakta spekulationer som kan studeras och friläggas vilket innebär att det går att göra hypoteser som visar att andra vägar, andra verkligheter, lika gärna skulle ha kunnat bli betraktade som sanningar. Foucault menar att det många gånger är tillfälligheter som avgjort vad vi idag ser som sanning (Nilsson, 2008:66f).

3.2 Socialkonstruktivism

I diskursanalysen är metod och teori sammanlänkade. Diskursanalysen är baserad på en socialkonstruktivistisk grund. Socialkonstruktivismen uppstod efter universaliserande teorier så som marxismen och psykoanalysen (Winther Jörgensen & Philips, 2000:12).

Socialkonstruktivism är en samlad beteckning för en rad teorier om kultur och samhälle, som går ut på att det är det sociala samspelet som skapar det vi uppfattar som verklighet, det är konstruktioner som kan skilja sig åt beroende på kultur och kontext (Giddens, 2007:151f).

Winther Jörgensen & Philips (2000:11f) har gjort en översättning av Vivien Burrs bok ”An Introduction to Social Constructionism” (1995), där fyra premisser för social konstruktivism definieras.

En kritisk inställning till självklar kunskap

Vår kunskap om världen kan inte omedelbart betraktas som en objektiv sanning. [...]

Historisk och kulturell specificitet

[...]vår syn på och kunskap om världen är alltid kulturellt och historiskt präglade. [...]

Våra världsbilder och identiteter kunde ha varit annorlunda och de kan förändras över tid. [...]

Samband mellan kunskap och sociala processer

Vårt sätt att uppfatta världen skapas och upprätthålls i sociala processer. Kunskap skapas i social interaktion, där man både bygger upp gemensamma sanningar och kämpar om vad som är sant och falskt.

Samband mellan kunskap och social handling

I en bestämd världsbild blir några former av handlingar naturliga och andra otänkbara. Olika sociala världsbilder leder således till olika sociala handlingar, och den sociala konstruktionen av kunskap och sanning får därmed konkreta sociala konsekvenser.

Margareta Bäck- Wiklund (2007) verksam vid Göteborgs Universitet, beskriver Peter Bergers & Tomas Luckmans fenomenologiska inriktning på sociala konstruktioner som att: ” [...] den samhällseliga verkligheten i grund och botten är en mänsklig social konstruktion.” (ibid.:78). Denna konstruktion bygger på människans vardagskunskap som vi även kallar sunt förnuft. Det sunda förnuftet är inkorporerat i alla människor som en gemensam kunskap. Hur samhället konstrueras är avhängigt av människors subjektiva uppfattningar och tolkningar (ibid.:78f).

Det som vi ser som sunt förnuft tror jag kan vara en del av det Foucault menar med avlagrade diskurser. Som jag ser det är dessa teoretikers syn på vad objektiv verklighet är för något snarlika, de skiljer sig endast i sättet att beskriva det på. Bergman & Luckman (2003) beskriver det som att vanor i den sociala interaktionen och språket bygger upp mönster som blir till objektiva verkligheter. Deras fokus skiljer sig åt genom att Foucaults verk är makroorienterade, emedan Bergman & Luckman analyserar utifrån ett mikroperspektiv. Vardagslivets verklighet, där sakernas tillstånd redan finns definierade, tas för given *som* verklighet. Om jag tolkar författarna rätt så ser de ett avbrott från den verkligheten som varandes en upplevelse av abnormitet för individen, vilket leder till en nyorientering för människan som syftar till en återgång till sakernas normala tillstånd, till den gemensamma sfär där man är på det klara med vad som förväntas av en själv och andra i samhället.

3.3 Sociologiska perspektiv på medicinsk vård och social kontroll

Foucault (1973) har skrivit om statens reglering och disciplinering av kroppen genom bland annat regleringen av sexualiteten som inte var kopplad till reproduktion. Införandet av preventivmedel och aborter var del i metoden att kontrollera sexualiteten liksom fördömandet av utomäktenskapliga sexuella relationer och homosexualitet (Giddens, 2007). Jag tycker att det går att göra en parallell till bruket av medicin (droger) som inte är hälsofrämjande, vilket ska ”tryckas ner”, förbjudas och fördömas. Giddens skriver om hälsa och sjukdom som socialt definierade. Det som ses som avvikande kan även ses som en patologi. Den biomedicinska synen som fått en viktig roll i det moderna samhället under de senaste 200 åren, bygger på tre

premisser. Den ena är att den kan bota sjukdomar samt är att det går att identifiera uppkomsten av patologin. Det går att diagnostisera den. Det andra är att kropp och själ kan skiljas åt. Det vill säga att personen har en sjukdom, men hon är inte sin sjukdom. Det tredje är att det krävs specialister för att kunna bota den sjuke (ibid.:232f.). Jag anser att det är lätt att se detta synsätt som den härskande konstruktionen i dagens diskurs om hur en heroinist kan botas, eller i alla fall bli bättre. Det finns även en allmän uppfattning om att det är statens ansvar att ha en sund befolkning som kan tjäna som arbetskraft. Folket blir därmed en resurs som ska kontrolleras och regleras för att uppnå maximal rikedom. Foucault skriver om vetandet som kopplat till makten, där maktens motiv till att rätta till det avvikande är att få det att gå i rationalitetens och förnuftets ledband (Lindgren, 2007:352).

4. Metod

Någon form av kvalitativ metod är den som jag tycker är den mest relevanta för mina frågeställningar. Det är öppna frågeställningar som såväl är av undersökande som av utforskande art. I min analys vill jag inte utforska vad som är sant och falskt, utan vad som är möjligt att säga eller ej. Jag kommer alltså att använda mig av vissa av Foucaults teorier i analysen. Diskursanalysens teori utgår ifrån att vad som helst inte kan sägas när som helst. Även vem som säger vad är viktigt. Det är denna problematik jag är intresserad av. Vad är det som får lov att betraktas som sanning idag? Hur kommer det sig? Följaktligen är en kvantitativ ansats inte bra att använda i det här specifika fallet. Jag är inte ute efter att göra generaliseringar av typen hur många tycker, eller hur många finns det som... Jag vill inrikta mig på det specifika, men inte på det personliga. Uttalandena skall sättas i ett sammanhang där den holistiska synen som den kvalitativa metoden anför är fruktbar. Enligt Foucault är språket det redskap som synliggör sociala relationer (Neumann, 2003:35), vilket gör en litteraturstudie, en dokumentstudie, lämplig som metod för att spåra kategoriseringar i språket. Jag vill använda mig av dokument för att på så sätt kunna göra ett urval där jag skall försöka se vilka som är de starkaste aktörerna på arenan som jag sedan skall analysera i form av deras uttalanden, då en av diskursanalysens syfte är att upptäcka vilka representationer som finns i diskursen, jag vill dock upprepa att det inte är diskursanalys jag gör, utan jag använder endast vissa drag ur den och gör en form av innehållsanalys. De är dessa som representerar det som anses vara verklighet i en diskurs. När dessa representationer cementeras, har

representationerna positionerat (institutionaliserat) sig. När en verklighetsuppfattning är oomstridd kallas det för en hegemoni, den anses då vara naturlig, omöjlig att ifrågasätta. I teoridelen redogjorde jag för vilka handlingsbetingelser som finns för den aktuella diskursen, vilket Neumann (2003:73) skriver om som en viktig del i studiet av det materiella i förhållande till diskursen. Jag kommer även att analysera på vilket sätt ett uttalande får konsekvenser för sociala praktiker. Med inspiration av Foucaults teorier om diskursanalys kommer det att vara till största del på en makroorienterad nivå. Jag tänker mig även att valet av metod där jag analyserar innehållet i dokumenten skall ge mig ett redskap där jag kan studera hur ett förlopp har skett. Jag är medveten om att mycket av det som sker i en viss process inte skrivs ner, men jag tar för givet att det finns tillräckligt mycket nedtecknat för att det skall vara givande att använda. När något skriver en text, innebär skrivandet att det görs ett urval av resonemang och argument. Det är bland annat detta urval jag är intresserad av att studera. Jag är medveten om att min position till materialet avgör vad jag ser i analysen, även om jag använder mig av en teori, är det möjligt att en annan person hade fått andra resultat. Jag skall dock försöka vara så neutral jag kan när jag studerar vad man kan kalla för produktionen av sanning eller som Foucault menar är "sanningseffekter". Ett problem med vissa av de texter jag valt ut är att dessa artiklar är författade av journalister, vilket utgör en risk för att utlåtandena kan vara förvanskade på det sättet att när någon skriver om vad någon annan säger finns alltid risk för missförstånd eller en selektion av citat som gör att den citerade personen inte kommer till sin fulla rätt. Det handlar om artiklarna 2,3,4,6,7,10,12 samt 14-24.

Valet av metod infattar även en induktiv ansats eftersom jag ska utforska ett fenomen utan att ha en egen hypotes om utgången i förväg. Jag samlar materialet och analyserar det i efterhand. Från början hade jag för avsikt att ha några intervjuer med nyckelpersoner inom den diskurs som jag ska studera, men jag har förkastad idén av den orsaken av att vad enskilda personer tycker eller uttalar sig om inte är den viktigaste utgångspunkten. Utgångspunkten är att se diskursen som ett väsen i sig, där det förvisso är viktigt vem som får uttala sig, men mer i egenskap av personens position och inte som individ. Med personliga intervjuer hade jag därmed missat måltavlan med vad jag vill uppnå med min analys.

Begränsningarna i detta sätt att arbeta kan vara att jag inte kan få en tillräckligt nyanserad bild av den nuvarande situationen eller det historiska förloppet, just på grund av att det är en dokumentanalys medför det att många skeenden inte finns med. De är inte nedskrivna eller de

är bortcensurerade av anledningar som det inte finns möjlighet att finna svar på. Dock har det som inte sägs stor relevans i sig, det som inte sägs är lika viktigt som det som sägs. Ibland kan det kanske till och med vara viktigare. Mina slutsatser av vad som inte sägs är min tolkning och ingen absolut sanning. Med tanke på den relativt korta tid som jag har att skriva, kommer det att finnas luckor och information som jag missar, eftersom jag inte hinner med att samla in och undersöka alla tänkbara källor under de 40 år som diskursen har varit igång angående underhållsbehandling eller *substitutionsbehandling* som det kallas idag. Jag kommer dock att koncentrera mig mer på de senaste tio åren. Den centrala avgränsningen innefattar alltså en tioårsperiod, inramningen av problematiken sker genom de inledande avsnitten i uppsatsen: problemformulering, teori, fördjupad bakgrund och fortsatt framställning.

Reliabiliteten blir på sätt och viss relativ, då den innehåller ett mått av subjektiva urvalskriterier avseende tidningsartiklar och citat samt de tidsperioder de skall representera. Vilket ju utgör ett av uppsatsens utgångslägen. Det är möjligt att andra liknande studier skulle kunna få ett något annorlunda utfall beroende på hur man närmar sig materialet tematiskt. En undersöknings utgångsläge utgör ett av villkoren för resultatet. Det vore förmätet av mig att tro att jag ska kunna komma fram till någon revolutionerande nyhet, dock kanske jag kan fördjupa förståelsen för det fenomen jag skall undersöka (Jacobsen, 2007). En av våra föreläsare sa att om vi trodde oss ha kommit fram till något som ingen annan har kommit på så hade vi troligen fel, vilket var ganska roligt sagt så jag ska hålla det i minnet. *Reliabiliteten* i den här uppsatsen är begränsad då den innehåller drag av subjektivitet eftersom jag väljer att tematisera och sammanfatta sekundärmaterialet (artiklarna), där det är *jag* som definierar vad jag ser i texterna som framställs som problem, orsaker till problem och lösningar. Det är även *min syn* på vad som är konstruktioner, sanningseffekter, bindningsmedel samt utestängningsmekanismer i diskursen som jag presenterar. Dock anser jag att mitt sätt att tematisera och finna mönster i texterna ger analysen reliabilitet då dessa teman och mönster förankras i mitt val av teorier. *Validiteten* höjs av att jag utgår från ett socialkonstruktivistiskt synsätt. Jag använder mig av diskursteoretiska termer även om uppsatsen inte är en diskursanalys utan bara är inspirerad av dess tänkesätt. Jag sammanfattar materialet i teman samt analyserar materialet ur olika perspektiv. Mitt val av teoretiska utgångspunkter anser jag vara av relevans i förhållande till vad jag vill uppnå, vilket höjer validiteten på så sätt att jag använder mig av en metod som kan uppfylla syftet med min uppsats. Med andra ord att jag utforskar diskursen om substitutionsbehandling genom socialkonstruktivismen och med vissa av diskursanalysens verktyg ger validitet åt uppsatsen

vilket redogörelsen av min förförståelse också syftar till. Det är dock vad jag uppfattar som jag presenterar vilket givetvis inte kan ses som någon totalt objektivt erhållen sanning. Min förförståelse färgar vissa delar av analysen, framförallt mina slutsatser beträffande vad som inte sägs i diskursen, men ligger även delvis som grund för mitt kritiska tänkande av det som jag uppfattar som dogmatiska sanningar.

Mitt förhållningssätt är att jag bör ställa mig utan förutfattade meningar i förhållande till materialet för att på så vis kanske upptäcka något nytt, i motsats till att cementera mina egna föreställningar. En del av min *förförståelse* för uppsatsens tema var att det är av ekonomiska skäl som substitutionsbehandlingen vunnit terräng, då det är en billig form av behandling jämfört med längre institutionsbehandlingar. Under uppsatsskrivandets gång har jag insett att om så är fallet, så är det bara en skärva av hela bilden. Förvisso finns det ekonomisk vinning att hämta för samhället genom att ge substitutionsbehandling till heroinister men det är inte det enda motivet till dess framgång, vilket framgår både i analysen och i mina konklusioner. Min *förförståelse* av det empiriska materialet utgörs av att jag följt med i debatten under många år angående underhållsbehandlingen. Jag ser missbrukarna som en mycket utsatt grupp i samhället vilka är i stort behov av stöd och hjälp. Under delar av min levnad har personer i min umgängeskrets jag kommit i kontakt med varit opiatmissbrukare och jag har således på nära håll följt hur hårt missbruket tagit på deras hälsa och psyke. I det sammanhanget har jag även haft möjligheten att ibland följa deras väg in i den rehabilitering som emellanåt har erbjudits av såväl substitutionsbehandling som alternativa former så som tolvstegsbehandling. Jag har även i rollen av blivande socialarbetare mött metadon- och Subutexpatienter under min praktik på en socialförvaltning i Malmö och observerat både de positiva sidorna av den behandlingen på så sätt att de kunnat påbörja ett ”normalt” liv men även de negativa sidorna i form av passivitet och fortsatt beroende. I behandlingsarbetet med opiatmissbrukare under min praktik fick jag i samtal med klienterna höra hur de såg på läkare och till viss på narkotikapolitiken, jag uppfattade det som att klienterna kände sig mycket utsatta och förbisedda. De kunde sällan få kontakt med en läkare om de behövde, utan fick (i bästa fall) nöja sig med mellanhänder som sjuksköterskor eller socialarbetare. Det fanns även en uppgivenhet visavi en narkotikapolitik som de uppfattade som indifferent gentemot deras situation. För en del var alternativet att åka över sundet till Danmark och köpa metadon eller Subutex på den svarta marknaden. De drogfria heroinister jag mött under mitt liv som varit drogfria i många år och levt helt normala liv, har jag uppfattat som att de inte haft problem i någon annan form än de vardagsproblem som vem som helst kan ha. Jag har således inte

uppfattat det som att de lidit av några förändringar i hjärnan utan de har kunnat arbeta inom många områden som exempelvis hantverkare eller musiker, som dataprogrammerare eller författare samt ha familj och en givande fritid. Följaktligen har jag dragit slutsatsen att opiatmissbruk inte medför samma konsekvenser för alla missbrukare.

Som jag tidigare anfört bör diskursanalysen utgå ifrån ett socialkonstruktionistiskt synsätt, där några förhållningssätt är att man har en kritisk inställning till självklar kunskap och att vi ska ha i beaktande att vår kunskap är präglad av vår kultur och vår historia. Aspers (2007:24) uttrycker det som att: ”sociala konstruktioner utgörs inte av ’naturliga’ egenskaper”. Jag vill dock klargöra att det inte är en diskursanalys jag gör i någon av dess klassiska metodologiska form, utan jag har bara använt mig av vissa tänkesätt och begrepp inom den idétraditionen. Synsättet innefattar att forskaren är medskapare av resultatet som frambringas i undersökningen. Så som jag uppfattar det finns det lite eller ingen objektivitet att finna i hermeneutiken. Det bästa man som användare av den metoden kan göra, i ansträngningen av att vara så objektiv som möjligt, ligger i distanseringen från det som undersöks, gärna i kombination med tydliggörandet av utgångspunkten för studien i fråga. Då kan läsaren följa med i resonemanget och dra sina egna slutsatser angående validiteten av resultaten. Min utgångspunkt i uppsatsen är att försöka besvara frågeställningarna genom en analys av artiklarna och medelst nyttjandet av olika teorier som ställs i relation till varandra. I detta inbegrips tankegångar om att det som sägs vara sanning nu och som jag inte kan argumentera emot, kan jag ändå kritiskt penetrera, granska, genom att på andra områden påvisa andra diskurser som även de har företrätts av experter med säkra uttalanden, men som senare har visat sig vara fel eller bara som reviderade i en annan ny ”sanning” som har uppkommit (se under rubrik 6.7 i uppsatsen).

Min förhoppning med uppsatsen var ursprungligen att kunna utkristallisera vändpunkter. Tanken var att det fanns två vändpunkter där förloppet i diskursen ändrar riktning. Alltså där den sida som tidigare fått stå tillbaka tar över makten. Den första skedde ca år 1986, något år efter att HIV och AIDS blev känt, vilket fick positiva konsekvenser för metadonbehandlingen som drastiskt (för att vara Sverige) utökades. Den vändpunkten skulle jag endast använda i historiskt perspektiv som en parallell till den vändpunkt som jag trodde inträdde år 1999 när det likvärdiga preparatet Subutex började säljas i Sverige. Men så blev inte fallet, inte i ideologisk bemärkelse och inte heller i praktiskt avseende, med tanke på att många personer som behöver Subutexbehandling fortfarande inte kan få tillgång till den. Det har inte blivit så

mycket mer ”rumsrent” som vissa av läkarna och forskarna skulle önska. I de artiklar jag studerat finner jag några uttalanden från läkare som år 2002 säger att nu tror de att det börjar vända (2002, se bilaga 1, Art.10). Men samma kommentar finner jag två år senare (2004, se bilaga 1, Art.12) och diskussionen om underhållsbehandlingens vara eller inte vara samt om man ersätter en drog med en annan fortgår än idag, det vill säga att den andra vändpunkten låter vänta på sig.

Jag har valt att undersöka forskares, politikers och läkares uttalande i media om Subutexprogrammet i Sverige, för att på så sätt få en uppfattning om vad som kommer ut till medborgarna, vilken information vanliga människor får. Det är aktörer som styr diskursen inom underhållsbehandlingens rätt att finnas i vårt samhälle. De har makt att påverka samhällets syn på vad som annars kan ses i termer av avvikande beteende eller omoraliska handlingar.

Jag har sett att enskilda debattörer uppträder betydligt oftare än andra samt att de som uppträder ofta även refererar till varandra då och då. Vissa av fixstjärnorna i den här debatten har skrivit böcker om relaterade ämnen vars alster jag till viss del återger i uppsatsen.

Eftersom jag valt att utforska styrningsmekanismer i samhället genom informationsflödet har jag koncentrerat mig på de tre grupper som jag tror är de aktörer med mest makt i de frågor som rör uppsatsen syfte, således har jag uteslutit andra aktörer som uttalar sig i ämnet som till exempel socionomer, människor som arbetar inom behandling, författare och debattörer som inte är forskare eller läkare. Jag koncentrerar urvalet till den sida av forskarna och läkarna som företräder synpunkten på att underhållsbehandling är något positivt. Detta bland annat för att undvika att hamna i en jämförande studie vilket inte är mitt syfte. Urvalet av politikers uttalanden är fokuserat på narkotikapolitik där jag har valt att inte göra någon skiljelinje mellan olika ståndpunkter. Förutom att politiker har makt att utforma lagar och förordningar om hur substitutionsbehandlingen ska se ut har jag velat utforska huruvida det går att spåra forskarnas och läkarnas synpunkter i deras utlåtanden.

Jag har sökt artiklar genom databaserna Artikelsök, ELIN, Presstext, Mediearkivet, Webbportalen Social Vetenskap. Jag har även sökt i nätbaserade sökmotorer och i Svenska dagstidningar online samt i deras arkiv, sökningar har även utförts i tidskriften Socionomen, Alkohol och Narkotika, Läkartidningen, Dagens medicin samt Stadsvetenskaplig tidskrift.

Sökord som jag använt har varit: Subutex, metadon, underhållsbehandling, substitutionsbehandling, forskare, politik, läkare, svensk narkotikapolitik, drog.

Urvalet är artiklar i dagstidningar, medicinsk press och press relaterad till missbruksfrågor samt artiklar ur några internetbaserade informationssidor. Urvalet av artiklar har erhållits ur: Dagens Nyheter, Sydsvenskan, Svenska Dagbladet, Katrineholms-Kuriren, Helsingborgs Dagblad, Stockholms Fria tidning, Alkohol & Narkotika, Läkemedelsvärlden, Läkartidningen, Dagens Medicin samt ur Internet sajten Drugnews.nu. Tidsintervallet på artiklarna omfattar år 1999 till år 2008.

4.1 Etik

När det gäller intervjuer har jag följt vetenskapsrådets forskningsetiska principer om informationskrav, samtyckeskrav, nyttjandekrav samt konfidentialitetskrav. Även om intervjun endast var en till antalet och endast handlande om att belysa en enda frågeställning, tillika har jag strävat efter att inte förvränga informationen det vill säga intervjuvaret, men givetvis också det textmaterial som jag analyserar.

5. Fördjupad bakgrund och fortsatt framställning

Förutom substitutionsbehandling för heroinister finns det även andra former av vård. De olika behandlingsmodellerna är inte specifika för just heroinister utan det är samma vårdinsatser för alla drogmissbrukare, dessa är, för att nämna några: öppenvård med bland annat motiverande samtal med eller utan kontrollinsatser, tvångsvård med LVM eller med domstolsbeslut inom kriminalvården, frivillig institutionsvård med olika inriktning som Minnesota- eller miljöterapeutiskbehandling, psykosocialbehandling och familjevård. Dock är dessa former av vård, som dessutom är relativt kostsamma, inte utvärderade i någon större skala, med undantag av metadonbehandlingen som är väl evaluerad (Socialstyrelsen, 1993:1). Det går dock att sammanfatta resultaten i korthet som att det inte finns några klara bevis för att den icke medicinska behandlingen skulle ha någon effekt, det finns lika många som ”spontanläker”, alltså lyckas sluta missbruka utan behandling, som för människor som genomgått en behandling. Tvångsvård har dock ett sämre utfall än frivillig vård. Det finns

även ett flertal studier som visar att opiatmissbrukare uppvisar ett sämre resultat i drogfria behandlingar än andra missbrukare (Johnsson, 2005:107). Enligt Bergmark & Oscarsson (Socialstyrelsen 1993:1 s.87) bör det även i fortsättning satsas på dessa typer av narkomanvård då dessa har en skadelindrande (harm reduction) effekt. I motsats till de medicinfria behandlingarna kan underhållsbehandlingen redovisa dokumenterat lyckade resultat, både när det gäller retention i behandling samt frånvaro av missbruk (Johnsson, 2005:112).

Kan dessa resultat vara en anledning till att substitutionsbehandling för heroinister kommit att bli godtagbart trots idologin om det narkotikafria samhället, då substitutionsbehandling inte ses riktigt som ”narkotikafritt”? Eller är det mer en fråga om vad som är möjligt att säga, vilka som har makten att få säga det samt vilken den rådande ideologin är? Talerätten tycks vara förbehållen relativt många aktörer i diskursen om narkomanvård. Det är framförallt forskare, läkare, politiker, olika myndigheter, men även media som tar upp debatter från dessa, vilkas aktörer kan sägas vara innehavare av en talerätt i sig, i och med att de avgör vem som ska få framträda i media och vem inte. Jag anser att det finns en stark tilltro till experterna i vårt samhälle som dessutom är nära sammankopplade med staten. Foucault har ett begrepp som i svensk översättning kan kallas styrningsrationalitet. Begreppet styrningsrationalitet är en maktkonfiguration, där styrning kan ses som att strukturera ett handlingsfält för andra, rationaliteten innebär en inställning. Vilken inställning som finns i styrningen är alltså centralt. I den liberalistiska era vi lever i går den liberala styrningsrationaliteten ut på effektivitet, maximal ekonomi och en hög värdering av rationell kunskap. *Experterna* producerar objektiv kunskap, *nya sanningar*, som sedan kan användas i styrningssyfte. Problematiseringen, som är central i den moderna styrningsrationaliteten, innebär att det uppkommer nya kategorier och begrepp som sedan kan användas för nya interventioner (Nilsson, 2008:128ff). Vi ska nu titta närmare på vad experterna uppger vara sanning angående underhållsbehandlingens effektivitet och kanske därmed argumenten för dess oumbärlighet.

Jag kommer att referera till missbrukaren eller heroinisten som ”hon” i egenskap av människa. Enligt CAN:s (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) rapport (2007) är dock andelen kvinnor lägre än männens bland narkotikamissbrukare, de utgör endast cirka en femtedel.

6. Analys av empiri

Hälsa och sjukdom är begrepp som är kulturellt och socialt definierade. Historiskt sett har den biomedicinska diskursen vunnit kampen över den religiösa synen på ohälsa som utmärktes av en tro på att sjukdom var en konsekvens av synd eller onda andar. Den religiösa synen på ohälsa handlade om att sjukdomens ursprung kom från själen, medan den biomedicinska har fokus på kroppen och skiljer på psyke och kropp (Giddens, 2007:237f). Jag avser att i min analys utforska vilka begrepp, alltså vilken definition som heroinmissbrukaren får när det argumenteras för att hon bör ha substitutionsbehandling. Verktuget jag använder mig av är koncept som återfinns inom diskursanalysens domäner, vilket även ger en möjlighet till att iaktta aktörernas positionering och möjliga konsekvenser av de metoder som förespråkas. Vidare analyserar jag vilka premisser som diskursen är underställd, till exempel vilka gemensamma sanningar som det utgås ifrån.

6.1 Avgränsning/presentation av material

Experterna som jag fokuserar på är forskare och läkare som är positiva till underhållsbehandling. Jag har valt att utforska artiklar i media inom en tioårsperiod. De är indelade i forskares, läkares samt politikernas uttalanden. I dessa stycken har jag valt att tematisera deras inlägg i debatten i vad som anses vara problemen, orsaker till problemen samt vilka lösningar som föreslås. Sedan följer en kort analys i diskursteoretiska termer, indelat i vad jag ser som konstruktioner samt vilka sanningseffekter det blir av uttalandena. Vidare består analysen av vilka bindningsmedel som finns i uttalandena, alltså vad som sägs som binder aktörerna samman samt vilka utestängningsmekanismer som finns i uttalandena. Utestängningsmekanismerna kan vara explicita eller implicita i form av vad som inte får uppmärksamhet, vad som inte sägs. Detsamma gäller sanningseffekter, vad tas inte med för att inte sanningseffekten ska krackelera. Därpå undersöker jag mönster i texterna (6.5), jag gör en analys av spårbarheter i texterna (6.6) samt granskar maktperspektivet (6.7). Slutligen skriver jag en kort hypotes om orsaksförklaring och ett framtida scenario (6.8).

Materialet består av 24 artiklar som jag av utrymmessjäl har valt att lägga som en bilaga med en referenslista på artiklarna vilka är uppdelade efter yrkeskategorier samt i kronologisk ordning (se bilaga 1). För att det skall vara möjligt att härleda texten till artiklarna har jag numrerat artiklarna från 1 - 24. Efter varje utsaga som jag beskriver hänvisar jag till

respektive artikel eller artiklar som redogörelsen utgår ifrån med detta numeriska system. Jag skriver även ut vilket år artikel är skriven. Årtalen anser jag talar för sig själva på så sätt att det går att se utveckling, tillbakagång eller det statiska tillståndet i diskursens förlopp.

6.2 Analys av forskares uttalanden

Jag finner att det är en handfull forskare som upprepade gånger uttrycker sig angående underhållsbehandling. Liksom hos läkarna finns här en hög konsensus i många av frågorna. Variationen handlar främst om vikten av att ha psykosocialbehandling i samband med substitutionsbehandlingen. Jag har använt artiklar från år 2001 – 2008, då det är under den tiden som de flesta artiklar av forskare skrivits om substitutionsbehandling där även Subutex ingår.

Problemen: Problemet med kombinationen substitutionsbehandling och ett psykosocialt program förstås genom att den är så dyr att endast ett fåtal får tillgång till den (2004, Art.3). Det finns bara resurser till en fjärdedel av dem som står i kö, år (2008, Art.5). En annan forskare uppger att det bara är tjugo procent av alla opiatmissbrukare som har tillgång till substitutionsbehandling (2004,art.3). För att socialstyrelsen ska kunna utfärda föreskrifter för substitutionsbehandlingen behövs det ett bemyndigade från regeringen (2004, Art.3). Det är större risk att narkomanerna dör av överdoser efter att ha blivit utkastade ur ett substitutionsprogram än om de hade fortsatt att knarka, överdödligheten blir då femtio gånger mer än normalt. Nolltolerans mot sidomissbruk är helt ovetenskapligt. Att pressa en patient att sluta med underhållsbehandling är inte förenligt med beprövad erfarenhet och vetenskap. Färre än tio procent lyckas sluta med metadon (2006, Art. 4). Många inom vården anser att narkomaner är sämre människor. Om patienten är ärlig i programmet, och talar om att den haft ett sidomissbruk eller är involverad andra kriminella handlingar kan det få allvarliga konsekvenser för personen i fråga som att exempelvis deras barn tas ifrån dem (2008, Art.6).

Orsaker till problemen: Heroinberoende är en kronisk sjukdom (här råder det delade meningar, någon säger *oftast* kronisk) med varaktiga effekter på hjärnans belöningscentrum (2006, Art.4; 2008, Art.6) . Med Europeiska mått mätt är dödligheten för narkomaner väldigt hög i Sverige. Det beror på vår restriktiva narkotikapolitik som hindrar heroinister från att få substitutionsbehandling (2001, Art. 1). När övriga Europa går mot en mer tillåtande attityd blir Sverige mer och mer drogkonservativt (2001, Art.1). Tvånget i narkomanvården är ett problem,

med tanke på den långa tiden som tvånget varar (2008, Art.5). Missbrukarna behöver stöd för sina allvarliga och långvariga sociala problem (2001, Art.1). På grund av intagningsstopp i metadonprogrammet under början av 80-talet dog många heroinister i onödan (2003, Art. 2). Risken för heroinister att dö är tjugo gånger högre än för vanliga människor (2006, Art. 4). Att hävda att metadon är en drog skapar ett motstånd mot den medicinska behandlingen som leder till att fler heroinister dör (2003, Art. 2). Fokuseringen på Subutex som en gatudrog har ideologiska förtecken (jämför med tobak och alkohol, Johnsson, 2005:176. min anm.). Det används bara i självmedicinerande syfte utanför programmen på grund av bristen på avgiftningsplatser och långsiktiga behandlingar (2004, Art.3). Kriminaliseringen av narkotikamissbruket tvingar missbrukaren att begå brottsliga handlingar i väntan på vård även om de inte försörjer sig på kriminalitet. Regionpolitikerna bryr sig inte om missbrukarna (2008, Art.5).

Lösningarna: Sprutbytesprogrammet hämmar spridningen av infektionssjukdomar och fungerar även som en sluss till missbrukarvården för narkomanerna, den bör byggas ut (2001, Art.1). Då Subutex är ett långsamt verkande preparat, vilket inte medför någon kick, har det låg potential för att bli en inkörsport till narkomani. Vid en korrekt inställning av substitutionsmedicin upplevs varken abstinens, sug eller rus (2004,Art.3; 2008, Art.6). Bäst effekt ger substitutionsbehandling kombinerat med psykosociala program (2001,Art.1; 2004, Art.3; 2006 Art.4). All forskning visar att det bara är medicinsk behandling som fungerar på heroinmissbruk, all annan behandling är verkningslös (2006, Art.4). Man måste följa patientens vilja på så sätt att om hon vill sluta i behandling ska hon få göra det och vill hon börja igen ska hon även få göra det (2006, Art.4). Socialstyrelsen bör ta sitt tillsynsansvar, samt utbilda personal i beroendeproblematik. Staten bör införa en vårdgaranti för dessa patienter (2008, Art. 6). För att patienterna själva ska kunna bestämma vilken vårdgivare de vill anlita, finns in idé om att införa vårdpeng (2008, Art.6). Om alla som stod i kö fick vård skulle samhället spara 720 miljoner kronor per år (2008, Art.5).

Konstruktioner: Heroinberoende är (oftast) en kronisk sjukdom. Heroinmissbrukare kan bara fungera på ett acceptabelt sätt i samhället om de får underhållsbehandling. Heroinister kan ha ett sidomissbruk när de är i behandling. Subutex är inte en drog.

Sanningseffekter: Heroinister dör i onödan. Det finns hjälp för heroinister men den hjälpen uteblir på grund av bristande resurser och bristande intresse hos politikerna. Missbrukare

borde ges större valmöjligheter till behandling. Det är slöseri med pengar att inte ge vård till heroinister.

Bindningsmedel i diskursen: Det är de andra som tycker att narkomaner är sämre människor, inte vi. Vi vet hur heroinister fungerar både när det gäller problemen och lösningarna. Vi stöder våra uttalanden på forskning och vetenskap. Vi kan uttala oss på många olika områden som rör vårt samhälle.

Utestängningsmekanismer: Forskare har ett övergripande perspektiv till skillnad från andra. Vi vet (till skillnad från andra) hur heroinister fungerar både när det gäller problemen och lösningarna. Vi stöder våra uttalanden på forskning och vetenskap.

6.3 Analys av läkares uttalanden

Det faller sig naturligt att de läkare som är intresserade av missbruk är de som har det som sin främsta arbetsuppgift*. Följaktligen är det uttalanden av läkare inom beroendevården som jag kommer att analysera i nedanstående text. Det finns relativt mycket material att ta del av, tidsspannet rör åren 1999 – 2008. De har till största del samstämmiga åsikter, till skillnad från politikerna.

Problemen: Ca 70 % av heroinisterna misslyckas med avgiftningen på grund av den svåra abstinensen (1999, Art.8). Utebliven hjälp resulterar i hög dödlighet (2002, Art. 9). Dödligheten sätter nya rekord med en fördubbling från år 1999 – 2000 (2002, Art.10). Dock finns det indikationer på att dödsfall orsakade av Subutex och metadon nu (2008) stiger, vilket tros bero på ökad användning utanför behandlingsprogrammen (2008, Art. 13). Släpper man behandlingen fri kommer missbruket att övergå från heroinmissbruk till Subutex- och metadonmissbruk, då även dessa preparat är beroendeframkallande (1999, Art.1; 2008, Art.13) .

* Det hade varit intressant att ta del av allmänläkarnas åsikter om de restriktioner av vem som får skriva ut Subutex som infördes under 2000 – talet, vilket utesluter dem.

Orsaker till problemen: Det framhålls att heroinmissbruk skapar ett starkt sug efter mer heroin (1999, Art.7). Heroinister behöver avgiftas eftersom de blir sjuka och får stark abstinens när de slutar att ta heroin, vilket kan leda till återfall och även dödsfall (2003, Art.11; 2004, Art.12). Siffror som återges varierar i hur många heroinister som finns men det ligger mellan 3000-4000 heroinister år 1999 (1999, Art.8). (Enligt CAN 2007 fanns det 7300 individer i

opiatmissbruk år 1998. min anm.). Det är andra skäl än de medicinska som gör att bara 10 % av heroinisterna får medicinsk behandling med metadon (2003, Art.11). Heroinister med ett gravt beroende har en sjukdom. Andra sjuka har starka organisationer bakom sig men heroinister skäms för sin sjukdom och har alltså inte det (2004, Art.12). År 1999 kan Subutex endast erbjudas som avgiftningspreparat på sjukhus, det är ett problem att Subutex inte kan erbjudas som underhållsbehandling då det inte finns tillstånd från Socialstyrelsen för det (1999, Art.7). Efter Socialstyrelsens riktlinjer om underhållsbehandling år 2004 finns det fortfarande ett motstånd mot den typen av behandling. Enligt en läkare beror invändningarna från samhällets sida på att man måste föra över pengar från andra typer av vård, som till exempel ickemedicinska behandlingar till substitutionsbehandlingen. Motståndet handlar om principer (2004, Art.12).

Lösningarna: Subutex behövs som ett alternativ till metadon som är mycket strängt reglerat vilket gör att få heroinister har tillgång till det (2003, Art.11). Båda preparaten blockerar suget efter heroin. Subutex ger lindrigare abstinenssymptom vid utsättning än metadon (1999,Art.7;8). Sysselsättningsgraden ökar och kriminaliteten minskar vid behandling av Subutex. Det är viktigt att den medicinska behandlingen åtföljs av psykosocial terapi för bästa resultat (2003, Art. 11). Det är angeläget att allt moraliserade angående den här sjukdomen försvinner så att narkomaner kan få den vård som passar just honom eller henne (2004, Art.12). Förgiftningarna av heroin har minskat från 175 individer år 2000 till 75 individer år 2006, vilket kan antas ha en koppling till introduktionen av Subutex på markanden. Från år 2000 – 2006 har försäljningen av metadon ökat med 60 % och Subutex har ökat med 15 gånger under samma period (2008, Art.13). Vissa läkare anser att det är viktigt med en restriktiv användning medan andra anser att det är bättre att heroinisterna använder Subutex än heroin även om förskrivningen inte är minutiöst reglerad. Det är bättre med en lågkvalitativ behandling än ingen behandling alls (2002, Art.10).

Konstruktioner: Om heroinister inte får hjälp så finns en hög risk för ökad dödlighet. Alla opiater är beroendeframkallande och kan missbrukas. Opiatmissbruk med heroin är en sjukdom. Om man blockerar suget som heroinister får efter heroin så löser man problemet med missbruk.

Sanningseffekter: Alla opiater kan missbrukas. Det finns medicinska skäl för att alla heroinister borde ha underhållsbehandling. Psykosocial terapi i samband med

underhållsbehandling ger den bästa effekten. Läkare är de som har bäst kompetens för att behandla heroinister. Heroin är farligt. Subutex behövs och är bättre än heroin.

Bindningsmedel i diskursen: Det är vi som bäst behandlar heroinister. Det är inte av ekonomiska eller principiella skäl som vi motiverar våra ställningstaganden. Våra handlingar styrs av den vetenskapliga disciplinen. Det finns ett motstånd mot det positiva som vi försöker åstadkomma.

Utestängningsmekanismer: De som inte behandlas av oss i våra program misslyckas med behandlingen och missbrukar substitutionspreparaten. Till skillnad från andra så moraliserar vi inte över missbruket.

6.4 Analys av politikerns uttalanden

Jag måste börja med att konstatera att det skrivs mycket lite om vad olika politiker anser om substitutionsbehandling. Tidsspannet i dessa artiklar rör en period på endast år 2002-2008. Det är följaktligen de sista sex åren som problematiken omkring Subutexbehandlingen specifikt eller underhållsbehandlingen uppmärksammas mer av politikerna. Ett problem med politiska handlingsplaner inom åtskilliga områden är att de kan kastas överbord vid ett regimskifte. Det har hänt nu när den nya regeringen har lagt ner ”Mobilisering mot narkotika och Alkoholkomittén”, som var en samordnande organisation mot narkotikamissbruk (2008, se bilaga 1, Art.21). Nu är det folkhälsoinstitutet och socialstyrelsen som har ansvaret för dessa frågor, förändringen innebär enligt nuvarande borgliga regering att kontinuiteten i arbetet säkras, då verksamheterna istället finns i den statliga organisationen. Oppositionen i det socialistiska blocket hävdar att det är ett steg tillbaka i utvecklingen samt att narkotikapolitiken blir subjektiv (i motsats till att vara en fråga för experter) (ibid.).

Problemen: Problemet med Subutex framställs i termer av att det läcker ut på den svarta markanden (2004, Art.15). Apoteken missköter kontrollen. Det ses som allvarligt att det till exempel skrivs ut av fel orsak, som mot smärta istället för mot opiatmissbruk (2007, Art.18; Art.19) (Subutex är smärtlindrande liksom alla opiatagonister. Min anm.). Ett annat problem som beskrivs är att egenmedicinering av Subutex saknar vetenskapligt stöd för att det fungerar. Med egenmedicinering menar man oreglerad utskrivning, det vill säga att vilken läkare som helst kunde skriva ut det (2002, Art. 14; 2004, Art 15). Att Subutex går att blanda med

andra preparat ses även det som ett problem som kan vara livsfarlig för konsumenten (2007, Art.19). Moraliserandet i narkotikapolitiken ses som ett problem av den nuvarande oppositionen vilket nuvarande regering inte håller med om (2006, Art.16).

Orsaker till problemen: Jag finner att orsaken till problemet många gånger beskrivs implicit i siffertermer ” vi har ca 26 000 tunga narkomaner varav ca 5000 är heroinister (2004, Art.15; 2008, Art.23). Oppositionen uttalar att ifrågasättande av underhållsbehandling är ett negativt moraliserande om det ställs mot begreppet ”ett narkotikafritt samhälle”. De menar att Subutex är en medicin och bör inte ses som en drog (2006, Art.16). Vidare anser de att vi i Sverige är bra på förebyggande arbete mot narkotikamissbruk men dåliga på att ta hand om missbrukarna. De som vill ha underhållsbehandling har svårt att få tillgång till det på grund av att det inte finns i hela landet samt att det överhuvudtaget finns få platser, då utbyggnaden går långsamt av de resurser som finns (huvudansvaret ligger på landstingen. Min anm.) (2008, Art.22; Art.23). Politiker i regeringen säger att kommunerna vägrar att betala för vårdinsatser (2008, Art.24). År 2007 är det intagningsstopp på MAS på grund av resurs- och personalbrist (2007, Art.20). En annan bakomliggande orsak till problemet är att man inte vill att det florerar ett illegalt missbruk med lagning och spridning av narkotika i samhället (2004, Art.15).

Lösningarna: Socialdepartementet uppger år 2008 att de inte har något konkret uppdrag i frågan men att de har ”mycket på gång”. Det finns 260 miljoner avsatt för *drogpreventivt* arbete under en treårsperiod. Den nya regeringen vill arbeta långsiktigt och inte i projektform (2008, Art. 21; Art. 22). De anser att det är viktigt att socialstyrelsen granskar landstingen för att på så sätt få en uppfattning om varför de inte tar sitt ansvar (2008, Art.22). Oppositionen hävdar att det är viktigt med balans mellan preventiva åtgärder, kontroll av narkotikan samt behandling för missbrukare (2006, Art.16) . En fungerande vårdgaranti ses även det som en lösning (2008, Art.23). Tvångsvård ses som en lösning på problemet med missbruk. Oppositionen ser det som viktigt att få bort stämpel på underhållsbehandling som om det vore narkotika och att det istället bör ses som en behandlingsform (2006, Art.16).

Konstruktioner: Missbruk är oacceptabelt, det innebär en fara för befolkningen. Människor kan inte ta sitt eget ansvar för att bli friska från ett missbruk, utan de behövs lagar och föreskrifter eftersom en behandling under kontrollerade former är den enda metoden för att det ska ha önskad effekt.

Sanningseffekter: Staten måste ha kontroll över medborgare som missbrukar. Staten måste ha kontroll över läkarna, apoteken och landstingen. Det finns en fara i det som är okontrollerat eller fungerar utan styrning.

Bindningsmedel i diskursen: Vi kontrollerar att allt fungerar som det ska. När det inte fungerar som det ska är det vi som ska se till att det gör det. Vi talar om dem andra och gör vad vi kan för att det ska bli så bra som möjligt för dem andra. Vi definierar problemen och lösningarna.

Utestängningsmekanismer: Vi talar om dem andra. Vi gör vad vi kan för att det ska bli så bra som möjligt för dem andra (upprepningen av denna mening avser att det både är en bindningsmekanism och en utestängningsmekanisms). Även om vi i regeringen har olika åsikter så ser vi problemen.

6.5 Mönster i texterna/likheter/olikheter

Förespråkandet av kontroll kan ses som att det har en fallande tendens från politiker, läkare till forskarna. De som mest förespråkar kontroll är politikerna. Läkarna anser att det är bra, men har inte samma fokus på kontroll som en lösningsaspekt. Forskarna är de som minst förespråkar kontroll, deras sätt att motivera sina ställningstaganden är mer av humanitär art. Dock kan medicinen ses som en form av social kontroll, vilket gör att det inte finns några skillnader mellan de tre grupperna. Skillnaden består istället i sättet att uttrycka det på. Förenande är även hur de tre grupperna anser sig själva veta bäst hur problemen ser ut och hur de ska lösas. Det finns ett klart vi och dem perspektiv. Det står klart att det inte är sig själva de pratar om. I diskursteorin talar man om objektiva verkligheter som att det är diskurser som har funnits under så lång tid att de inte längre ifrågasätts. Man talar i det sammanhanget om avlagrade diskurser. Det jag ser som en objektiv verklighet i diskursen om Subutex- och underhållsbehandlingen är synen på heroinmissbrukaren. Det verkar finnas en självklar uppfattning om denne som varandes framförallt ett stort problem, men även någon som har tappat kontrollen över sin tillvaro och sitt liv. Den problematiske heroinisten är som begrepp något som alla i dessa tre grupper är överens om. Hon blir sedd i komparation med idealmänniskan som är en frisk och sund arbetande individ med kontroll över sina lustar och begär. Hon måste botas. Det konstateras från läkarna och forskarna att inget annat löser problemet med heroinistens begär än ett likvärdigt kemiskt preparat. Den stora åtskillnad som

görs mellan det farliga heroinet och det ofarliga metadonet eller Subutexet som då intas under överinseende av staten ser jag som en social konstruktion. Texterna genomsyras av en debatt som handlar om huruvida de kemiska preparaten i underhållsbehandlingen är droger eller inte. Det är den ideologiska kampen. Om vi granskar delar av ordflödet ser vi att det talas om; *död och kronisk sjukdom, misslyckande, abstinens, fel orsak, smärta, farligt, brott, att inte bry sig, motstånd, bristande resurser, få bort från gatan* etc. Starka ord som är menade att göra intryck. Det är diskursens definition av heroinisten. Hon definieras även *som någon som behöver stöd och kan behöva tvångsåtgärder samt har allvarliga sociala problem*. Det är vad som i diskursanalysen kallas representationer. Heroinisten representeras med de orden. Syftet verkar vara att det bör stå utom rimligt tvivel att det är ett stort problem som det talas om. En människa som ser sig representerad med dessa ord kan göra dem till sina som en självuppfyllande profetia vilket Ted Goldberg (2005) anser kan orsaka än mer elände (se under rubrik 2.2 i uppsatsen). En tolkning som ständigt upprepas blir en diskursiv praktik, en sanning, institutionaliserad och accepterad. Den blir inkorporerad i det allmänna medvetandet. Det är de representationer som förenar som är de svåraste att förändra. Som jag tidigare skrivit är synen på att opiatberoende använder opiater av fysisk nödvändighet inte ny, utan kan spåras till slutet av 1800-talet i USA (Hilte, 1996). Heroinisten kan således inte ifrågasättas som fenomen. Det finns en överensstämmelse i uppfattningen om heroinisten som farlig. Hon är farlig både för sig själv och för andra. Diskursen är underkastad en förankringspunkt som fixerar synen på (objektet) heroinisten vilket blir en hegemoni. Det är endast frågan om hennes anpassning som kan diskuteras.

Heroinisten är både ett problem för sig själv då hon slutar att ha kontroll över sig själv och för samhället eftersom hon inte är produktiv, utan tvärt om tär på samhället. Paradoxen till att det framställs som ett stort problem är bristen på information om varför det inte läggs ner mer resurser på behandlingen. Det talas förvisso om ideologiska motsättningar och bristande resurser. Frågorna ställs till politikerna som ger undanglidande svar. Ansvar blir oklart. Problematiseringen syftar dock till intervention. Syftet med forskarnas starka uttalande syftar till en intervention från statens sida. På så sätt har de en gemensam agenda vilket består av reformationen av samhället.

I utforskandet av dessa artiklar ser jag att det finns vissa skillnader. Politikerna är relativt oklara i sina yttranden, läkarna är tydliga men håller sig på en saklig nivå med ganska försiktiga och distanserade uttalanden. Forskarna däremot har mycket starka uttalanden, vilket

jag tolkar som att de är de som har störst frihet att säga sin mening. Men det kan även vara så att de förväntas gå i bräschen, de förväntas bryta ny mark. En forskare som uttalar sig luddigt och tveksamt tas antagligen inte på allvar.

6.6 Analys av avtryck i texten

- hur forskare och läkares yttranden speglas i politikernas utlåtanden

När jag sökt på ”svensk narkotikapolitik + regering” i sökmotorn ”Mediearkivet” får man *en* träff från 2006 som inte ens är en artikel utan en hänvisning till ett debattillfälle i riksdagen. Efter att ha letat i alla tidigare nämnda sökmotorer (se under rubrik 4 i uppsatsen) har jag således inte kunnat hitta något inlägg i media som den nuvarande borgliga regeringen gör om narkotikapolitik i mer än extremt allmänna ordalag, varför de inte är representerade i nedanstående textcitat.

På området narkotikapolitik kan man kanske förvänta sig att kunna spåra experternas alltså forskarnas och läkarnas utlåtanden om vad de kommit fram till hitintills i de frågor som berör området. Motsatsen kanske även den kan iakttas, finns det någon politiker som motsäger dem? Jag frångår här ovanstående metod med korta fragment av textstycken och exemplifierar och förtydligar med fyra lite längre citat. Där det första två citaten är ett exempel på konsensus i diskursen eller diskurserna emellan om man så vill. Det går nämligen att se det som en enda stor diskurs om narkotikapolitik, men det går även att se det som olika diskurser då det innefattar företrädare för olika institutioner i samhället. De är dock inte oberörda av varandra utan de påverkar varandra. Det här är även ett exempel på Vivian Burrs (1995) tankar om sociala konstruktioners premisser (se under rubrik 3.2 i uppsatsen). Dessa citat exemplifierar de två sista punkterna i det stycket. Den tredje punkten innebär att kunskap produceras i den sociala interaktionen (en process), där det byggs upp gemensamma sanningar och kämpas om vad som är sant och falskt. Den sista, handlar om sambandet mellan kunskap och social handling där sanningar och vetande får sociala konsekvenser i form av (nya/andra) handlingar.

Exempel på forskares uttalande:

Mats Hilde, forskare i missbruksfrågor, skriver som slutord i sin artikel i Sydsvenskan ”[---] Alla med insyn i missbruksproblematiken vet också att bakom varje tung narkoman döljer sig allvarliga och långvariga sociala problem, ibland parade med en allvarlig psykisk problematik. Låt oss ge dessa människor det stöd och den omtanke de så väl behöver utan att förlora vår medmänsklighet

på kuppen.” (se bilaga 1. Art.1, Hilde, M. (2001) ”Humanisera narkomanvården” *Sydsvenskan* 011003 sektion A.Sid.2)

Exempel på politikers uttalande:

Det socialistiska blockets tidigare narkotikasamordnare Björn Fries säger att ” – Det är självklart att vi bör göra behandlingen tillgänglig för den som vill. Men då måste vi kvalitetssäkra så att den även kombineras med de psykosociala insatser som riktlinjerna kräver” (bilaga 1. Art.17. *Svenska Dagbladet* 061011 av: Engström, A. “Omdiskuterat program fyller 40 år” sektion, C sid.10)

Man kan således tydligt se spår av forskningens diskurs i politikens. Politiker bejakar här forskarens ställningstagningar ”behandling tillgänglig för den som vill” (Bilaga 1, art. 17) ser jag som ett svar på uppmaningen om medmänsklighet från forskaren. Sanningar och vetande får sociala konsekvenser i form av nya handlingar.

... och nedanstående två citat är exempel på konflikt, en kamp mellan sant och falskt.

Exempel på forskares/läkares uttalande:

Läkare och docent Marcus Heilig uttrycker i en artikel i Dagens Nyheter att: ”- En kontrollerad behandling är bättre än en slapp behandling. Men en slapp behandling är fortfarande oerhört mycket bättre än ingen behandling alls, vilket är vad 90 procent av våra narkomaner får leva med, säger Heilig.” (se bilaga 1. Art. 10, Letmark, P. (2002) ”Tvist om medicin för heroinister” *Dagens Nyheter DN.se* 021111)

Exempel på politikers uttalanden:

”[---] Men Socialstyrelsen kommer sannolikt att gå på den strikta linjen. Där är man mycket bekymrad över den slappa förskrivningen och att cirka 600 personer medicinerades förra året, vissa under okontrollerade former.

Ulf Malmström, som är programansvarig för missbruksfrågor, hävdar att det vetenskapliga stödet för ’egenmedicinering’ av Subutex saknas.” (ibid.)

Dessa citat är ett exempel på en diskursiv kamp om vikten av kontroll där den okontrollerade formen av behandling kallas egenmedicinering.

I diskursen om substitutionsbehandling finner jag att representationerna består av substitutionsbehandlingen som outhärlig för heroinisten, positionen är att det är hennes enda möjliga utväg ur beroendet enligt forskarna och läkarna. Handlingsbetingelserna utgörs av forskningen, det är möjligt att konkret se hur hjärnan fungerar. Det finns forskning om de neurokemiska processer som bekräftar tidigare hypoteser om biologiska orsaker till det här

beroendetillståndet. Att läkare och forskare i egenskap av experter har allmänhetens förtroende utgör även det en förutsättning för att deras uttalanden ska kunna leda till att sociala praktiker förändras. Utbyggnaden av program för substitutionsbehandling har ökat de senaste åren. Motståndet till diskursen finns hos politikerna vilket till största del verkar ha ideologiska förtecken, jag återkommer till detta i uppsatsdelens slutsatser.

6.7 Maktperspektivet

Artiklarna präglas av starka uttalanden som många gånger till och med framstår som dogmatiska. Kampen i diskursen utspelas främst mellan forskare och politiker. Där forskaren så att säga ”slår” uppåt mot politikerna. Det är politikerna som besitter makten, de som har resurserna och de behöver således inte svara på utfallen om det inte har rests ett *massivt* motstånd som på något sätt skulle hota politikerns position. Politikerna är ibland nödgade att använda sig av forskare för att utröna lösningar till problem. Men de kan välja vilka de ska använda, vilket som jag förstår inte gör dem beroende av *specifika* forskares godkännande. Politikernas frihet begränsas av den kontext de befinner sig i som till exempel det parti de företräder eller opinionsundersökningar (vad folket anser, som de inte vill stöta sig med) eller vad politiker i andra länder gör som man vill liera sig med eller ta avstånd från. Läkarna står i viss beroendeställning till politiker eftersom det är Socialstyrelsen som utfärdar läkarlegitimationen samt föreskrifter om professionens utövning. Deras yttrandefrihet är därmed också begränsad. En annan begränsning som läkaren har utgörs av hennes presumtiva solidaritet mot sin profession.

Att ett fenomen framställs som normalt (oproblematiskt) eller onormalt (problematiskt) handlar om makt (Neumann, 2003:143). Normaliteten får konsekvenser för handlingsmönstren. Vi kan se att det är de som kan kategoriseras som de normala, som ska lösa de onormalas problem. Avvikaren kan normaliseras med kemins hjälp. Men bara under kontrollerade former. De som har makten över kontrollen är staten, läkarna fungerar som dess förlängda arm i den kontexten. Det kan även kallas för disciplinär makt, vilket avser den makt på micronivå som med ”positiva” medel, leder, formar och skapar individer (Bergström & Boréus, 2005:330). Vi kan se hur kunskapen framkallar makt för dem som kan hjälpa heroinisterna i samhället. Med Subutex kan hon kontrolleras. Det är ett positivt medel för att skapa en viss förändring.

Jag vill dra en parallell till en artikel om sexuellt avvikande beteende där det för några veckor sedan togs bort den patologiska diagnosen på transvestiter och 6 andra sexuella beteenden, socialstyrelsen har tagit bort dem för att inte förstärka fördomar om dem, de är alltså nu friskförklarade (Sydsvenskan 081118 sektion A s. 24) Det ligger således i läkarnas (eller i deras styresmäns) makt att definiera vad som är sjukt och vad som inte är det (Giddens, 2007:234), vilket i princip skulle kunna inträffa när det gäller andra diagnoser. För mig föranleder det frågan om det vi ser som sjukt verkligen är det eller om det bara tillskrivs patologin för att det passar oss just nu av en eller annan orsak, vilket i sig inte gör det förkastligt men ger utrymme för ett ifrågasättande.

6.8 Möjliga konsekvenser av synen på människan som en biokemisk varelse (i förlängningen)

Att ha kontroll är motsatsen till att inte veta vad som kommer att hända, på så sätt kan kontrollen kännas förlösande. Det hjälper oss att slippa undra, vi undslipper ångest inför framtiden. När det gäller kemiskt beroende kanske det är lättare att bara ha förklaringsmodeller utifrån hjärnans dysfunktion, eftersom det ger förklaringsmöjligheter som utesluter personligt och samhälleligt ansvar. Vi undgår även att behöva söka efter svar i samspelet människor emellan, vilket kan vara en komplicerad och svårframkomlig väg. Att söka svar på människans sätt att fungera genom biokemi är en opolitisk inställning och därmed konfliktfri. För lekmannen är det även svårt att bedöma huruvida den biokemiska förklaringsmodellen stämmer eller inte. Det ger experterna exklusivitet över den diskursen. Det finns dock frågor som väcks av detta synsätt. Den fria viljan blir till exempel underställd kemin. Vi kan bli begränsade till att vara ett slags maskiner som om den felar endast behöver den rätta kemiska inställningen för att kunna fungera optimalt. Det räcker inte längre att själv, eller med andra människors hjälp, försöka omvärdera livet och söka nya lösningar. Förlängningen av detta synsätt inrymmer möjligheten att bli reducerade till viljelösa individer som endast experterna kan återställa till optimalt fungerande människor. Det sätter även press på att vi ska fungera optimalt och minskar utrymmet för de personer som inte gör det. Inte desto mindre är det en oerhörd tillgång och många människor har möjlighet att uppnå en livskvalitet som de annars inte hade haft en chans att ha utan medicinsk hjälp.

7 Slutsatser

Läkarnas och forskarnas utsagor om substitutionsbehandlingens positiva effekter baseras i stor utsträckning på forskning, men som jag förstår det, även på praktisk erfarenhet som inte är forskningsbaserad, utan mer består av subjektiva bedömningar. Det råder till exempel delade meningar om huruvida Subutex och metadon går att missbruka. Vissa menar att det inte har den potentialen då det är långsamt verkande opiater och således ointressanta i förhållande till snabbverkande opiater som heroin. Det finns en politisk aktör som mer än någon annan betonar vikten av forskningsbaserade behandlingar, han finns nu i opposition till nuvarande borgliga regering och har tappat sin maktposition. Nuvarande regering ser ut att avstå från att ta i problematiken, utan de svarar istället med ekonomiska belopp, tal om förebyggande arbete och riktar kritik mot kommuner och landsting som inte anses ta sitt ansvar i behandlingsfrågan. Men de uttalar sig inte direkt i frågan om substitutionsbehandling.

De problem som framställs som viktiga i forskarnas och läkarnas utlåtanden är att det och ena sidan dör många heroinister i sviter av missbruket samt att den behandling som finns och fungerar inte är tillgänglig för alla som behöver den. Politikerna anser att det finns risk för att de medicinska preparaten också missbrukas om de kan användas under okontrollerade former. Aspekter som framställs som sanningar är att heroinisten inte kan sluta knarka utan kemisk hjälp. Hon är sjuk och kräver behandling för att bli bättre. Hon kan inte bli frisk. Hjärnan är för alltid omstrukturerad och hon har liten eller ingen chans att påverka vad som sker i hjärnan. Hennes beteende styrs av hennes hjärnfunktioner men hon har även psykosociala problem som måste tas om hand med andra metoder utöver de medicinska.

Svaret om hur debatten har kunnat svänga eller hur förespråkarna för den medicinska behandlingen har kunnat vinna mark tror jag delvis kan besvaras med frånvaron av utvärderingar med den medicinfria narkomanvården. Indikationen på att den inte fungerar särskilt bra kan vara en del av svaret på att underhållsbehandling har fått legitimitet eftersom den är dokumenterat effektiv (se under rubrik 5 i uppsatsen). Att underhållsbehandling används flitigt i andra Europeiska länder kan även det vara ett svar på varför det vunnit terräng i Sverige och blivit mer rumsrent att förespråka samt att problematiken med heroinberoende ökat, vilket även det i sig kräver att samhället på något sätt handlar, frambringa lösningar.

Det finns dem som hävdar att Subutex eller metadon är en drog och därmed inte godtagbart. Dock är det i andra sammanhang accepterat att människor kan behöva kemiska hjälpmedel för att fungera optimalt. Depressioner botas med serotonin som är en signalsubstans i hjärnan liksom dopaminet och endorfinet. Men den deprimerade människan är inte samhällsfarlig, bryter inte mot normer och är inte kriminell. Liksom Hilde (1996) tidigare visat, ses inte människor som äter lugnande medel som att de missbrukar en drog. Det handlar, som jag ser det, inte om substansen i sig, vilken dessutom byter skepnad beroende på om den intas inom lagens ramar eller utom. Subutex och metadon är en drog på gatan och en medicin på sjukhuset. Den missbrukas när den intas under okontrollerade former och brukas under kontrollerade. Synen har funnits sedan år 1922 då allt icke medicinskt bruk av opiater kriminaliserades i USA (ibid.). Som jag förstår det så handlar det om kontroll. Det som inte sägs i diskursen men som är essentiellt är frågan om kontroll. Sverige är ett land där medborgarna länge haft ett stort förtroende för staten, enligt min åsikt är vi även konformister i högre grad än folk i sydligare Europeiska länder. Jag baserar det på i vilken utsträckning vi har olika former för kontroll till exempel genom personnummer och statliga databaser som samlar information om våra liv. Den övervakningen finns inte i samma utsträckning i andra länder. Vi är vana vid kontroll och vi tror att den finns för allas vårt bästa. I den gemensamma sfären (det som är en del av vardagskunskapen) finns värderingen att droger är farliga och det är staten som bestämmer vad som är en drog eller inte.

Incitamentet för att normen ska uppfattas som värdefull, med måttlighet, plikttrogenhet och struktur, kan bestå av ett motsatsförhållande som framställs i avskräckande syfte enligt det funktionalistiska perspektivet. Det ideologiska motståndet i den här diskursen handlar om, som jag ser det, en rädsla som politiker har för att ses som drogliberala. Historiskt sett har vi haft en starkare tro på nolltolerans för droger än vad andra länder i Europa har och har haft. Att legalisera droger som en strategi för att få bukt med missbruksproblematiken är inte något som ses som en framkomlig väg i Sverige. Det kan kanske därför ligga i politikernas intresse att inte frånga dessa principer då det kan finnas en risk att stöta sig med "folkets uppfattning" och därmed förlora trovärdighet. Folkets uppfattning är vad som har konstituerat sig som sanning. Sanningen har producerats via ekonomiska och politiska intressen, spridits via universitet och media och blivit föremål för debatt (Foucault, 2008). Debatten fortskrider nu och substitutionsbehandlingen blir mer accepterad för att experterna uttalar, dels med en väl underbyggd forskning på att den fungerar och dels att den är kombinerad med en stark

kontroll av individen. Acceptansen kan även bli högre av att det är ett relativt billigt sätt att minska heroinberoendet med alla dess sociala och ekonomiska konsekvenser, såtillvida segrar det i komparation med det negativa utfallet med annan behandling som till exempel psykosocial behandling eller långa psykodynamiska behandlingar som dessutom är långt mer kostsamma. På så sätt kan talerätten överföras till läkarna från att tidigare varit psykologers och sociologers område.

8. Slutdiskussion/sammanfattande reflexion

Det finns mycket information som jag undrar över och som inte tas med i sin helhet. Exempelvis undrar jag över hur det kommer sig att just heroinister, och inte andra drogberoenden är föremål för uttalanden som att det ger effekter på belöningsystemet i hjärnan som gör att personen inte kan fungera normalt, jag undrar vad skillnaden är. Även om till exempel kokainisterna inte får samma effekter av sitt missbruk, så fungerar det på snarlika sätt. Eller alkoholisterna, hur klarar de sig? Kanske det beror på att heroinisten är den mest *stigmatiserade* missbrukaren av alla. Heroinisten åtnjuter inte ens den lilla status som alkoholisten har. Alkoholisten kan finnas i var mans hem, eller hos någon släkting eller bekant. Alkoholisten är också laglig till skillnad från heroinisten. Alkoholisten brukar en drog som är tillgänglig för den som är över arton år och vill slappna av lite eller ha lite trevligt. Hon har bara gått lite för långt. Heroinisten är någon annan, någon okänd. Hon har gått över alla gränser för normen. Hon ses inte som det minsta normal. Vetenskapen stöder tesen om icke normal med hjärnforskning. Heroinistens hjärna har i ett skede blivit kidnappad, efter lång tids droganvändning har hjärnan blivit ombyggd, förändrad och belöningsystemet är för alltid i obalans. Det kanske är så, men då är det antagligen inte så bara för heroinisterna. Under min praktik gjorde jag ett par studiebesök på landstingets substitutionsbehandling i Malmö i somras. Personalen som jag träffade där berättade att metadon gav biverkningar som trötthet, avsaknad av sexuell lust och fetma. Med Subutexet var patienterna piggare men de hade bland annat hjärklappning och ont i bröstkorgen. Dessutom var det svårt att kombinera ett arbete med att hämta sin medicin och lämna urinprov, vilket sker på arbetstid. Vilken annan grupp skulle man tvinga till det?

Tre begreppsförtydliganden ur Nationalencyklopedin som är relevanta i den här uppsatsen är: *sjukdom: tillstånd där en individ inte fungerar optimalt*. Frågan är om vi måste fungera

optimalt. *Medicin: botemedel*. Frågan här blir huruvida substitutionsmedicinerna är ett botemedel eller något annat. *Drog: råämnen med medicinska effekter utvunna ur torkade växter eller växtdelar*. Om det är en sanning så är heroin en drog men inte metadon och Subutex, men då är även alkohol en drog och hur ställer vi oss till det? Även om heroinmissbruk är en sjukdom och substitutionsbehandlingen inte är ett verkligt botemedel anser jag att det är viktigt att det finns tillgång till det för alla som behöver det. Det hade varit bra om diskussionen höjdes till att omfatta hur dessa människor i behandling ska kunna fungera bättre, alltså att förbättra deras villkor, vilket skulle kunna inbegripa en större förståelse för deras situation och en avstigmatisering av både de aktiva heroinisterna och människorna i medicinsk behandling.

Jag uppfattar det som att det inte talas om dem som faktiskt lyckats sluta att missbruka heroin och alla opiater. Det kan bero på att de inte är så många som lyckas men även att det skulle komplicera utsagorna och föra in dubier i en annars kompakt sanningseffekt av heroinisten som oförmögen till något sådant. Frågan om hur det kommer sig att vissa lyckas anser jag ändå vara intressant. Jag menar att det även saknas en djupare analys av människan i behandling. Det talas inte om vad dessa substitut gör med individen, till exempel vilka biverkningar det finns. Har hon förmågan att känna hela spektrumet av känslor, eller är hon känslomässigt bedövd? Hur blir dessa människor behandlade i arbetslivet och hur blir de sedda i samhället i övrigt? Det talas om att dessa människor känner skam för sitt missbruk. Kanske de även känner skam för att de måste medicineras. Vilka konsekvenser får det för synen på dem själva? Det finns som jag ser det många frågor som inte diskuteras, vilket inte är helt oproblemiskt då det hade gett en långt mer nyanserad bild av ämnet och kanske givit upphov till en än mer humanitär praktik. Inte desto mindre anser jag att den finns en medmänsklig aspekt i debatten. Det är bra för missbrukarna att läkarna och forskarna uppmärksammar problemet och jobbar för att bygga ut programmen.

Det är även viktigt att hålla i minnet att det inte kan vara svårt att sälja in opiater till en opiatmissbrukare. Det är personer som är vana att lösa det mesta med kemiska preparat. Som en övergångslösning tror jag att den är mycket bra. Det finns säkert även dem som kan behöva den som en livslång behandling I de fall som det används som en livslång behandling för dem som egentligen inte behöver det anser jag att man inte längre har en humanitär syn. Som jag ser det finns det en fara med totalitära uttalanden som att det *bara* går att behandla med underhållsbehandling, liksom dess motsats med *enbart* medicinfri behandling som enda

lösning. Huruvida det är bra eller dåligt för en opiatberoende att ta opiater som medicin används kanske mer i debatten som en social frågeställning, en kontrollfråga, och inte enbart en biokemisk fråga. Istället för att undersöka vad det gör med personens psyke eller känsloliv eller identitet, kanske det egentligen finns en lättnad över att bli av med kriminalitet och oberäknliga människor. Nu är de i alla fall under kontroll, åtminstone de fattigaste narkomanerna. De som välbeställda, för det finns sådana också, ligger inte samhället till last när de ska rehabiliteras. Det talas inte om dem i debatten. Att tala om en livslång kemisk behandling för flertalet heroinister anser jag är att framställa behandlingen som undergörande för dessa människor och att behandlingsformens bieffekter utmålas som alltför oproblematiske. Om opiatmissbrukaren inte fungerar optimalt men har lyckats integrera sig i samhället och bli drogfri borde det likaledes satsas resurser på att göra det möjligt för henne att leva ett fullvärdigt liv med tillgång till alla känslor, helt fri från kemiskt beroende. Att få substitutionsbehandling men inte ha en sysselsättning eller möjlighet att ta tag i andra sociala eller psykologiska problem lämnar mycket kvar att önska, vilket också forskarna och läkarna är väl medvetna om och förespråkar att det ska finnas med i behandlingen. Så är dock inte fallet i dagsläget för flertalet patienter. Personalen på substitutionsbehandlingen i Malmö uppgav att majoriteten inte hade jobb. På min fråga om vad de gjorde om dagarna svarade de att ”det blev mycket video och chips”. Det behövs således än mer resurser till den här utsatta gruppen för att de ska ha en chans att integreras i samhället och få ett meningsfullt liv.

En annan fråga som uppkommit under uppsatsskrivandets gång är att om det är så att hjärnan ställs om av stress, vilket är ett av sätten som forskarna menar att obalansen uppkommer, borde det betyda att människor som utsätts för stress i andra sammanhang som krig eller extrem fattigdom även de får en ombyggd, förändrad hjärna som inte fungerar bra. Det skulle innebära att även dem behöver mediciner för att kunna fungera, vilket för upp problematiken till en mer generell nivå utifrån frågan: Hur mycket mediciner behöver vi egentligen?

Referenser:

- Agerberg, M. (2004) *Kidnappad hjärna*. Studentlitteratur
- Aspers, P. (2007) *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber
- Berger, P.L. & Luckman, T. (2003) *Kunskapssociologi*. Wahlström & Widstrand
- Bergström, G. & Boréus, K. (2005) ”Diskursanalys”. I Bergström, G. & Boréus, K. (red.): *Textens mening och makt*. Lund: Studentlitteratur
- Burr, V. (1995) *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge
- Bäck-Wiklund, M. (2007) ”Livsvärld och vardagskunskap”. I Månsson, P. (red.): *Moderna samhällsteorier, Traditioner, riktningar, teoretiker*. Nordstedts akademiska förlag
- CAN Rapport 107. (2007) *Drogutvecklingen I Sverige 2007*. Stockholm:CAN
- Foucault, M. (1974) *Övervakning och straff*. Lund: Arkiv förlag
- Foucault, M. (1993) *Diskursens ordning*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag
- Foucault, M. (2002) *Vetandets arkeologi*. Lund: Arkiv förlag
- Foucault, M. (2008) *Diskursernas kamp*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag
- Giddens, A. (2007) *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur
- Goldberg, T. (2005) *Samhället i Narkotikan*. Solna: Academic Publishing of Sweden
- Hilte, M. (1996) *Avvikande beteende – en sociologisk introduktion*. Lund: Studentlitteratur
- Johnson, B. (2005) *Metadon på liv och död*. Lund: Studentlitteratur

Laanemets, L. (2007) *Navet Om kvinnor, prostitution, metadon- och Subutexbehandling*. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.

Lindgren, S-Å, (2007) "Michael Foucault och sanningens historia". I Månsson, P. (red.): *Moderna samhällsteorier, Traditioner, riktningar, teoretiker*. Nordstedts akademiska förlag

Neumann, I. B. (2003) *Mening Materialitet Makt - En introduktion till diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur

Nilsson, R. (2008) *Foucault en introduction*. Malmö: Égalité

Socialstyrelsen, (1993:1) *Effekter av offensiv narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, (1997:22) *Metadonbehandling i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen

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

Whinter Jørgensen, M. & Phillips L. (2000) *Diskursanalys som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1.

Artikelreferenser efter yrkeskategorisk klassificering samt i kronologisk ordning:

Artiklar med uttalanden av forskare:

1. Hilde, M. (2001) "Humanisera narkomanvården" *Sydsvenskan* 011003 sektion A.Sid. 2,
2. Sandström, L. (2003) "Narkomaner offer för politisk strid" *Sydsvenskan* 030605 sektion A. sid. 6,
3. Hasselgren, S. (2004) "Subutex – överförskrivning eller underbehandling" *Alkohol & Narkotika* Häfte 1. sid. 14-17.
4. Thomasson, T. (2006) "Avbruten behandling större risk än missbruk. Forskare fördömer...nolltolerans mot narkomaners återfall i behandlingsprogram." *Sydsvenskan* 060205 sektion C sid. 2.9
5. Johnsson, B. & Svensson, B. (2008) "Bygg ut metadonprogrammen" *Sydsvenskan* 080129 sektion A, sid 5
6. Sundfelt, C. (2008) Beroendecentrum får skarp kritik av narkotikaforskare i Malmö *Katrineholms-Kuriren* 080719 sid. 4

Artiklar med uttalanden av läkare:

7. Nilsson, I. (1999) "Buprenorfin prövas som alternativ till metadon" (elektronisk), *Läkemedelsvärlden* <http://www.lakemedelsvarlden.se/zino.aspx?articleID=972> [cited 081124]
8. Stockholm (TT) (1999) "Smärtstillande effektivt mot heroinmissbruk" *Helsingborgs Dagblad* 990413 sid. 7
9. Heilig, M. (2002) "Metadon, men inte naltrexon är dokumenterat verksamt" *Läkartidningen* Nr. 6. Volym 99 sid.551
10. Letmark, P. (2002) "Tvist om medicin för heroinister" *Dagens Nyheter DN.se* 021111 <http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp&a=75809> [cited 081106]
11. Heilig,M.& Kakko, J. (2003) "Dämpat drogsug och bättre social funktion med buprenorfinterapi" *Läkartidningen* Nr. 32-33 Volym 100 sid. 2526
12. Omsäter, M. (2004) "Motståndet mot substitutionsbehandling viker i Göteborg" *Alkohol & Narkotika* Häfte 1. sid.18-21
13. Hake, C-M. (2008) "Dödsfall av metadon och Subutex ökar kraftigt" *Dagens Medicin* 080312 sid. 16

Artiklar med uttalanden av politiker:

14. Optiz, K. (2002) "Behandling av narkotikamissbrukare: Tvist om medicin för heroinister" *Dagens Nyheter* 021111 Sektion A sid. 6
15. Optiz, K. (2004) "Begränsning av Metadon tas bort" *DN.se* 040317
<http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp&a=245274> [cited 081106]
16. Berthelson, L. (2006) "Missbrukare offras på retorikens altare" *Stockholms Fria Tidning* 060121 <http://www.berthelson.se/print.php?id=82> [cited 081126]
17. Engström, A. (2006) "Omdiskuterat program fyller 40 år" *Svenska Dagbladet* 061011 sektion C sid. 10
18. Letmark, P. (2007) "Naivt utgå från att alla läkare är goda" *DN.se* 070428
<http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp&a=644269> [cited 081126]
19. Letmark, P. (2007) "Apotekens usla kontroll ökar Subutex-missbruk" *DN.se* 070512
<http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp&a=649564> [cited 081126]
20. Assarsson, S. (2007) "Resurserna räcker inte till alla missbrukare" *Sydsvenskan.se* 070809
<http://sydsvenskan.se/sverige/aticle257607> [cited 081126]
21. Olsson, K. V. (2008) "Fries angriper narkotikapolitik" *DN.se* 080127
<http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp&a=736958> [cited 081126]
22. (2008) *Drugnews .nu* "Folkhälsoministern avfärdar Fries kritik" 080202
<http://www.drugnews.nu/articleprint.asp?id=4293> [cited 081118]
23. Bondesson, M. (2008) "Narkomanvård kan ge samhället miljardvinst" *DN.se* 080226
<http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp&a=746450> [cited 081106]
24. Bondesson, M. (2008) "Folkhälsoministern: " Vi arbetar långsiktigt"" *DN.se* 080226
<http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp&a=746496> [cited 081106]

Noter* Letmark, P. (2007) "Läkemedel det nya knarket" *DN.se* 070422
<http://www.dn.se/DNet/road/Classic/article/0/jsp/print.jsp&a=642158> [cited 081126]

