

## Ett behandlingsområde under förändring?

- En diskursanalys av behandlingspersonals tal om missbruk och missbruksbehandling

Av: Ida Malm & Jenny Andersson

---

LUNDS UNIVERSITET

Socialhögskolan

SOPA 63, HT 13



Handledare: Ulrika Levander

## **Abstract**

Our study explore treatment personnel's discourse concerning addiction and addiction treatment within a range of treatment approaches and how this affects the development of the field, in this effort an analytical discourse approach is applied. In the study two primary discourses emerge, the harm reduction discourse and the treatment discourse. Our conclusion is that these two are engaged in a struggle for interpretationrights and legitimacy within the addiction treatment field. In spite of this discursive struggle a sympathetic aspiration is reflected in the treatment personnel's talk about helping those clients who in the traditional sense are not "drug free" and subsequently are labeled "as impossible". This can be understood in light of the two discourses beginning to interact with each other and thus needing to renegotiate the treatment field's configuration as a whole as well as which treatment programs are legitimized.

Keyword: drug addiction, discourse analysis, addiction treatment, institutional identities, categorization

## **Förord**

Vi vill börja med att tacka våra intervjupersoner som har ställt upp i vår studie. Fortsatt vill vi tacka vår handledare Ulrika Levander för värdefull feedback och hjälp med både språkbruk och att klura ut diskursanalysens komplexitet. Slutligen vill vi tacka varandra för ett bra samarbete och att vi fortfarande är vänner nu efter uppsatsens slut.

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	6
1.1 Problemformulering .....	7
1.2 Syfte och frågeställningar.....	8
2. Tidigare forskning .....	9
2.1 Harm reduction och nolltolerans .....	9
2.2 Missbruk som medicinskt problem eller socialt problem.....	10
2.3 Verksammas åsikter/påverkan.....	11
3. Teori .....	13
3.1 Socialkonstruktionism .....	13
3.2 Diskursanalys som teori .....	14
3.3 Diskursanalytiska begrepp .....	15
3.4 Kategoriseringar .....	16
3.5 Institutionella identiteter och legitima klientkategoriseringar.....	17
4. Metod och material.....	19
4.1 Val av metod .....	19
4.1.1 Semistrukturerade intervjuer .....	19
4.1.2 Diskursanalysens förtjänster och brister.....	20
4.2 Urval.....	21
4.3 Intervjusituationen.....	22
4.4 Validitet och reliabilitet.....	23
4.5 Etiska överväganden.....	24
4.6 Litteratursökning .....	24
4.7 Arbetsfördelning.....	25
4.8 Tillvägagångssätt vid analys .....	25
5. Analys.....	26
5.1 Behandlingsdiskurs och skademinimeringsdiskurs .....	26

5.2 Ett flexibelt förhållningssätt .....	30
5.3 Underdog-positionen .....	35
5.4 Gränser mellan behandling.....	39
6. Sammanfattning.....	41
6.1 Avslutande diskussion .....	42
7. Referenslista .....	44

# 1. Inledning

Redan första terminen på socionomprogrammet var missbruksutredningen, skriven av Gerhard Larsson (SOU 2011:35), ett återkommande tema vid föreläsningar. Det övergripande förslaget i utredningen var att flytta över huvudansvaret för missbruksvården från kommunernas socialtjänst till landstingen, vilket bland annat skulle få konsekvenser för hur vi som framtida socionomer skulle kunna arbeta med behandlingsinsatser mot missbruk. Den kritik som huvudsakligen riktades mot förslaget, bland annat från Sveriges kommuner och landsting (SKL), var att utredningens fokusering på missbruk som ett medicinskt problem uteslöt andra förklaringar som psykologiska och sociala aspekter (SKL 2010). Även om förslaget aldrig antogs har debatten om missbruksvården fortsatt. I Sverige framträder grundprincipen om nolltolerans som ett dominerande behandlingsideal inom missbruksvården. Detta kan delvis förstås mot bakgrund av den restriktiva narkotikapolitik som sedan länge har bedrivits i Sverige och tillsammans med 12-stegsrörelsen kan anses ha format behandlingssfären (Svensson 2012, Järvinen 2003).

Trots Sveriges restriktiva narkotikapolitik, där en målsättning om nolltolerans har varit rådande, har utvecklingen inom behandlingssfären under senare år gått mot att andra insatser och behandlingar erbjuds (Svensson 2012). Här har ett alternativt synsätt på hur missbruksproblematik kan hanteras växt fram som kallas *harm reduction*. Harm reduction är ett samlingsnamn för bland annat behandlingsinsatser som syftar till att minska narkotikarelaterade skador för såväl individer och samhälle – det primära målet är inte att få individer att helt avstå från droganvändning. Istället fokuseras insatserna på att lindra missbruket och dess konsekvenser (ibid.). Lee et al. (2011) menar att harm reduction-perspektivet bidrar till att de som har ett missbruk och inte är drogfria vid behandlingsstart kan få hjälp och stöd.

Enligt Johnsson et al. (2009) finns det meningskillnader mellan ideologier kring vad själva begreppet missbruk innebär. Dessa skillnader härstammar från olika traditioner, där olika diskurser – eller sätt att tala om – missbruk råder (ibid.). Enligt Järvinen (2003) påverkar talet om missbruk hur specifika behandlingsinsatser, de verksamma inom dessa behandlingar och dess klienter utformas. Järvinen och Mik-Meyer (2003) menar att ett entydigt synsätt på "rätt" typ av behandling kan få konsekvenser för klienten. Dels leder ett enformigt och dominerande synsätt på behandlingsinsatser till att färre valmöjligheter erbjuds klienter. Dels

tenderar klienter som inte passar in eller gör motstånd mot de behandlingsideal som råder att bli kategoriserade som “omotiverade” eller “omöjliga”. På så sätt riskerar denna grupp att bli utan behandlingsinsatser och i förlängningen dö av sitt missbruk (ibid.).

Behandlingsprinciper som bygger på nolltolerans och harm reduction återspeglas till stor del i de behandlingsmetoder mot missbruk som idag finns tillgängliga i Sverige. Exempelvis ingår den läkemedelsassisterade behandlingen som en del i vad som förstås som harm reduction, där läkemedel som metadon, subutex eller subuxone ges som ett sätt att behandla opiatmissbruk (Svensson 2005). Behandlingar som utgår ifrån nolltolerans är exempelvis 12-stepsbehandling och miljöterapi. 12-stepsbehandling utgår ifrån Anonyma Alkoholisters (AA) principer om motivation och drogfrihet. Behandlingen grundar sig i de 12 stegen där missbrukaren bland annat som ett första steg ska erkänna sitt problem (Socialstyrelsen 2014). Miljöterapi utgår ifrån att skapa en stabil social miljö för missbrukaren som ger möjlighet till social inlärning. Fokuseringen i behandling läggs på den fysiska och sociala miljön. Behandlingen sker tillsammans med personal och andra deltagare genom bland annat dagliga aktiviteter (Socialstyrelsen 2014). Dessa traditionella behandlingsinsatser, som 12-stepsbehandling och miljöterapi, kan således kopplas till synen på nolltolerans och ses som det dominerande behandlingsidealet i Sverige (Svensson 2012, Petersson 2013). Enligt Petersson (2013) uppstår en krock mellan harm reduction och nolltolerans, då det drogfria behandlingssklimatet har fått en utmanare i form av den läkemedelsassisterade behandlingen. Patienter inom den läkemedelsassisterade behandlingen tenderar enligt henne exempelvis inte att i traditionell mening anses som “rena”, eftersom de fortfarande använder ett narkotikaklassat preparat – om än under kontrollerade former (ibid.). Vi anser att denna spänning är intressant att undersöka. Vad händer med behandlingssfären och dess diskurser då en alternativ behandling får tillträde? Vilka spänningar uppstår mellan dessa olika sätt att se på missbruk i behandling?

## **1.1 Problemformulering**

Eftersom det genom behandlingsinsatser som bygger på så kallad harm reduction har uppkommit ett synsätt som inte går i linje med de ideal om nolltolerans som missbruksvården tidigare har präglats av undrar vi hur detta påverkar behandlingsområdet. I vår studie använder vi begreppet behandlingsområdet för att illustrera och beskriva det område där olika

behandlingsinsatser mot ”kemiskt missbruk” är verksamma. Vi tänker att behandlingspersonalens sätt att se på missbruk och missbruksbehandling utgör centrala delar i en behandling. Behandlingspersonalens sätt att tala om missbruk och hur det ska behandlas på bästa sätt genererar olika sätt att se på missbruk (Järvinen & Mik-Meyer 2003). De skilda synsätten på missbruk och missbruksbehandling som avspeglas i insatser som präglas av nolltolerans respektive harm reduction gör oss därför nyfikna på hur behandlingar som arbetar utifrån dessa skilda perspektiv ser på och talar om missbruk. Vilka konsekvenser i synen på missbruk och behandling skapas då den traditionella synen på nolltolerans och drogfrihet får en utmanare genom den läkemedelsassisterade behandlingens inträde på behandlingsområdet? Hur påverkar dessa synsätt och behandlingspersonalens sätt att tala om missbruk behandlingsinsatser och kategoriseringen av klienterna?

Genom att undersöka hur missbruk framställs och skapas av behandlingspersonalen i de olika missbruksbehandlingarna är vår avsikt inte att ta reda på vilken behandlingsmetod som är den ”bästa” eller att hitta ”sanningen” gällande missbruk. Studien går snarare ut på att undersöka hur behandlingspersonalens tal om missbruk påverkar behandlingarnas konstruktioner. Hur behandlingspersonalen kategoriserar missbruk och behandlingsinsatser samt vad detta får för konsekvenser utgör därför fokus för denna studie.

## **1.2 Syfte och frågeställningar**

Syftet med uppsatsen är att undersöka hur behandlingspersonal inom olika behandlingsmetoder talar om missbruk och missbruksbehandling samt vilka konsekvenser detta får för behandlingsområdets utformning.

De frågor som besvaras i uppsatsen är:

- Hur framställs missbruk och missbruksbehandling inom de olika behandlingsmetoderna?
- Hur talar behandlingspersonalen om de behandlingsinsatser som utförs och vilka perspektiv på missbruk återspeglas i detta?
- Hur har introduktionen av läkemedelsassisterad behandling påverkat behandlingsområdet?



- Vilka konsekvenser får de diskurser och konstruktioner som framträder i synen på missbruk och missbruksbehandling, inom olika behandlingsalternativ och inom behandlingsområdet i stort?

## 2. Tidigare forskning

I detta kapitel redogörs för den forskning som vi anser vara relevant för vår studie. Missbruksområdet är brett och för att ge en överskådlig bild presenterar vi ämnet utifrån tre teman. De studier vi anser vara relevanta för vår undersökning studerar bland annat missbruksvårdens praktiska utförande utifrån begreppen *harm reduction* och *nolltolerans*. Vad finns det för likheter och skillnader i dessa begrepp och vilka behandlingsinsatser erbjuds inom respektive behandlingar? Hur förklaras orsaker till ett missbruk av forskare, som ett medicinskt eller ett socialt problem? Och vilka konsekvenser får de perspektiv som tillämpas? Avslutningsvis presenterar vi vad forskningen säger om verksammas påverkan på behandling och dess klienter.

### 2.1 Harm reduction och nolltolerans

Inom svensk missbruksvård har ideal om nolltolerans länge varit rådande i synen på vad som anses vara de mest lämpliga behandlingsinsatser för missbruk. Utifrån detta perspektiv har behandling främst utgått ifrån psykosociala insatser (Svensson 2005). Fokus har varit att få missbrukare fria från substanser så att de ska kunna leva ett fungerande liv helt utan droger (Petersson 2013). Under de senaste 20 åren har ett kompletterande synsätt växt fram inom missbruksvården som bygger på *harm reduction* (Kleinig 2008). Det innebär att behandlingsinsatser inriktas på att minska missbruksrelaterade skador, snarare än att eftersträva total drogfrihet (Riley et al. 1999). Inom *harm reduction* förespråkas exempelvis behandlingsmetoder som läkemedelsassisterad behandling. Läkemedel som metadon, subutex eller subuxone ges här för att minska skadorna för heroinmissbrukare (Svensson 2005).

Går det att integrera *harm reduction*-perspektivet med 12-stegsbehandling? I en amerikansk studie av Lee et al. (2011) beskrivs *harm reduction* dels innebära en strävan efter att möta människor där de befinner sig, snarare än där de "borde vara" enligt rådande behandlingsnormer, alltså drogfria. Dels innebär perspektivet en ambition att minska de

skador som uppkommer på grund av missbruk, både för missbrukaren och samhället. I samma studie beskrivs missbruk inom *harm reduction-perspektivet* och *12-stegsmetoden* som varandras motsatser. Enligt Frank (2011) utgår 12-stegsbaseradbehandling från en syn på missbruk som en sjukdom. Därför prioriteras i dessa former av behandlingar att deltagare helt håller sig borta från droger. Ett villkor i 12-stegsbehandlingen är alltså att klienten ska vara nykter (ibid.). Lee et al. (2011) menar däremot att 12-stegsbehandling inte per automatik utesluter ett harm reduction-perspektiv. 12-stegsbehandlare som intervjuats av detta forskarteam beskriver att det går att integrera harm reduction-perspektivet i 12-stegsbehandlingar. Det enda kravet för en sådan integrering uppges vara att missbrukaren ska ha en vilja att sluta missbruka. 12-stegsbehandlare beskriver i denna studie (ibid.) att en klient därmed inte behöver vara drogfri vid behandlingsstarten. Forskningen är däremot inte entydig. Frank (2011) menar att 12-stegsbehandling och dess villkor om nykterhet är svåra att integrera med harm reduction då perspektiven befinner sig långt ifrån varandra i grunden.

## **2.2 Missbruk som medicinskt problem eller socialt problem**

Eftersom vår studie undersöker behandlingsspersonalens tal om vad missbruk "är" finner vi det lämpligt att se på hur forskningen beskriver missbruk. Hur missbruk kan förstås är forskare idag oense om. Är missbruk ett socialt problem eller ett medicinskt problem? Forskning som stödjer synen på missbruk som ett medicinskt problem menar att ett sådant synsätt ger en förståelse för varför en individ blir beroende. Berghmans et al. (2009) menar att faktorer som gener, ärftlighet och sårbarhet ofta lyfts fram i dessa sammanhang som orsaker till varför ett missbruk utvecklas. Kihlström (2007) problematiserar i sin tur diagnostiseringen av missbruk. Genom att diagnostisera missbruk och beroende skapas i medicinska termer en förklaring till orsaken av missbruksproblematiken. Han menar däremot att missbruksproblematiken är mer komplex än så. Missbruket synliggörs först i mötet med andra människor och får därmed vissa tillskrivelser som inte enbart kan härledas till den medicinska diagnosen (ibid.).

Berghmans et al. (2009) förklarar att synsättet på missbruk är under förändring i samhället. Enligt studien finns det kritiska röster mot den medicinska utveckling som sker inom missbruksområdet – eller den så kallade *medikaliseringen* - av missbruk och missbrukare. Kritiken riktas bland annat mot missbruket tenderar att individualiseras genom ett

medikaliserat perspektiv. Det betyder alltså att utvecklandet av ett missbruk och dess orsaker, till exempel genetik, läggs på individen. Kihlström (2007) menar att det blir problematiskt att se på missbruk som ett individuellt problem. Enligt honom är det inte så enkelt att det endast är individen och substansen som är avgörande för att ett missbruk utvecklas. Hur omgivningen agerar och reagerar på problematiken har enligt honom också en avgörande betydelse för hur problemet förstås (ibid.). Ivandic och Jukic (2012) menar att det finns olika grund till ett missbruk och att problematiken därför borde ses som ett *multidisciplinärt fenomen*. Därför kan det finnas många olika faktorer som kan påverka uppkomsten av ett missbruk. Alla delar i en individs liv utifrån detta perspektiv bildar en helhet. Det skulle enligt dessa båda forskare (ibid.) vara svårt att undersöka en missbruksproblematik genom att enbart studera delarna oberoende av varandra. Det multidisciplinära synsättet beskriver alltså både omgivningsfaktorer och individuella faktorer. Ett sådant synsätt kan generera en flexibilitet i sättet att se på missbruk (ibid.). Detta kan sättas i relation till Järvinens (2003) studie, som presenteras nedan, om ett allt för standardiserat synsätt i och på behandling.

### **2.3 Verksammas åsikter/påverkan**

Järvinens (2003) studie utgår ifrån tre personers livshistorier, vars berättelser beskriver olika sätt att se på och tala om missbruk. En av intervjupersonerna talar om sitt missbruk utifrån AA:s principer och har på så sätt "erkänt" sitt missbruk. En annan deltagare beskriver att han inte har något missbruksproblem och kategoriseras därmed av behandlingspersonalen som "omotiverad". Den tredje personen anser sig vara alkoholist men menar att problematiken grundar sig i uppväxten. På så sätt ses detta missbruk ur ett psykodynamiskt perspektiv (ibid.). Inom skandinavisk missbruksvård finns sedan länge ett dominerande synsätt på missbruk som utgår från att klienter ska "erkänna" sitt missbruk och "inse" sitt problem för att en behandling ska kunna äga rum. Järvinen (2003) kallar detta dominerande synsätt för *förnekelsediskurs*. Förnekelsediskursen innebär alltså att personal på behandlingsinstitutioner tenderar att tala om missbrukare utefter deras förmåga att "erkänna" och "inse" sina problem. Exempelvis talas det inom behandlingssfären ofta om begrepp som "moraliskt ansvarig", "bagatellisering" och "minimering". Dessa begrepp har en tydlig förankring till AA:s principer och kan kopplas till den förnekelsediskurs som Järvinen (2003) beskriver som rådande i skandinaviska behandlingsinsatser. I och med förnekelsediskursens starka ställning har andra synsätt på missbruk svårt att få plats. De klienter som inte kan eller vill identifiera sig med den

standardiserade mall för missbruksbehandling som förnekelsediskursen framhäver, riskerar enligt Järvinen (ibid.) att exkluderas från behandlingsinsatser. Detta kan exempelvis ske genom att dessa klienter kategoriseras som *omotiverade* – och i värsta fall som *omöjliga klienter* (se mer om detta begrepp i teoriavsnitt 3.5) av utrednings- och behandlingspersonal.

Järvinen och Andersen (2009) menar att professionella ofta kategoriserar missbrukare utifrån deras uttalade problematik. I studien kategoriserar både socialarbetare och behandlingspersonal i stor utsträckning opiatmissbrukare som ”kroniskt sjuka” vid insatsbedömningar. Som en konsekvens av detta menar Järvinen och Andersen (2009) att läkemedelsassisterad behandling tenderar att bedömas som den mest lämpade behandlingsinsatsen för opiatmissbrukare. I studien ges ett exempel på en opiatmissbrukare som har önskemål att få annan behandling än läkemedelsassisterad behandling, men vars önskan möter motstånd från socialarbetarens sida. Studiens slutsats är att konsekvensen av de professionellas entydiga bedömning av insatser leder till en minskad valmöjlighet för klienterna (ibid.). Då ett specifikt synsätt dominerar i behandlingssfären, så som exempelvis 12-stepsbehandling, riskerar informationen om och möjligheten till annan behandling att minska (Frank 2011). Lee et al. (2011) menar att behandlingspersonalens bedömningar är av avgörande betydelse för vilka möjligheter som klienten erbjuds. Om verksamma inom en behandling har en övergripande förståelse för olika behandlingsmetoder ökar möjligheten att hjälpa klienter. Studiens slutsats är att olika behandlingsinsatser fungerar olika bra för olika personer. I bland kan ett kombinerat perspektiv vara det bästa. Genom att ha kunskap om och möjlighet att integrera olika behandlingsperspektiven inom missbruksvården kan behandlingspersonal applicera och hjälpa klienter utefter deras möjligheter (ibid.).

Rosenthal och Peccei (2006) menar att det inom organisationer som arbetar med människor i många fall utvecklar en *idealklient*. Idealklienten kan tillskrivas vissa positiva egenskaper så som en ”stark drivkraft” och ”motivation”. Det är denna klient som andra klienter blir jämförda med. Genom att jämföra klienter med ideal skapas det kategoriseringar om vad som anses vara är ett acceptabelt och önskvärt beteende hos klienter (ibid.).

Inom missbruksvården finns det i Sverige idag flertalet behandlingsmetoder med olika teoretiska utgångspunkter. I en studie av Berglund et al. (2003) beskrivs hur behandlingspersonal inom missbruksvården har en benägenhet att ha samma syn på missbruk

som den behandlingsideologi de verkar inom. Studien visar att verksamma som exempelvis arbetar inom Minnesotabehandling har en större tendens att se missbruk som en sjukdom. Detta går att koppla samman med behandlingsmetodens teoretiska utgångspunkt (ibid.). Hur behandlingspersonalen ser på och talar om missbruk kan alltså få konsekvenser för hur klienten blir bemött och behandlad.

### 3. Teori

I detta kapitel redogör vi för de teoretiska perspektiv som används i studien. Vår uppsats utgår ifrån en socialkonstruktionistisk kunskapssyn, där *diskursanalys* och de teoretiska begreppen *diskursiv kamp*, *hegemoni* och *interdiskursivitet* återfinns. Vi kommer även att presentera och förklara användningen av begreppen *kategorisering* och *institutionella identiteter* och hur vi med hjälp av dessa teorier förstår och analyserar vår empiri. Eftersom diskursanalys grundar sig i en socialkonstruktionistisk teoribildning, som används som en genomgående kunskapssyn i vår studie, redogörs inledningsvis för socialkonstruktionismens grunder.

#### 3.1 Socialkonstruktionism

Vivian Burr (1995) menar att det finns olika principer som är grundläggande för socialkonstruktionismen. Den första principen handlar om att ha ett kritiskt förhållningssätt till så kallad självklar kunskap. Utifrån detta perspektiv betraktas den sociala världen som vi lever i inte som självklart objektiv eller sann. Istället antas "sanningar" skapas i mötet mellan människor. "Verklighet" anses alltså vara konstruerad i social interaktion människor emellan. Burr (1995) belyser också kopplingen mellan *kunskap* och *sociala processer*. Vad som anses vara acceptabelt respektive oacceptabelt skapas utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv också genom sociala interaktioner. Kunskap skapas alltså i interaktion mellan människor och världen byggs och behålls i och genom denna sociala interaktion. Det antas vidare finnas ett samband mellan *kunskap* och *social handling*. Beroende på vilken världsbild som är rådande skapas olika konsekvenser av de sociala konstruktioner som görs. Vad som anses vara accepterat i en specifik världsbild påverkar sättet att se på världen och vilka sanningar som råder (ibid.).

Vad som antas vara sant i ett visst sammanhang handlar också om i vilken *historisk och kulturell* kontext som fenomenet förstås. Synsättet på kunskap är utifrån detta perspektiv

beroende av historiska och kulturella faktorer (Burr 1995). Börjesson och Palmblad (2007 s. 9) menar att "all kunskap är socialt konstruerad och kan därför aldrig avspegla en entydig verklighet därute." Det existerar utifrån en konstruktionistisk kunskapssyn alltså inte några konstanta identiteter eller fasta bilder av världen. De identiteter och bilder som skapas inom en viss social kontext eller "verklighet" är således att förstå som föränderliga.

### 3.2 Diskursanalys som teori

*Diskursanalys* kan ses både som en teori och en metod. För att kunna använda diskursanalys som metod krävs att vissa filosofiska grundantaganden beaktas, exempelvis att synen på språket ses som central i konstituerandet och förståelsen av världen (Winther Jørgensen & Phillips 2000). Winther Jørgensen och Phillips (2000 s.7) menar att en *diskurs* brukar beskrivas som "ett bestämt sätt att tala om eller förstå världen (eller ett utsnitt av världen)". Börjesson och Palmblad (2007) beskriver att då språket används *konstrueras* "verkligheten". Diskurser skapar på så sätt en förståelse av vad som anses vara möjligt, tänkbart och sant i ett visst sammanhang. Utifrån ett diskursanalytiskt perspektiv kan språket därför ses som en handling som sätter gränser för hur "verkligheten" kan förstås. Dessa gränser sätter ramar för vad som anses sant och "verkligt" i en viss kontext. Samtidigt förändras gränserna ständigt (ibid.). På så sätt är en diskurs aldrig fast, utan kan alltid omformuleras och ändras.

Utgångspunkten i *diskursanalys* handlar om att belysa vad som antas vara "verkligt" i en viss social kontext och hur det "verkliga" skapas. Vad är det som gör att något får legitimitet och konstrueras som "verkligt" "(...) i en viss tid och på en viss plats"? (Börjesson & Palmblad 2007 sid. 11). Vi använder oss i den här studien av diskursanalys för att ta reda på hur behandlingspersonal talar om missbruk och hur detta begrepp konstrueras och skapas utifrån behandlingspersonalens olika sätt att konstruera "verklighet". Inom diskursanalysen anses alltså inte någon oberoende "verklighet" existera som är fri från sammanhang. Det betyder att verkligheten skapas och konstrueras i interaktion mellan människor av och i språkliga, sociala och kulturella sammanhang (Börjesson & Palmblad 2007). Att utgå ifrån att kunskap är konstruerad behöver inte innebära att ett fenomen, som exempelvis missbruk, förminskas eller tillintetgörs. Snarare erbjuder diskursanalysen en möjlighet att se på fenomen på olika sätt och därigenom kritiskt granska vilka konsekvenser olika synsätt får (ibid.). Diskursanalysen fungerar som ett verktyg som ger oss möjlighet att belysa hur diskurser skapas, upprätthålls

och konkurrerar med varandra om tolkningsföreträde. Vi anser att ett sådant förhållningssätt hjälper oss att studera och förstå de diskurser som behandlingspersonalen skapar.

Huruvida det finns en fysisk och “sann” värld och “verklighet” råder det skilda uppfattningar om inom olika diskursanalytiska inriktningar. Däremot råder det konsensus mellan olika analytiska perspektiv om att den fysiska världen skapas och får mening genom diskurser (Winther Jørgensen & Phillips 2000). Börjesson och Palmblad (2007) skiljer på “stora” och “små” diskurser. En stor diskurs beskrivs innefatta ett övergripande område som exempelvis hälsa och medicin. Genom att analytiskt fokusera på små diskurser undersöks i sin tur interaktionen på mer specifika platser. Hur individen skapar sin “verklighet” genom denna interaktion framhåller Börjesson och Palmblad (ibid.) som ett av undersökningens fokus då så kallat små diskurser undersöks. Då vår studie undersöker behandlingspersonalens tal om missbruk och missbruksbehandling inom olika behandlingsmetoder, belyser vi hur personalen konstruerar sin och verksamhetens “verklighet”. Här undersöks således hur diskurser skapas på individuell och organisatorisk nivå. Samtidigt kan talet om missbruk ses som beroende av hur det omtalas mer generaliserat i samhället och avspeglar därför också större och institutionellt utformade diskurser. Då vår studie undersöker hur behandlingspersonal inom olika behandlingsinriktningar omtalar missbruk och missbruksbehandling rör sig vår analys också på både dessa nivåer, där såväl större som mindre diskurser undersöks.

### **3.3 Diskursanalytiska begrepp**

Inom det diskursanalytiska fältet finns olika analytiska inriktningar. Vi använder i denna uppsats diskursanalysen på ett övergripande sätt, där analytiska begrepp från såväl *diskursteorin* och *den kritiska diskursanalysen* tillämpas (Winther Jørgensen & Phillips 2000). Då båda dessa diskursanalytiska inriktningar erbjuder möjligheter att analysera såväl små som stora diskurser och då de båda bygger vidare på Foucaults utveckling av diskursanalys, framträder de som lämpliga för oss i vår analys (ibid.). De specifika begrepp som vi utgår ifrån i vår analys är diskursteorins begrepp *diskursiv kamp* och *hegemoni* samt den kritiska diskursanalysens *interdiskursivitet*. Vi använder dessa begrepp för att förstå och analysera de rådande diskurserna som finns på behandlingsområdet och hur kampen om tolkningsföreträdet kan se ut.

Begreppet *diskursiv kamp* kan enligt Börjesson och Palmblad (2007) förstås som en kamp mellan olika synsätt om tolkningsföreträdet kring hur ett fenomen ska förstås. Winther Jørgensen och Phillips (2000) beskriver att ingen diskurs enligt diskursteorin kan fastställas som total och entydig. Efter akupunktrens intåg i det medicinska området har exempelvis den medicinska diskursen behövt “modifierats” för att kunna omfatta akupunktrens alternativa syn på medicin. Diskurser befinner sig alltså i ständig konflikt med andra diskurser, konflikter som skapas då skilda diskurser konstruerar “verklighet” på olika sätt (ibid.). Genom att undersöka hur den diskursiva kampen tar sig uttryck mellan olika synsätt på missbruk, kan spänningar inom dagens behandlingssfär analyseras.

Begreppet *hegemoni* används inom diskursteorin för att beskriva diskurser som under en längre tid har haft en dominerande position. Att en diskurs är hegemonisk innebär således att den är dominerande och har ett stort inflytande för hur verkligheten förstås inom ett specifikt område. Eftersom en diskurs ständigt kan utmanas av andra diskurser kan även hegemoniska diskurser förändras (Winter Jørgensen & Philips 2000) I den här uppsatsen används begreppet hegemoni för att belysa den dominerande position som nolltolerans har haft inom behandlingsområdet (Svensson 2012, Petersson 2013).

*Interdiskursivitet*, innefattar enligt den kritiska diskursanalysen diskurser där sättet att tala återfinns inom och mellan olika diskurser. Genom att olika diskurser “möts” kan det leda till nya sätt att tala, eftersom gränserna inom och mellan dem skiftar (Winter Jørgensen & Philips 2000). I vår uppsats används detta begrepp för att undersöka hur olika sätt att tala inom olika missbruksideologier påverkar varandra – och vilka nya perspektiv och diskurser som härigenom framträder.

### **3.4 Kategoriseringar**

Ett vanligt analytiskt grepp i diskursanalytiska studier är att undersöka *kategoriseringar*. Genom att belysa hur kategoriseringar skapas i behandlingsspersonalens tal om missbruk och behandlingsinsatser kan vi dekonstruera och undersöka vilka konsekvenser de olika kategoriseringarna som används får. Börjesson och Palmblad (2008) menar att kategoriseringar delar upp exempelvis människor, genom att kategoriseringarna tillskriver dessa vissa karakteristiska drag. På så sätt framträder egenskaper som kan kopplas till en och



samma kategori. Dessa egenskaper kan vanligtvis förstås som så kallade *underkategorier*. Ett exempel på hur underkategorier tenderar att konstrueras till kategorin "missbrukare" är när missbrukare kategoriseras utifrån vilken drog de använder. Ofta betraktas kategorierna och deras tillskrivelser som något "vi bara vet", det vill säga som "självklar" kunskap (ibid.). Att bryta ner och kritiskt ganska olika former av kategoriseringar, är därför viktigt i det kritiska förhållningssätt till självklar kunskap som ingår som en av socialkonstruktivismens grundprinciper (Winter Jørgensen & Philips 2000).

Kategorier kan även analyseras genom *binära dikotomier*. Dikotomier är, enkelt uttryckt, motsatser. Binära dikotomier kan i sin tur förstås som ömsesidigt uteslutande kategorier. Ett exempel på en binär dikotomi är idén att du antingen är missbrukare eller så är du det inte (ibid.). När binära dikotomiseringar framträder i en text tyder det således på att något antingen blir exkluderat eller inkluderat i en kategori. I socialt arbete krävs dessa uppdelningar, som dikotomier leder till, för att på ett strukturellt plan veta vem som ska få vilket stöd. Samtidigt tenderar de att skapa negativa konsekvenser för de individer som riskerar att kategoriseras ut och exkluderas på ett eller annat sätt (Järvinen & Mik-Meyer 2003). Användandet av binära dikotomier kan även leda till ett särskiljande mellan "vi och dom". En sådan skillnad kan förstås genom att relationen "mellan parter" definieras. Dessa parter kan vara av olika karaktär. Ett exempel på en "vi och dom"-relation kan vara den mellan klienter och socialsekreterare (Börjesson & Palmblad 2008) – eller som i vår studie, relationen mellan de olika behandlingsinstitutionerna. Det skapas alltså gränser mellan vilka som anses vara en del av de två kategorierna. I vilken utsträckning detta också görs av intervjupersonerna i vår undersökning är ett analytiskt verktyg som vi använder oss av i analysen av vår empiri.

### **3.5 Institutionella identiteter och legitima klientkategoriseringar**

Börjesson och Palmblad (2008) menar att professionella inom det sociala arbetet genom sin kunskap kan skapa legitimitet åt olika perspektiv och åsikter. Professionella har på så sätt en möjlighet att konstruera kategorier som blir *socialt tvingande*. Eftersom vår studie undersöker behandlingspersonalens tal om missbruk avspeglas här vilka kategoriseringar som personalen skapar samt vilka gränser för legitima klientkonstruktioner som härigenom dras. Kategoriseringar görs inte bara av professionella utan även i det vardagliga samtalet. Beroende på vad som sägs om exempelvis missbruk inryms och utesluts vissa karakteristiska

drag, vilket gör att personer antingen passar in eller faller ut ur kategorin. Kategorin "alkoholist" kan exempelvis beskrivas som en person som genom sitt leverne förlorat kontrollen över sitt drickande. Det kan sättas i motsats till de människor som anses ha ett kontrollerat förhållningssätt till alkohol. Missbrukare ses genom en sådan kategorisering på så sätt som något avvikande från resten av samhället (Börjesson & Palmblad 2008).

Begreppet *socialt tvingande klientkategoriseringar* (ibid.) kan också förstås som närbesläktat med begreppet *institutionella identiteter* (Järvinen & Mik-Meyer 2003). Enligt Järvinen och Mik-Meyer (2003) tenderar socialarbetare att konstruera olika institutionellt utformade identiteter utifrån det språk och de förståelserama som formas och skapas om klienter i människobehandlande organisationer. Hasenfeld (1983:1) definierar människobehandlande organisationer som organisationer "vars främsta funktion är att skydda, bevara eller stärka det personliga välbefinnande hos individer genom att definiera, forma eller förändra deras personliga egenskaper". De institutionellt konstruerade identiteter som skapas av de gränsdragningar som görs kring klienter i människobehandlande organisationer är därför inte att förstå som "moraliskt neutrala". Identiteter som exempelvis "missbrukare" säger något om personens antagna avvikelse från normer som är rådande i samhället. Genom sitt sätt att kategorisera klienter utifrån huvudsakligen negativa termer bidrar de människobehandlande organisationerna härigenom till att skapa *problemidentiteter*. En vanligt förekommande problemidentitet inom missbruksvården beskrivs vara "alkoholist" (ibid.).

Järvinen (2003) beskriver att klienter inom missbruksvården ofta kategoriseras som antingen *möjliga* eller *omöjliga*. De möjliga klienterna är de som vill "inse" sin missbruksproblematik (alkoholproblem) och komma till ett "erkännande". Klienterna anses då vara behandlingsbara och räknas till den *förnekelsediskurs*, som vi redogör för i kapitlet om tidigare forskning (2.3). Förnekelsediskursen är enligt Järvinen (2003) en maktfull diskurs, då den beskrivs strukturera det "institutionella landskapet" inom den skandinaviska missbruksvården. Förnekelsediskursen som ett rådande synsätt på missbruk beskrivs få konsekvenser för de klienter som inte "erkänner" sitt problem, då dessa klienter riskerar att kategoriseras som "omöjliga" klienter (ibid.). Klienterna tillskrivs alltså en institutionell identitet som kategoriseras som "omöjlig". Vi använder oss av begreppet *institutionella identiteter* för att kunna avspegla behandlingsinstitutionernas olika sätt att kategorisera missbrukare utifrån institutionernas egna förståelseramar.

## **4. Metod och material**

### **4.1 Val av metod**

Vi använder oss av en kvalitativ metod i form av intervjuer och diskursanalys. Vi anser, i enlighet med Kvale och Brinkman (2009), att kvalitativa intervjuer ger en möjlighet att låta intervjupersonerna tala utifrån sig själva och sina egna erfarenheter. I det diskursiva angreppssättet anses språket konstruera världen (Winther Jørgensen & Philips 2000). Intervjuer ger oss här en inblick i hur behandlingspersonalen talar om missbruk, vilket möjliggör för oss att utifrån ett diskursanalytiskt perspektiv kunna tolka och analysera intervjupersonernas utsagor.

#### **4.1.1 Semistrukturerade intervjuer**

För att få ta del av behandlingspersonalens tal om missbruk och missbruksbehandling har vi genomfört semistrukturerade intervjuer med behandlingspersonal som jobbar inom olika behandlingsmetoder. Vi tänker, i enlighet med Bryman (2008), att semistrukturerade intervjuer kan skapa möjlighet för ett öppnare samtalsklimat. Det kan i sin tur generera att intervjupersonerna talar om ämnet på ett mer förklarande sätt än om vi använder en standardiserad intervjuform (Levin 2008). Enligt Kvale och Brinkman (2009) är den semistrukturerade intervjun en form av vardagligt samtal men med ett syfte. Intervjufrågorna skrivs utifrån de teman som forskaren väljer i intervjuguiden (ibid.). Våra intervjuer utgår ifrån tre teman: bakgrund, verksamheten och missbruk. Utifrån dessa teman har vi under intervjuerna huvudsakligen formulerat öppna frågor (se bilaga C). Bryman (2008) menar att intervjupersonerna på så sätt ges utrymme att fritt besvara frågorna utifrån sig själva och den "verklighet" de är verksamma i.

Vi har försökt att inte "leda in" respondenten på ett visst spår som kan generera styrda svar. Däremot är vi medvetna om att vi som forskare är med och konstruerar denna "verklighet" som kommuniceras i intervjusituationen. Talja (1999) menar att etiska principer och värderingar inte skapas av enskilda individer utan uppstår i dialog mellan människor. Som forskare är vi alltså inte oberoende eller fristående från de diskurser som omger oss. Istället är vi, tillsammans med intervjupersonerna, i allra högsta grad med och skapar den "verklighet" som görs i intervjuerna. Börjesson och Palmblad (2007) beskriver också forskaren som

*medskapare av diskurser*, vilket bland annat sker genom det bestämda urvalet och språkbruket.

En kritik som kan riktas mot intervjuformen är den asymmetriska maktfördelning som uppkommer (Kvale & Brinkman 2009). Eftersom forskaren i intervjusituationen bestämmer både vilka frågor som ställs och vilket ämne som berörs skapas maktskillnader mellan forskare och intervjuperson (ibid.). Maktaspekten är ständigt närvarande i våra intervjuer inte minst genom det faktum att vi är två som sitter med under intervjuerna. För att minska maktövertaget intervjuar endast en av oss intervjupersonen. Detta förringar dock inte det faktum att det finns en maktasymmetri i intervjusituationen. I analysprocessen förhåller vi oss medvetna om denna maktasymmetri och försöker att presentera empirin på ett så genomskinligt sätt som möjligt. Tolkningen av empirin är även den vår egen och intervjupersonerna har således lite att säga till om, då vi som forskare är de som drar slutsatserna. Genom ett arbete genomskinligt med empirin kan läsaren själv avgöra hur och vilka slutsatser som dras och kan bilda sig en egen uppfattning om hur väl dessa slutsatser stämmer överens med det intervjupersonen har sagt.

#### **4.1.2 Diskursanalysens förtjänster och brister**

Genom diskursanalysens fokusering på språket och att empirin kan bestå i allt ifrån intervjuer till redan skrivna texter, kan angreppssättet ses som mer flexibelt än andra metoder. En sådan flexibilitet kan ses som en förtjänst med metodvalet (Bryman 2008). I enlighet med Wreder (2007) anser vi att med hjälp av diskursanalysen kan vi få kunskap om hur språket skapar och konstruerar hur någonting "är". Diskursanalysen kan härigenom generera nya och intressanta infallsvinklar på hur missbruk och missbruksbehandling konstrueras av behandlingspersonalen.

En brist med en diskursanalys är enligt Jönson (2010) att det ibland kan finnas ett glapp mellan teori och analys. Det kan därför vara en fördel att utforma tydliga analysverktyg för att på så sätt skapa ett "mellanled" mellan teori och analys (se mer om detta i metodavsnitt 4.8). Enligt Bryman (2008) kan en brist vara att forskaren i analyserandet av empirin drar slutsatser som ibland kan vara svåra att följa. Det kan alltså finnas en risk att forskaren spekulerar för mycket kring sitt material och motiven bakom (ibid.). Vi försöker i vår studie att inte spekulera kring motiven bakom utsagorna och inte heller dra slutsatser som inte kan utläsas ur

citaten. Vi har märkt att det till viss del kan vara svårt att integrera teori och analys. Under analysprocessen har vi försökt att eftersträva en genomskinlighet genom att påvisa våra slutsatser med hjälp av empirin. Däremot har det varit svårt att inte dra dessa slutsatser för långt då vi i början av analysprocessen inte hade något tydligt analyschema.

## 4.2 Urval

Kvale och Brinkmann (2010) menar att hur många intervjupersoner och vilka som ska ingå i studien beror på studiens syfte. För att besvara våra frågeställningar på bästa sätt har vi använt oss av ett *målstyrt urval* (Bryman 2008). Det målstyrda urvalet ger oss en större frihet att välja ut vilka intervjupersoner som vi bedömer kan belysa vårt syfte och våra frågeställningar på ett informativt sätt. Det målstyrda urvalet görs oftast på två olika nivåer, dels på organisationsnivå (vilka organisationer ska väljas ut) och dels på en intervjunivå (vilka personer ska intervjuas) (ibid.). I vår uppsats innebär det att vårt urval har gjorts dels utifrån vilka former av insatser som olika behandlingsinstitutioner arbetar med, dels utifrån vilka behandlare som vi har bedömt vara relevanta att intervjua i de aktuella organisationerna. Det ger oss en omfattande bild av behandlingsområdet, utifrån de behandlare som arbetar med missbruk och missbrukare på ett eller annat sätt. Det målstyrda urvalet ger oss alltså möjlighet att välja ut de behandlingar och den behandlingspersonal som passar till studiens syfte (ibid.).

Vårt urval består av intervjupersoner från tre olika behandlingsinriktningar, vilka är läkemedelsassisterad behandling, 12-stegsbehandling och miljöterapi. Som vi redogör för ovan vill vi studera olika missbruksbehandlingar och hur behandlingspersonal inom dessa behandlingar talar om missbruk. Genom att intervjua personal från tre olika behandlingar med tre olika typer av insatser anser vi att talet om missbruk kan studeras på ett vidare sätt. Det finns säkerligen andra missbruksbehandlingar som vi skulle kunna studera men vi anser att dessa tre utgör en bra spridning eftersom de representerar tre olika behandlingsmetoder och synsätt.

Inledningsvis var vår förhoppning att intervjua socionomer verksamma inom de olika behandlingsmetoderna. Vi började med att kontakta flera olika behandlingsorganisationer med olika behandlingsmetoder som inriktning. När vi mailade och ringde till olika missbruksbehandlingar insåg vi snart att specificeringen på socionomer skulle bli svår att

följa. De behandlare som arbetar inom 12-stegsbehandlingar har exempelvis oftast själva genomgått behandlingen och kan i sin tur utbilda sig till alkohol- och drogterapeuter. Även inom andra behandlingsmetoder fann vi det svårt att få tag i socionomer. Vi valde därför att bredda vårt urval och fick slutligen tag i sju intervjupersoner med olika utbildningar och positioner. Av etiska skäl benämner vi inte vilka positioner intervjupersonerna har (läs mer om detta i metodavsnitt 4.5). Vi anser att det intressanta i vår studie är att undersöka hur det talas om missbruk i olika behandlingsmetoder. Det viktigaste med vårt urval är alltså att alla arbetar inom missbruksvården på ett eller annat sätt och det är mindre viktigt vilken utbildning eller position intervjupersonerna har.

### **4.3 Intervjusituationen**

Sammanlagt har vi intervjuat 7 personer. Vår första intervju genomfördes på en läkemedelsassisterad behandling. Där blev vi erbjudna att intervju ytterligare en personal. Intervjupersonen (IP 2) uttryckte vid tillfället tidsbrist och intervjun blev därmed kort. Vi upplever att tidsbristen blev en stressfaktor i intervjusituationen och följdfrågorna blev därför färre. En kvalitativ intervju ska gå på djupet och vi är medvetna om att denna intervju inte fullt ut kan anses vara av kvalitativa mått (Bryman 2008). Intervjun transkriberas och analyseras trots detta. Användningen av denna empiri är således främst ett komplement till den första intervjun. Då vi skulle genomföra den sjunde intervjun blev vi meddelade på plats att vi skulle intervju någon annan än den planerade. IP 7 arbetade inte direkt med behandling utan var en tillgång utöver den ordinarie personalen och kunde därför inte besvara alla våra frågor. Därför kommer IP 7 utsägas inte vara återkommande i vår analys.

Efter att ha intervjuat fyra intervjupersoner insåg vi att frågorna i temat missbruk var alltför slutna för att ge fylliga och resonerande svar. Vi valde därför att omformulera och lägga till frågor i intervjuguiden (se bilaga B & C). Vi upplever att de slutna frågorna har lett till kortare intervjuer än vi inledningsvis tänkte oss. Efter förändringen av intervjuguiden upplevde vi däremot att svaren blev mer utförliga.

Nästa steg i processen var transkribering av vårt material. Vi har valt att transkribera intervjuerna ordagrant inklusive pauser, skratt och andra ljud. I analysfasen valde vi sedan att "städa" i empirin, då vi anser att ord som "eh" och "ah" inte tillför något i vår analys. De citat som vi väljer är ofta ett urklipp från ett längre citat. Vi försöker att behålla citatets kontext för

att sammanhanget inte ska gå förlorat. När något har klippts bort i ett redovisat citat markeras detta i analyskapitlet med tecknet (...).

#### 4.4 Validitet och reliabilitet

Validitet innebär att studien mäter det som avses att mätas. Reliabilitet handlar mer om huruvida det finns en "pålitlighet" och en "följdriktighet" i mätningen (Bryman 2008). Vi väljer att i denna studie istället utgå ifrån Guba och Lincolns begrepp (i Bryman 2008, s. 354), *tillförlitlighet* och *äkthet*. Guba och Lincoln (ibid.) menar att kriterierna för validitet och reliabilitet i en kvantitativ metod grundar sig i att undersökningen resulterar i "(...) en enda och absolut bild av den sociala verkligheten". Det kan alltså bli svårt att använda validitet och reliabilitet i en diskursanalys då det diskursanalytiska angreppssättet grundar sig i att det inte finns en enda "verklighet" (Winther Jørgensen & Philips 2000). Begreppen *tillförlitlighet* och *äkthet* används för att kunna värdera forskningens kvalitet. Tillförlitlighet utgår i sin tur ifrån fyra kriterier: *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *en möjlighet att styrka och konfirmera* (Bryman 2008). Vi anser oss uppfylla trovärdighetskravet genom att vi presenterar vår empiri på ett genomskinligt och tydligt sätt och återför vår analys till den redovisade empirin. Våra intervjupersoner har fått ta del av den färdiga produkten men vi använder oss inte av en så kallad *respondentvalidering*. Respondentvalidering innebär att intervjupersonerna under studiens gång får tillgång till resultaten för att verifiera att deras utsagor tolkas på "rätt" sätt (ibid.). Eftersom vi arbetar diskursanalytiskt handlar vår analysmetod inte om att tolka det som sägs i intervjuerna, utan om att bryta ner det sagda för att analysera hur talet om missbruk konstrueras samt vilka konsekvenser det får. Möjligheten att styrka och konfirmera analysen sker här främst genom att vi arbetar genomskinligt med fylliga empiriska exempel, vilket ger läsaren en möjlighet att kritiskt granska de slutsatser som dras.

Genom att även ge en detaljerad bild av vårt tillvägagångssätt och intervjupersonernas kontext försöker vi uppnå kriteriet om överförbarhet (ibid.). Vi är medvetna om att våra tolkningar av empirin i analysprocessen inte nödvändigtvis behöver stämma överens med nästa forskares tolkningar och förståelse. Eftersom vi vid examinationsmomentet även granskas av opponenter och examinator, anser vi kriteriet om pålitlighet uppnås (ibid.). Vid en diskursanalytisk ansats kan det vara svårt att studera de diskurser som ligger nära en själv

(Winther Jørgensen & Philips 2000). Vi som forskare försöker därför gå utanför vårt material för att titta på det som anses vara självklart (ibid.). Äktheten i vår forskning finns bland annat genom att undersökningen belyser intervjupersonernas olika synpunkter på ett ärligt sätt. Forskningen kan bidra till att intervjupersonerna får en annan bild av det behandlingsområde de arbetar inom och därigenom tillämpa nya kritiska perspektiv på sin praktik (Bryman 2008).

## 4.5 Etiska överväganden

Under arbetets gång har vi från valet av ämne till sättet att analysera och tolka vårt material strävat efter att kontinuerligt göra etiska överväganden kring vårt förhållningssätt. Inledningsvis skickade vi ut en beskrivning av vår undersökning till våra intervjupersoner där studiens syfte och förutsättningar för deltagandet framgår. Där beskrevs det tydligt att deltagandet är frivilligt. Intervjupersonerna gavs möjlighet att här ta ställning till om de var intresserade av att delta, vilket ingår i vad som kallas *informerat samtycke* (Vetenskapsrådet 2009). Genom ett samtyckesbrev inhämtade vi också intervjupersonernas skriftliga samtycke till deltagandet i studien (se bilaga A).

Vi anser att avidentifiering av respondenterna är viktigt då deltagarna ska kunna känna sig fria i sina beskrivningar och inte hämmas i sitt tal av rädsla för att kunna identifieras. Detta stämmer överens med den forskningsetiska *konfidentialitetskravet* (Vetenskapsrådet 2009). Som tidigare nämnts (se urval 4.2) benämner vi alla intervjupersoner som behandlingspersonal, även de som går under andra titlar. Vi ser inte någon mening med att röja någon enskilds identitet och titel, då det inte ger något värde till vår studie. Däremot kopplar vi ihop intervjupersonernas utsagor med deras behandlingsmässiga tillhörighet i uppsatsens analyskapitel. Under studiens gång förvaras inspelningar, transkriberingar och annat känsligt material på ett säkert sätt. Vi beaktar även *konfidentialitetskravet* genom att inte sitta på offentliga platser när vi exempelvis transkriberar. Vi kommer inte heller använda materialet till något annat än denna studie (ibid.).

## 4.6 Litteratursökning

I sökningar efter material till vår studie har vi använt oss av databaserna LIBRIS och LOVISA. Inledningsvis sökte vi brett på missbruk och behandlingsinsatser genom sökorden *missbruk, behandling, missbruksvård*. För att fördjupa oss använde vi i ett senare skede



sökord som *sociala problem, socialkonstruktionism, samhälle, underhållsbehandling, läkemedelsassisterad behandling, miljöterapi, 12-stepsbehandling*. I sökningen efter vetenskapliga artiklar använder vi LUBSEARCH och sökord som *medicalization, disease, treatment, drug addiction, social problems, harm reduction, 12-step, åsikter om missbruk*. I tidigare forskning använder vi oss av avhandlingar och vetenskapliga artiklar publicerade i tidskrifter som tar hjälp av oberoende granskare så kallade peer review.

## 4.7 Arbetsfördelning

Vid genomförandet av denna studie har vi kontinuerligt arbetat tillsammans och inte delat upp arbetet mer än nödvändigt. Vi anser att detta arbetssätt har varit positivt eftersom vi ständigt har fått ett utbyte av tankar och reflektioner av varandra. Däremot har det varit tidskrävande att jobba tillsammans men vi tror att studien fått ett jämnare språk och ett bättre sammanhang än om vi hade delat upp arbetet. Det vi delade upp mellan oss var transkriberingen där vi gjorde hälften var. Även i första skedet av sökandet i empiri delade vi upp materialet.

## 4.8 Tillvägagångssätt vid analys

Efter intervjuerna har vi transkriberat materialet och analyserat det utifrån ett diskursanalytiskt angreppssätt. Inledningsvis läste vi igenom intervjuerna och använde överstrykningspennor för att markera de utsagor vi ansåg vara intressanta att analysera. Eftersom vi har delat upp transkriberingen av materialet mellan oss har vi kontinuerligt haft diskussioner angående materialet, våra tolkningar av det och vad vi anser har varit av analytiskt värde. I det inledande skedet av analysen hade vi ett analysseminarium, där alternativ analytisk ”input” möjliggjordes.

Till en början hade vi inget konkret analyschema som vi arbetade efter men vi har under analysarbetets gång låtit oss inspireras av Jönsons (2010) analyschema. Utifrån detta schema har vi använt begreppen *karaktär, konsekvenser* och *lösningar* för att ställa frågor till empirin och lättare kunna strukturera upp vårt material. De analytiska teman som har framträtt genom vår analytiska dekonstruktion av empirin är *missbruk, behandlingsinsatser, gränserna mellan behandlingar* och *underdog-position*. Inledningsvis ger dessa teman oss en övergripande bild av vad som sägs, hur det sägs och vem som säger det. Sedan analyseras empirin utifrån de

konstruktioner och kategoriseringar som görs och slutligen vad detta kan få för konsekvenser. Empirin analyseras utifrån en diskursiv ansats där vi undersöker hur behandlingspersonalen talar om missbruk och vilka konstruktioner som framkommer i utsagorna. Inom diskursanalys finns olika teoretiska och analytiska angreppssätt, exempelvis *diskursteori* och *kritisk diskursanalys*. Enligt Winther Jørgensen och Philips (2000) går det i en analys att blanda olika begrepp från olika angreppssätt. Vi har valt att inte fokusera på en specifik inriktning utan använder istället olika analytiska begreppet för att synliggöra hur behandlingspersonalen konstruerar sin "verklighet" och sina behandlingsinsatser. De begrepp vi använder oss av i analysen är diskursteorins begrepp *diskursiv kamp* och *hegemoni* samt den kritiska diskursanalysens begrepp *interdiskursivitet*.

## 5. Analys

Vilka mönster kan vi då se i vårt material? Hur skapas de diskurser som behandlingspersonalen konstruerar, utifrån sitt tal om missbruk och missbruksbehandlingar? Vad finns det för likheter och skillnader i intervjupersonernas tal och hur kan det förstås? I det här kapitlet lotsar vi er in i en diskursiv kamp om tolkningsföreträde. Vi beskriver hur den traditionella behandlingssfären nu har fått en utmanare genom alternativa behandlingsperspektiv samt hur det påverkar områdets samlade syn på och tal om missbruk.

### 5.1 Behandlingsdiskurs och skademinimeringsdiskurs

I det samlade materialet framträder huvudsakligen två sätt att tala om missbruk och missbruksbehandling som vi väljer att kalla *behandlingsdiskurs* och *skademinimeringsdiskurs*. I behandlingsdiskursen framträder en syn på missbruk som behandlingsbart enligt principen om nolltolerans. Skademinimeringsdiskursen formar i sin tur en syn på missbruksbehandling utifrån de premisser som råder inom harm reduction. I likhet med vad Järvinen (2003) och Berglund et al. (2003) påpekar, återfinns även i vår empiri utsagor från intervjupersonerna som kan kopplas till den syn på missbruk som finns inom deras respektive verksamheter. Då en 12-stegsbehandlare talar om hur det krävs en förändring för att kunna ta sig ur ett missbruk, utgår detta tal exempelvis tydligt från en behandlingsdiskurs:

Dom tror att de ska kunna sitta och hänga med kompisarna liksom på stan. Och dom ska festa, "men inte jag". Eller festa... Dricka... Supa. "Men inte jag". På fullaste allvar så tror dom det.

Och det funkar ju aldrig. Det slutar alltid med att de blir fulla själva, liksom. Det är också en grej det där med att man ska ta klivet bort ifrån gamla vänner, kanske, och som man tycker om... Alltså det blir ju mycket att skiljas ifrån, dels drogen och dels alkoholen. Och människorna. Även om det är en jättetorftig och egoistisk miljö så är det den miljön som jag kanske har haft i många år och de människor som ändå är min trygghet (...) Att det handlar mycket om att byta ut det gamla mot nytt och det är stora steg, stora förändringar.

(IP 3)

Intervjupersonen talar om att "ta klivet bort ifrån" missbruket. Det handlar enligt intervjuutsagan om "att byta ut det gamla mot nytt" och att göra "stora förändringar". I behandlingspersonalens sätt att tala framträder här en syn på missbruksbehandling som innehållande dels en stor förändring, dels en skillnad på nu och då. Att lämna det gamla och kliva in i det nya kan kopplas till 12-stegsrörelsens sätt att särskilja "missbrukardået" från "det nyktra nuet". Behovet av att ta steget bort ifrån livet med droger för att kunna leva ett nyktert liv tydliggör idén om nolltolerans. I citatet avspeglas även ett drogfritt förhållningssätt genom att intervjupersonen talar om att "skiljas ifrån, dels drogen och dels alkoholen". Behandlaren förhåller sig även skeptisk till att en missbrukare skulle kunna befinna sig i ett sammanhang där andra missbrukare är. Intervjupersonen konstaterar här att det alltid slutar "med att dom blir fulla själva". Här framträder alltså, i likhet med vad Frank (2011) påpekar, en syn på missbruksbehandling utifrån ett nolltolerans-perspektiv. En annan 12-stegsbehandlare talar om syftet med själva behandlingen på följande sätt:

Sen gör vi det vi kallar för "steg 1". Och steg 1 är ju där man erkänner att man har ett problem och att problemet kanske är att man dricker alkohol eller tar droger. Och att man då genom det får ett livsproblem.

(IP 4)

Erkännandet framställs här som viktigt och ses som ett första steg i behandlingen till ett drogfritt liv. Ord som "erkänna" och "förnekelse" återkommer i intervjun med IP 4. Det sättet som de citerade intervjupersonerna talar på knyter således an till det Järvinen (2003) kallar en *förnekelsediskurs*. I det senare intervjuцитatet uppges drogen vara det som gör att du "får ett livsproblem". Här avspeglas alltså en syn av att det är drogen som är problemet och inte människan som tar den. Även IP 3 omtalar drogen som det största problemet:

(...) att de är inga idioter eller de är fullt tänkande människor bara man plockar bort drogen.

(IP 3)

Intervjupersonen uttrycker att "bara man tar bort drogen" så är det "fullt tänkande människor". Drogfrihet i förståelsen total avhållsamhet från droger, liksom ett aktivt avståndstagande från livet som missbrukare, kan härigenom förstås som det centrala i 12-stegsbehandlingen. Behandlingsdiskursen framträder härigenom som en hegemonisk diskurs i synen på hur missbruk ska behandlas bland den personal som vi intervjuar inom 12-stegsrörelsen.

Hur ser det då ut bland miljöterapeutiskt förankrad behandlingspersonal? En miljöterapeutisk behandlare talar enligt följande:

Och det är inte bara missbruket i sig utan det är allt det andra också, som måste fungera, för att jag ska kunna ha en stabil drogfrihet.

(IP 5)

Även den miljöterapeutiska behandlaren talar här om "drogfrihet" som ett självklart mål med behandlingen. På så sätt framträder en gemensam syn på drogfrihet som centralt för såväl 12-stegsbehandling som miljöterapi. Ett sådant synsätt på missbruksbehandling, att målet med behandlingsinsatser är drogfrihet, kan återkopplas till vad som länge har varit dominerande inom behandlingsområdet och som därmed har haft en *hegemonisk-position* (Winther Jørgensen & Philips 2000). Detta placerar vi i den diskurs som benämns *behandlingsdiskursen*.

Det finns även andra konstruktioner som framträder som centrala i behandlingsdiskursen. En miljöterapeutisk behandlare talar exempelvis om viljan hos klienter:

Även konflikter, det måste man lösa. När det också kan det vara så illa ibland att någon blir utskrivnen. Beroende på vad det är, men vi ger folk en chans. Så länge man vill göra en förändring.

(IP 5)

Behandlaren talar om att "vi ger folk en chans" om det finns en vilja till att "göra en förändring". Förutsättningen för att erbjudas "en chans" inom de behandlingsformer som erbjuds inom behandlingsdiskursen beskrivs vara att missbrukaren alltså ska vara motiverad till förändring. En 12-stegsbehandlare talar på ett liknande sätt:

Vissa av dom människorna som kommer hit här har kanske suttit och försökt motivera i fem, sex år att komma på behandling... Ofta... Socialsekreteraren känner den här personen väldigt,

väldigt väl... Så vill dom gärna ha hit dom här för det... Det tar inte många veckor ibland från att dom har helt vänt, va. (...) Och så dom ska gärna vara färdigmotiverade när dom kommer in i behandling (...) Det ska vi helst slippa när dom kommer hit, utan då ska den här människan ha bestämt sig. Okej jag går in.

(IP 4)

Ovan återspeglas en syn på motivation som innebär att klienten bör vara “färdigmotiverad” innan behandlingsstart. Denna syn på klienter avspeglar de kategoriseringar som här görs av *idealklienten* (Rosenthal & Peccei 2006) inom behandlingsdiskursen. Behandlare inom 12-steg och miljöterapi talar om viljan och motivation, vilket kan ses som centrala kategoriseringar som görs inom behandlingsdiskursen.

Ett annat sätt att se på behandling framträder i den läkemedelsassisterade behandlingen. Här talas det snarare om att minska skadorna för missbrukaren, än att helt utesluta drogerna ur missbrukarens liv:

Jag menar vi har patienter... Ja, dom dricker lite för mycket ibland. Ja, dom kommer aldrig att vara helt drogfria. Om dom är det fjorton da'r så gläds vi med dom och tycker att det är fantastiskt. Men dom bor inte på gatan. Dom har en ordnad liksom situation för övrigt. Dom kommer någonstans. Vi har ju folk som har gått här dagligen i tre år... Folk som annars liksom bara försvunnit och folk har inte vetat om dom har varit döda eller inte...

(IP 1)

Denna intervjuperson talar utifrån ett så kallat *harm reduction*-perspektiv (Svensson 2012), vilket kan kopplas till det vi kallar *skademinimeringsdiskursen*. Att patienterna aldrig kommer att “vara helt drogfria” ses i denna kontext inte som ett problem, då behandlingen snarare avser att minska de konsekvenser som kan skapas av missbruk än att uppnå “total drogfrihet”. Behandlingen beskrivs i citatet ha medfört att patienterna inte längre bor på gatan. Intervjupersonen uppger också att istället för att försvinna eller riskera att dö av sitt missbruk kommer “dom (...) någonstans”. Här framträder i likhet med behandlingsdiskursen ett tal om förändring. Trots denna likhet ser genomförandet av förändringen olika ut inom de olika diskurserna. Till skillnad från behandlingsdiskursens syn på drogfrihet som centralt, omtalas drogfriheten här istället som något behandlingspersonalen “gläds” åt – om den inträffar.

En annan behandlare inom läkemedelsassisterad behandling talar på följande sätt om förändring genom de behandlingsinsatser som erbjuds:

Att vi får bort dom från gatan... Från kriminalitet, prostitution. Och sen att man därefter när

dom väl har kommit in i behandlingen och är stabila... Att vi då kan börja jobba med det...  
Med samtal om det är det som behövs liksom och med strukturer...

(IP 2)

Behandlaren talar också här utifrån en skademinimeringsdiskurs. Det bästa med den läkemedelsassisterade behandlingen beskrivs vara att "(...) vi får bort dom från gatan... Från kriminalitet, prostitution". Förändringsperspektivet inom skademinimeringsdiskursen konstrueras alltså utifrån att drastiska kategoriseringar lyfts fram som att rädda liv och avhjälpa folk från att bo på gatan, prostituera sig och vara kriminella. Härigenom kan insatserna som erbjuds inom skademinimeringsdiskursen legitimeras som humana och livsavgörande. Till skillnad från i behandlingsdiskursen krävs här alltså ingen motivation till att helt avstå från droger för att få hjälp. I likhet med i behandlingsdiskursen, framställs behandlingsinstrument som samtal och struktur däremot också som bärande inom skademinimeringsdiskursen.

Sammanfattningsvis framträder inom behandlingsdiskursen ett "traditionellt" sätt att tala om missbruk. Som vi tidigare beskrivit har drogfrihet och nolltolerans historiskt sett haft en *hegemonisk* position på behandlingsområdet i Sverige (Svensson 2005, Winter Jørgensen & Philips 2000). Behandlingspersonalen framhåller inom behandlingsdiskursen också drogfrihet och motivation som grundläggande i behandlingarna. Inom skademinimeringsdiskursen talas det istället om att minska de skador som missbruket kan leda till – och om att därigenom rädda liv. Genom skademinimeringsdiskursens framträdande inom svensk missbruksvård kan den traditionella behandlingsdiskursen nu förstås ha fått en konkurrerande diskurs, med ett annat sätt att tala om och förstå missbruk. Hur påverkar då detta behandlingssfären i stort och de självklara antaganden som görs och har gjorts inom den tidigare hegemoniskt rådande behandlingsdiskursen?

## **5.2 Ett flexibelt förhållningsätt**

Trots att det i vårt material går att urskilja två tydliga huvuddiskurser gällande synen på behandling av missbruk, framträder synen på vad missbruk "är" inte som lika tydlig. Beskrivningen av vad missbruk "är" uttrycks i intervjuutsagorna istället huvudsakligen som svårt att konkretisera och förklara. Vi redogör i detta avsnitt inte enbart för de skillnader som framträder mellan intervjupersonernas utsagor utan även för motsägelser inom deras egna utsagor. Behandlingspersonalen kan alltså ses ha svårigheter med att precisera begreppet

missbruk och det kan tydas i citaten nedan. Hur kan detta förstås och vilka konsekvenser kan urskiljas i behandlingspersonalens tal?

En miljöterapeutisk behandlare beskriver exempelvis missbruk som följande:

Sen missbruket har ju det här med gener, alltså det här med arvet och miljön. Det är två liksom huvuddelar i en analys av vad är missbrukare har sin del så.

(IP 5)

Behandlaren omtalar missbruk utifrån två huvuddelar, ”arv” och ”miljö”. Intervjupersonen uttrycker vidare att missbruk kan ses som en ”process” och som något som kan ”se väldigt olika ut”:

Alltså för det första finns det tusen områden att ha missbruk på. Men om vi nu pratar alkohol och narkotika som är vårt område, så tycker jag att det är en process. Alltså det kan hända... Man kan vara i början av ett missbruk, så det knappt är ett missbruk än, men man är där och nosar. Man är på väg in i någonting. Sen kan det vara 20 år senare och alla dessa, all den tid emellan. Så jag menar ett missbruk ser ju väldigt olika ut.

(IP 5)

Missbruk omtalas av den miljöterapeutiska behandlaren som något genetiskt, där arv och miljö ses som avgörande. Samtidigt menar intervjupersonen att missbruk kan se ”väldigt olika ut”. Det genetiska antagandet beskrivs alltså inte som en given förklaringen på vad missbruk ”är” utan det påstås även finnas andra förklaringar, eftersom det ser ”olika ut”. I talet om vad missbruk ”är” framträder här alltså ett multidisciplinärt (Ivancic & Jukic 2012) sätt att förhålla sig till begreppet genom att inte tillskriva det en enda mening.

Att missbruk inte är något som går att ”klumpa ihop” till en enda enhet är det flera av våra intervjupersoner som uttrycker. En behandlare på en läkemedelsmottagning beskriver:

(...) utan det är individuellt och det är individuellt för alla. Alla har nå’nting, varför man börjar med det och vad var det som hände... Varför kan man inte sluta med det.

(IP 1)

I citatet ovan beskriver behandlaren orsakerna till missbruk som individuella. På samma sätt som i citatet från IP 5 ovan, där missbruk beskrivs se ”väldigt olika ut”, avspeglas här en bild av vad missbruk är som beroende av många olika och individuellt varierande aspekter. Missbruk kan härigenom förstås som något som är öppet för olika tillskrivningar. IP 1 fortsätter sedan så här:

Ja, alla har ett personligt val när man startar. Det har man. Man har ett val när man startar. Men det är inte ett personligt val. Man brukar säga "ja men du kan sluta när du vill" och så. Men det är inte så enkelt för det är ett beroende.

(IP 1)

Här beskrivs den valmöjlighet som en missbrukare anses ha i sitt missbruk. En motsägelse framträder när behandlaren först talar om att "man har ett personligt val" och sedan uttrycker att "det är inte ett personligt val". Valet beskrivs vidare heller inte vara något som görs av ren vilja. Istället uppges beroendet minska missbrukarens valmöjlighet till att sluta. Missbruk kategoriseras här paradoxalt nog som något missbrukaren både kan och inte kan sluta med när den vill samt som något som den både har valt och inte har valt att starta med. Inte heller i detta sätt att tala framträder någon klar och sammanhängande beskrivning av vad missbruk "är". Istället öppnar det parallella användandet av *binära dikotomier* som "att ha ett val" och "inte ha ett val" upp för att allt-och-inget förefaller kunna innefattas i förståelsen av missbruk (Börjesson & Palmblad 2008). Då missbruk återkommande omtalas som något som är öppet för diverse tillskrivningar, kan frågan om vad missbruk är förstås som diskursivt öppet (Winther Jørgensen & Philips 2000). Ingen tydlig diskurs – och ingen hegemonisk position – framträder i materialet.

Samtidigt som utsagor som öppnar upp för olika tillskrivningar av missbruk framträder i materialet, återfinns också diverse uttalanden om vad missbruk faktiskt "är". Men dessa är inte entydiga. En behandlare inom 12-stepsprogrammet omtalar exempelvis först missbruk som "nått genetiskt":

(...) och sen får dom göra ett familjetråd där vi liksom ser "Är det nått genetiskt där?". Och det är det till 99 procent.

(IP 4)

Samma behandlare fortsätter sedan att beskriva missbruk med hjälp av andra förklaringsmodeller:

Alltså man tittar... Om man tar alkoholism, narkomani eller vad det är så... Så jobbar vi ju inom 12-stepsbehandlingen... Då anser man att det är en sjukdom. Så vi jobbar med en sjukdom. Och jag vill då påstå att det är en ren känslomässig sjukdom.

(IP 4)

I intervjupersonen sätt att tala framträder här, i likhet med de exempel som redogjorts för tidigare, olika bilder av vad missbruk är. Men här beskrivs alternativa sätt att se på missbruk:



först, i likhet med den miljöterapeutiska behandlaren, som ”något genetiskt”, sedan som ”en sjukdom” och sist som ”en rent känslomässig sjukdom”. Analytiskt intressant i detta citat är också att olika pronomen används i intervjupersonens sätt att tala om missbruk. I 12-stegsrörelsen uppges det generella pronomenet “man” och det kollektiva pronomenet “vi” arbeta med missbruk som ”en sjukdom”. Intervjujaget positionerar sig sedan själv som ett “jag” som vill påstå att missbruk är “en ren känslomässig sjukdom”. Beroende på vilket pronomen som används beskrivs missbruk här alltså ha olika innebörder. Intervjujaget förhåller sig således flexibel till synen på missbruk beroende på om det är kollektivet ”vi” eller subjektet ”jag” som talar. Vad missbruk “är” omtalas alltså inte heller här uteslutande som en enda sak. Istället positionerar sig behandlaren genom att använda skilda pronomen i sitt sätt att tala, beroende på vilket perspektiv på missbruk som omtalas. På så vis förefaller missbruk också i denna konstruktion att vara diskursivt öppet. Det kan vara både och, allt och inget.

En behandlare inom den läkemedelsassisterade behandlingen omtalar vidare missbruk så här:

Och vad är egentligen missbruk? Det är väl ett sätt att täcka över någonting som man inte klarar av att hantera. Någon psykisk smärta eller tomhet eller någonting vart den nu en kommer ifrån.

(IP 7)

En miljöterapeutisk behandlare talar i sin tur om missbruk på följande sätt:

(...) hos oss är det ju i regel ett symptom på ett psykiskt mående, ett sätt att hantera vardagen...

(IP 6)

Missbruk omtalas i båda exemplen som en form av “symptom på ett psykiskt mående” eller “psykisk smärta”. Här framträder således psykologiska förklaringar på missbruk. Att intervjupersonen i det senare citatet gör distinktionen att missbruk ”hos oss” ses som ett symptom på psykiskt mående, påvisar att det flexibla sättet att tala om vad missbruk är, som redan tidigare har påvisats, också framträder som återkommande i materialet. Samma intervjuperson fortsätter sedan:

Det där är högst individuellt tror jag vad man har för anledning till att missbruka...

(IP 6)

Behandlaren gör nu skillnad på vad missbruk "är" beroende på i vilket sammanhang det omtalas. Själv uppger sig intervjupersonen "tro" att det är "högst individuellt", medan det enligt verksamhetens tolkningsram beskrivs som "ett symptom på ett psykiskt mående". Behandlingspersonens "jag" och behandlingsinstitutionens "vi" behöver alltså inte förstå missbruk i samma termer.

Olika sätt att beskriva vad missbruk "är" utgör alltså ett återkommande mönster i vår i empiri, liksom varierande sätt att positionera sig till dessa perspektiv hos intervjupersonerna. Analytiskt kan det sätt att tala som framträder i empirin förstås som att frågan om vad missbruk "är" framstår som diskursivt öppet. Oavsett om en behandlare arbetar inom 12-stegsbehandling eller läkemedelsassisterad behandling finns det alltså inte ett enda givet sätt att förstå eller förklara vad missbruk "är". Flera olika perspektiv presenteras istället av intervjupersonerna och inte sällan framträder motsägelser i intervjupersonernas sätt att tala. Då behandlingspersonalen pendlar mellan olika diskurser – eller sätt att tala – om missbruk framträder här en tydlig *interdiskursivitet* (Winther Jørgensen & Philips 2000).

Att frågan om vad missbruk "är" framträder som interdiskursiv kan kontrasteras mot behandlingspersonalens sätt att tala om missbruksbehandling. Som vi tidigare har visat framträdde där två tydliga diskurser som avspeglar två olika sätt att se på behandling, nämligen *behandlingsdiskursen* och *skademinimeringsdiskursen*. Hur kan då detta förstås? Varför framträder en interdiskursivitet i behandlingspersonalens tal om missbruk, men inte i deras tal om behandlingsinsatser?

Då en diskurs innebär "ett bestämt sätt att tala" (Winther Jørgensen & Philips 2000) om ett fenomen, kan de diskurser som omfattar synen på missbruk – och vad som anses vara tillåtet att tala om inom dessa diskurser – här förstås som vidgade. Som påpekas i kapitlet om tidigare forskning finns idag flera olika förklaringsmodeller och synsätt på missbruk (Berghmans et al. 2009, Lee et al. 2011, Kihlström 2007). Skademinimeringsdiskursens inträde i den svenska missbruksvården påvisar också hur den tidigare hegemoniska behandlingsdiskursen idag utmanas av alternativa perspektiv på missbruksbehandling. Eftersom det bland professionella inom behandlingssfären finns en medvetenhet om att andra synsätt nu har tagit plats på missbruksområdet, kan den interdiskursivitet som framträder i materialet förstås som att behandlingspersonal behöver förhålla sig till de alternativa synsätt på missbruk som finns.

Risken finns annars att de skulle framstå som okunniga – och i förlängningen oprofessionella i sin syn på missbruk. Det öppna förhållningssätt som framträder i flera av intervjupersonernas sätt att tala om missbruk kan vidare förstås utifrån den studie som Lee et al. (2011) har gjort. Det öppna förhållningssättet hos utrednings- och behandlingspersonal uppges i studien leda till fler behandlingsmöjligheter för klienten. Det interdiskursiva sättet att tala kan också förstås som multidisciplinärt, vilket enligt Ivandic och Jukic (2012) kan generera en flexibilitet i sättet att se på missbruk. Således kan den interdiskursivitet som framträder i talet om missbruk förstås som ett sätt för de intervjuade behandlarna att göra ”rätt” professionalitet. På så sätt framstår inte behandlarna som ”trångsynta”, utan förhåller sig till den kunskap och de olika diskurser som råder inom missbruksområdet – oberoende av vilken behandlingsform de själva arbetar i.

### 5.3 Underdog-positionen

Angrepp på – och försvar av – den läkemedelassisterade behandlingen återkommer också som ett mönster i vår empiri. Genom att behandlingspersonal talar om andra behandlingsinsatser än de som de själva arbetar med framträder här en *diskursiv kamp* mellan behandlings- och skademinimeringsdiskursen (Winther Jørgensen & Philips 2000). Som ”ny” ideologi inom behandlingsområdet kan skademinimeringsdiskursen ses som en ”underdog” i sammanhanget. Behandlare inom läkemedelsassisterad behandling uttrycker under intervjuerna vid upprepade tillfällen också att de ofta får försvara sin behandling. 12-stegsbehandlare och miljöterapeutiska behandlare talar i sin tur om problematiska faktorer med den läkemedelsassisterade behandlingen. I citatet nedan beskriver en behandlare inom läkemedelsassisterad behandling sin upplevelse av denna ”kamp”:

Jag tycker många gånger att jag får försvara dom, mina patienter liksom. Att... Och jag får framförallt försvara alltså i mitt sociala liv. Ja, men vänner och bekanta och så att man får försvara en substitutionsbehandling. Att varför jag tycker det är bra...

(IP 2)

I likhet med IP 2 beskriver IP 1 att det råder moraliserande idéer om läkemedelsassisteradbehandling och patienter som får metadon eller subutex:

Det finns en så'n moral. Det finns så jävla mycket tyckande som inte liksom överhuvudtaget är grundade i någon vetenskap eller nånting, utan bara handlar om folks egen moral.

(IP 1)

I intervjupersonernas tal framställs behandlingen som ifrågasatt. Det kan förstås utifrån att läkemedelsassisterad behandling har gjort ett nytt inträde på behandlingsområdet och således inte arbetar enligt den sedan länge rådande behandlingsdiskursen. På så sätt framträder den läkemedelsassisterade behandlingen som en underdog som utmanar mer traditionella sätt att se på och behandla missbruk. Det kan också förklara varför behandlingspersonalen inom den läkemedelsassisterade behandlingen kontinuerligt får försvara sin behandling och dess insatser.

Behandlarna som positionerar sig inom behandlingsdiskursen talar i intervjumaterialet om klienter i läkemedelsassisterad behandling på ett sätt som bekräftar behandlingens underdog-position. Behandlingspersonalen lyfter här bland annat fram vad de anser vara problematiska faktorer inom den läkemedelsassisterade behandlingen, vilket bland annat benämns i termer av "läckage" och "bristfälliga regler". Ett annat argument som används för att framställa behandlingen som problematisk är att unga missbrukare uppges få tillgång till behandlingen utan att ha provat någon annan. En 12-stegsbehandlare säger följande:

Det nästan bara hämta sin medicin och så går man igen. Det är ju ingen människa som gör några större förändringar i livet med bara den medicinen. Det krävs enligt mig mycket, mycket mer än så.

(IP 3)

I citatet framställs läkemedelsassisterad behandling som otillräckligt och behandlingen uppges inte leda till "några större förändringar" för missbrukaren. Genom att intervjupersonen ställer sig frågande till den läkemedelsassisterade behandlingen gör IP 3 en gränsdragning mellan sig själv och den läkemedelsassisterade behandlingen. Denna positionering visar sig då behandlaren uttrycker sin kritik mot behandling och samtidigt framhåller att det "krävs enligt mig mycket, mycket mer än så". Därmed framställs skillnaden mellan vad intervjupersonen anser vara acceptabelt eller inte i en behandling. En annan intervjuperson, som är miljöterapeutiskt inriktad säger så här:

(...) man kan inte gå på en livslång underhållsmedicinering från det man är 20 eller 25. "Vart ska mitt liv ta vägen" Är jag dömd att leva med metadon resten av mitt liv?" Det är fruktansvärt. Så det kan jag säga att det är, det är någonting som man måste börja jobba på ett annat sätt.

(IP 5)

Även här beskrivs den läkemedelsassisterade behandlingen som otillräcklig. Behandlaren omtalar den som “en livslång” insats. Missbrukaren beskrivs härigenom som “dömd att leva med metadon resten av” sitt liv. I talet avspeglas även en åsikt om att “man måste börja jobba på ett annat sätt”. Genom att den miljöterapeutiska behandlaren uttrycker dessa åsikter om en annan behandling och att behandlare inom den läkemedelsassisterade behandlingen anser sig behöva försvara sin behandling, återspeglas alltså att en diskursiv kamp pågår mellan behandlingsdiskursen och skademinimeringsdiskursen (Winter Jørgensen & Philips 2000).

Vad står då på spel i den diskursiva kamp som utspelas? Delvis kan det illustreras i ett citat från en 12-stegsbehandlare:

(...) och hade det inte varit en sjukdom kunde man gett alkoholister antabus för då kan dom inte dricka. Men det... Det är ju ingen som blir nykter på det. Man bara väntar ut det på att börja dricka igen.

(IP 4)

Behandlaren gör här en jämförelse mellan läkemedelsassisterad behandling och den behandling som behandlaren själv företräder. Sjukdomsbegreppet lyfts fram och läkemedelsassisterad behandling jämförs med att ta antabus, vilket ingen “blir nykter” av enligt intervjupersonen. Genom att tala utifrån behandlingsdiskursens ramar använder intervjupersonen här sin egen ideologi för att ifrågasätta den läkemedelsassisterade behandlingens legitimitet.

De kategoriseringar som här skapas kan förstås som *binära dikotomier* utifrån en “*vi och dom*”-konstruktion (Börjesson & Palmblad 2008). Behandlingarna positionerar sig i sina uttalanden mot den läkemedelsassisterade behandlingen och på så sätt tydliggörs de skillnader som finns mellan de olika behandlingarna. Behandlingen omtalas som otillräcklig och att klienterna behöver mer hjälp. Här tydliggör intervjupersonerna de brister de anser att den läkemedelsassisterade behandlingen har. På så sätt konstrueras denna kategorisering som kan förstås utifrån ett “*vi och dom*”-perspektiv. Genom att intervjupersonerna tar avstånd från den läkemedelsassisterade behandlingen framträder även här de två huvuddiskurser som vi tidigare har redogjort för. En sådan “*vi och dom*”-konstruktion kan även förstås genom att behandlingsdiskursens position blir hotad på behandlingsområdet av skademinimeringsdiskursen. Då behandlingsdiskursens position blir hotad lyfter behandlare

inom behandlingsdiskursen fram de negativa aspekterna med den läkemedelsassisterade behandlingen för att hävda sin plats på behandlingsområdet (ibid.).

Den *diskursiva kampen* (Winther Jørgensen & Philips 2000) framkommer också i talet från en behandlare inom läkemedelsassisterad behandling. Då legitimeras behandlingen på följande sätt:

(...) det tycker jag nog är det bästa... Att man faktiskt man... Man räddar liv. Så är det. Och det är den behandling som liksom visar sig fungera bäst (...) Det här förändrar inte deras liv, absolut inte. Det förändrar deras missbruksliv, att de inte behöver ut och jaga, inte behöver ägna 24 timmar åt dygnet åt att vara kriminella och få tag på droger... Där de konstant riskerar en överdos.

(IP 1)

Den läkemedelsassisterade behandlingen uppges rädda liv och vara den behandling som fungerar bäst. I talet går det att tyda att intervjupersonen legitimerar behandlingen genom att framställa den som den mest lämpade för att behandla missbruk. Genom att konstatera behandlingens förmåga att rädda liv kritiseras, underförstått, andra behandlingar som inte kan påvisa en sådan effekt. På så sätt tillbakavisar IP 1 även de argument som framträder av behandlarna som positionerar sig inom behandlingsdiskursen och här kan en diskursiv kamp om behandlingarnas legitimitet avspeglas.

De diskurser som vi tidigare har benämnt som behandlingsdiskurs och skademinimeringsdiskurs går även här att tyda. "Vi och dom"-konstruktionen synliggörs utifrån att behandlingspersonalen tydligt uttrycker åsikter om varandras behandlingar. Framst görs detta av behandlare som positionerar sig inom behandlingsdiskursen men det går även att tyda en underliggande kritik från behandlare inom skademinimeringsdiskursen. Denna "vi och dom"-konstruktion kan förstås genom att gränserna mellan behandlingarna upprätthålls (Börjesson & Palmblad 2008). Som "ny" ideologi inom behandlingssfären, där behandling utgår ifrån att ge läkemedel, kan den läkemedelsassisterade behandlingen ses utgöra ett hot mot den rådande behandlingsdiskursens behandlingar. Kampen om legitimitet och tolkningsföreträde kan bland annat förstås genom att harm reduction-perspektivet och dess diskurser tagit sig in på behandlingsområdet. Den diskursiva kampen framkommer således för att legitimera sin behandling och problematisera annan. Hur påverkar denna diskursiva kamp,

på behandlingsområdet, den behandlingspraktik som finns i de olika behandlingsinstitutionerna?

## 5.4 Gränser mellan behandling

Trots att det går att urskilja en diskursiv kamp mellan båda huvuddiskurserna framträder paradoxalt nog också en vilja, hos behandlingspersonalen inom behandlingsdiskursen, att ta sig an klienter från den läkemedelsassisterade behandlingen. Som beskrivits tidigare utgår 12-stegsbehandling och miljöterapeutisk behandling från en behandlingsdiskurs, där drogfrihet eftersträvas som primärt mål för missbruksbehandling och där en vilja och motivation att sluta använda droger bör finnas bland klienterna. Trots detta går flera av de personer som vi har intervjuat utanför behandlingsdiskursens gränsdragningar i sitt tal om möjligheter att inkludera läkemedelsassisterade klienter i sin behandlingsform. Exempelvis talar en miljöterapeutisk behandlare enligt följande:

Men sen kan det ju vara de som är i underhållsbehandling, som har metadon till exempel, har ett behov av att bli ren från sitt sidomissbruk. Då tar vi även emot dom. Eller om det är någon som har gått på metadon eller subutex under en lång period – under många år – och vill trappa ut. Det är jättehårt. Det är svårt, det är tufft och man måste göra det långsamt.

(IP 5)

Då behandlaren beskriver att klienter under pågående läkemedelsassisterad behandling kan ingå i deras målgrupp framträder ett sätt att tala där en förhandling mellan behandlingsdiskursens nolltoleransprinciper och skademinimeringsdiskursens harm reductionprincip äger rum. I likhet med vad Lee et al. (2011) påpekar som möjligt, går det här att tyda hur ett integrerat perspektiv mellan harm reduction och nolltolerans är under omförhandling. Trots att målsättningen för personer med läkemedelsassisterad behandling inte går ut på att uppnå total drogfrihet, inkluderas alltså denna målgrupp i den miljöterapeutiska behandlingen. Detta blir naturligtvis paradoxalt eftersom det här sättet att tala skiljer sig ifrån den behandlingsdiskurs som i övrigt är rådande i talet om missbruksvård bland miljöterapeutiskt inriktad behandlingspersonal i vårt material. I talet om underhållsbehandling uttrycker även en 12-stegsbehandlare en önskan om att kunna erbjuda insatser för klienter inom läkemedelsassisterad behandling. Intervjupersonen beskriver under intervjun följande projekt, där en sådan ambition övervägs:

Vi har påbörjat en grupp uppe på beroendeenheten där vi har information om försäkringskassan, budgetrådgivning, sexologer och lite sådana här olika saker. Men jag

skulle vilja ha en lite mer behandlingsgrupp för de här människorna. (...) Sen finns det ju så klart människor som gör förändringar. Absolut, finns det de som får jobb och som skaffar bostad och som bryter det här gamla. Men då får man vara ganska så stark och ganska så driven, själv liksom, för att klara av det. Det är ju långt ifrån alla som är det i den situationen. Så det skulle jag vilja ha. Även om de inte känslomässigt lika närvarande, för medicinen blockerar ju, som våra här. Så skulle jag ändå vilja ha någonting mer för dom, så.

(IP 3)

12-stegsbehandlaren talar ovan om att en patient i läkemedelsassisterad behandling måste vara "ganska så stark" och "driven" för att göra en förändring i en sådan behandling. 12-stegsbehandlaren fortsätter att beskriva att klienterna bör få hjälp trots att de inte är "känslomässigt lika närvarande" som deras egna klienter. Klienter inom den läkemedelsassisterade behandlingen kategoriseras här alltså genom att sättas i relation till 12-stegsklienter – och utfallet blir att de framträder som mindre starka, mindre drivande och mindre känslomässigt närvarande. Trots att de härigenom konstrueras som mindre lämpade för 12-stegsbehandling än 12-stegsbehandlingens "vanliga" klienter, kategoriseras de ändå inte som "omöjliga" att ta till sig en behandling som bygger på motivation och nolltolerans. I jämförelse med Järvinen och Mik-Mayers (2003) slutsatser, där tydliga institutionella identiteter framträder i olika missbruksinstitutioners sätt att tala om och kategorisera sina klienter, framträder alltså mer motsägelsefulla och mindre enhetliga kategoriseringar i vårt material. Trots att patienter med läkemedelsassisterad behandling inte "passar in" i de institutionella identiteter som formas inom de respektive behandlingsinriktningarna, i detta fall behandling mot drogfrihet i enlighet med behandlingsdiskursen, kategoriseras inte underhållspatienterna automatiskt ut som "omöjliga klienter". Det uppges i utsagorna inte som någon omöjlighet att erbjuda stöd, trots att klienten går på metadon eller subutex. Detta kan analytiskt förstås utifrån begreppet interdiskursivitet, eftersom behandlingspersonalen tar ett steg utanför behandlingsdiskursen och in i skademinimeringsdiskursen. I intervjuutsagorna framträder det därmed ett alternativt sätt att tala om behandlingsinsatser som går utanför de båda enskilda diskurser som kan identifieras i vårt material, behandlingsdiskursen och skademinimeringsdiskursen. Istället för att kategorisera klienterna som "omotiverade" eller "omöjliga" omformuleras behandlingsinstitutionernas insatser.

Hur kan då detta förstås? Den läkemedelsassisterade behandlingens sätt att ta plats på behandlingsområdet har uppenbarligen påverkat de kategoriseringar och konstruktioner som görs kring behandlingsinstitutioner och klienter. Det framträder en *interdiskursivitet* i talet om



både klienter och om vad missbruk "är". Då behandlingspersonal talar om att vilja hjälpa klienter, trots deras medicinska behandling, integreras diskurserna. Behandlingspersonal inom 12-steg och miljöterapi kliver i sitt sätt att tala här utanför behandlingsdiskursen. Den läkemedelsassisterade behandlingen kan på så sätt sägas utmana synen inte bara på missbruk, utan även hur det ska behandlas. Vad kan det få för konsekvenser för missbruksvårdens utformning att en alternativ behandlingsform fått ett inträde i behandlingssfären? Den läkemedelsassisterade behandlingen med sin "alternativa" behandlingsform har fått ett inträde i ett område där drogfrihet i traditionell mening tidigare har dominerat. Detta kan förstås utifrån det Winther Jørgensen och Phillips (2000) beskriver, att behandlingsområdet "modifieras" utifrån att en "alternativ" behandling och dess syn på behandlingsinsatser har fått en plats på området. Den läkemedelsassisterade behandlingens inträde på behandlingsområdet har lett till att behandlingsdiskursen behöver förhålla sig till denna "nya" alternativa behandling. Mitt i kampen om legitimitet och tolkningsföreträde kan en förhandling alltså urskiljas i materialet. Behandlare inom behandlingsdiskursen söker sig utanför diskursen och en interdiskursivitet framträder genom att behandlingspersonalen nu börjar tala om att integrera behandlingsdiskursen och dess behandlingar med klienter från den läkemedelsassisterade behandlingen. På så sätt kan detta leda till att klienter som tidigare kategoriserats som "omöjliga" och "omotiverade" kan få hjälp i behandlingar inom behandlingsdiskursen.

## **6. Sammanfattning**

Vi har i analysen påvisat att personalen till stor del talar utifrån den diskurs som råder inom respektive behandling. I undersökningen framträder två sätt att tala om missbruksbehandling, vilket vi har valt att kalla behandlingsdiskurs och skademinimeringsdiskurs. Mellan dessa diskurser går det att tyda vad Winther Jørgensen och Philips (2000) kallar en diskursiv kamp, samtidigt som det framträder en interdiskursivitet mellan diskurserna. I sättet som behandlingspersonalen talar om de behandlingsinsatser som utförs och vilka perspektiv som återspeglas syns i den diskursiva kampen. Denna kamp framträder då behandlingspersonalen talar om behandlingsinsatser, dels genom att framhäva det positiva med sin behandling dels genom att problematisera annan behandling. Interdiskursiviteten framträder i sin tur i personalens sätt att tala om vad missbruk "är" och i talet om möjligheter att inkludera

underhållsbehandlingspatienter i behandlingsinsatser som utgår från ett nolltoleransperspektiv.

Så hur kan introduktionen av läkemedelsassisterad behandling då förstås ha påverkat behandlingsområdet? Den läkemedelsassisterade behandlingen framträder i en underdog-position, i sin egenskap av en ny behandlingsform på behandlingsområdet. Introduktionen av läkemedelsassisterad behandling kan således sägas ha påverkat behandlingssfären genom att en förhandling om behandlingsområdets utformning synliggörs i vårt material. I analysen återspeglas också ett sätt att tala om vad missbruk "är" som diskursivt öppet, vilket kan förstås som att behandlingspersonalen använder sig av ett flexibelt och multidisciplinärt perspektiv i sitt sätt att tala om vad missbruk "är". Bland behandlingspersonal som ansluter sig till behandlingsdiskursen framträder här en öppenhet mot att även ta sig an underhållspatienter i behandling. Detta sätt att tala kan ses som paradoxalt till de institutionella identiteter som i övrigt konstrueras inom behandlingsdiskursen. Detta utmanar även tidigare forskning som påvisar hur klienter som inte kan passas in i människobehandlande organisationers klientkategoriseringar tenderar att kategoriseras ut som omöjliga klienter (Järvinen & Mik-Meyer 2003).

## **6.1 Avslutande diskussion**

Utifrån de resultat som påvisas i denna uppsats anser vi att nya synsätt på missbruksbehandling uppenbarligen kan öppna upp diskussioner om de tidigare självklara behandlingsinsatserna. Den läkemedelsassisterade behandlingen kan idag förstås ha stabiliserat sin plats på behandlingsområdet. På så sätt utmanas de "självklara" behandlingsideal som tidigare har varit hegemonisk, nämligen behandlingar som utgår från total drogfrihet. Vi anser att missbruksutredningens förslag om att överföra ansvaret för missbruksvården från socialtjänsten till landstingen kan bekräfta den läkemedelsassisterade behandlingens position. Trots att lagförslaget inte antogs anser vi att denna utredning visar på att synen på missbruk och missbruksbehandling håller på att förändras. Detta kan bland annat kopplas till studien gjord av Lee et al. (2011) som anser att harm reduction-perspektivet och traditionella nolltolerans-perspektivet kan integreras. Vi anser att en sådan integrering av perspektiven kan påvisa den förändring som sker på behandlingsområdet. Genom en sådan

förändring omförhandlas behandlingarnas gränser och detta kan generera en öppenhet mellan behandlingar, vilket även kan påvisas i vår studie.

Inom socionomutbildningen återkommer det ständigt en diskussion om vikten av att ha ett helhetsperspektiv på olika problemområden. Samtidigt som vi anser att den läkemedelsassisterade behandlingens inträde ökar valmöjligheterna till annan behandling och ett annat synsätt på missbruk för både klienter och professionella, funderar vi på hur behandlingsområdet kommer att utvecklas. I vår empiri framträder den diskursiva kampen mellan de två huvuddiskurserna. En möjlig konsekvens av den diskursiva kamp som synliggörs i vår studie är att denna framöver borde öka tillgången till olika slags behandlingar. Enligt Lee et al. (2011) kan en sådan ökad tillgång även leda till en större kunskap om fler behandlingsmetoder och på så sätt nå och hjälpa fler klienter. Järvinen och Andersen (2009) problematiserar ett entydigt synsätt på missbruk och missbruksbehandling. Även Frank (2011) menar att ett dominerande synsätt i behandlingssfären kan bidra till minskad information och valmöjlighet till annan behandling. Vi tänker att om någon av huvuddiskurserna får en hegemonisk position till följd av den diskursiva kamp som framträder i vårt material kan detta i framtiden generera minskade valmöjligheter för behandling bland professionella och klienter.

I vår studie framträder inte lika tydliga kategoriseringar av klienterna som i Järvinen och Mik-Meyers (2003) studie. Utifrån detta väcks frågor som vi inte kunnat besvara i denna studie. Bland annat ger vår studie inga svar på vilka kategoriseringar som skapas istället för den *möjliga* eller *omöjliga* klienten. Vi tänker att missbruksvården har förändrats till viss del sedan studien av Järvinen och Mik-Meyer (2003) gjordes och att konsekvenserna av professionellas kategoriseringar kanske behöver studeras på nytt.

## 7. Referenslista

- Berghmans, R., de Jong, J., Tibben, A., & de Wert, G. (2009). On the biomedicalization of alcoholism. *Theoretical medicine and bioethics*, 30(4), 311-321.
- Berglund, K., Berggren, U., & Fahlke, C. (2003). Åsikter om missbruk och missbrukare hos personal vid behandlingshem med olika teoretiska utgångspunkter. *Nordisk psykologi*, 55(1), 58-7
- Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2. uppl. Malmö: Liber
- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. Routledge. London and New York.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2007). Introduktion. "Motsatsen till relativism, detta bör vi aldrig glömma, stavas absolutism." I Börjesson, M. & Palmblad, E. (red.) *Diskursanalys i praktiken*. Malmö: Liber, ss.7-28.
- Börjesson, M. & Palmblad, E. (2008). *Strultjejer, arbetssökande och samarbetsvilliga: kategoriseringar och samhällsmoral i socialt arbete*. 1. uppl. Malmö: Liber
- Frank, D. (2011). The trouble with morality: The effects of 12-step discourse on addicts' decision-making. *Journal of psychoactive drugs*, 43(3), 245-256.
- Hasenfeld, Y. (1983). *Human service organisations*. Upper saddle river, NJ: Prentice hall
- Ivandic, Z. J. & Jukic, V. (2012). Familial risk factors favoring drug addiction onset *Journal of psychoactive drugs*, 44 (2), 173-185
- Johnsson, E., Laanemets, L. & Svensson, K. (2009). Inledning. I Johnsson, E., Laanemets, L. & Svensson, K. (red.) *Narkotikamissbruk : debatt, behandling och begrepp*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur
- Järvinen, M., & Andersen, D. (2009). The making of the chronic addict. *Substance use & misuse*, 44(6), 865-885.

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). Inledning: At skabe en klient. I Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.) *At skabe en klient: institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Hans Reitze, ss. 30-57.

Järvinen, M. (2003) Alkoholfortællinger i et institutionelt landskab. I Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.) *At skabe en klient: institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Hans Reitze, ss. 9-27.

Jönson, H. (2010). *Sociala problem som perspektiv- en ansats för forskning & socialt arbete*. Malmö: Liber AB

Kleinig, J. (2008). The ethics of harm reduction. *Substance use & misuse*,43(1), 1-16.

Kihlström, J. (2007). *Böjelser & begär: en kritik av medicinens beroendebegrepp*. Diss. Örebro: Örebro universitet

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur

Lee, H. S., Engstrom, M., & Petersen, S. R. (2011). Harm reduction and 12 steps: complementary, oppositional, or something in-between?. *Substance use & misuse*, 46(9), 1151-1161.

Levin, C. (2008). Att undersöka det sociala – några ingångar. I Eliassin-Lappalainen, R. Jacobsson, K. Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.) *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur, ss.

Missbruksutredningen (2011) Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) Stockholm: Socialdepartementet

Petersson, F. (2013). *Kontroll av beroende: substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik*. Diss. Göteborg : Göteborgs universitet

SKL (2010) Bättre vård och stöd för individen - om ansvar och tvång i den svenska missbruks-och beroendevården. Hämtad 2014-01-12.

[http://kunskaftillpraktik.skl.se/nyhetsarkiv/nyheter\\_2010\\_kunskaftillpraktik/remissvar](http://kunskaftillpraktik.skl.se/nyhetsarkiv/nyheter_2010_kunskaftillpraktik/remissvar)

Socialstyrelsen (2013) *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. (SOSFS 2013:10)

Hämtad 2013-11-28 <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2009-27/>

Socialstyrelsen (2014) Miljöterapi. Hämtad 2014-01-13

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/miljoterapi>

Socialstyrelsen (2014) Tolvstegsbehandling enligt Minnesotamodellen. Hämtad 2014-01-13

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/tolvstegsbehandling>

Riley, D., Sawka, E., Conley, P., Hewitt, D., Mitic, W., Poulin, C., & Topp, J. (1999). Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper. *Substance use & misuse*, 34(1), 9-24.

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

Svensson, B. (2012). *Narkotikapolitik och narkotikadebatt*. Lund: Studentlitteratur.

Talja, S. (1999). Analyzing qualitative interview data: The discourse analytic method. *Library & information science research*, 21(4), 459-477.

Tops, D. (2009). Den svenska narkotikapolitikens födelse. I E. Johnsson, L. Laanemets & K. Svensson (red.), *Narkotikamissbruk: Debatt, behandling och begrepp*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur, ss.

Vetenskapsrådet - *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning* Hämtat 2013-10-29. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

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

Wreder, M. (2007). Ovanliga analyser av vanliga material. - Vad diskursteorin kan göra med enkäter. I Börjesson, M. & Palmblad, E. (red.) *Diskursanalys i praktiken*. Malmö: Liber, ss. 29-51.

# Bilaga A



Socialhögskolan  
2013-11-25

## Informerat samtycke

I samband med vår c-uppsats, vars syfte är att ta reda på hur verksamma ser på missbruk och missbruksbehandling, kommer vi att intervjua behandlare och verksamhetsansvariga inom olika behandlingsorganisationer.

Som intervjuperson i studien är din medverkan frivillig och du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke till deltagandet. Vi kommer med hjälp av en diktafon spela in intervjun och sedan transkriberas materialet ordagrant. Det insamlade intervjumaterialet kommer att hanteras på ett konfidentiellt sätt och förvaras på så sätt oåtkomligt för andra. Vid redovisningen av intervjun kommer du och din verksamhet att avidentifieras, i den mån det är möjligt. Vid ett tillbakadraget samtycke raderas den inspelade intervjun och det transkriberade materialet förstörs. Det som framkommit i intervjun kommer då inte att användas i vår uppsats. När uppsatsen är färdig har du möjlighet att ta del av den.

Handledare för uppsatsen är fil.dr. Ulrika Levander på Socialhögskolan vid Lunds universitet. Kursansvarig är fil.dr. Maria Bangura Arvidsson vid samma institution. Om du vill ha mer information om projektet eller undrar över någonting, kontakta gärna någon av oss eller vår handledare.

Ida Malm  
Socionomstudent

Jenny Andersson  
Socionomstudent

Ulrika Levander,  
Handledare  
Socialhögskolan, Lunds Universitet

Undertecknad samtycker härmed till att delta i studien. Jag är informerad om att allt deltagande är frivilligt och när som helst kan avbrytas på min egen begäran.

----- / -----

Ort Datum (år-mån-dag)

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande



## **Bilaga B**

### **Intervjuguide 1**

#### **Bakgrund**

Vad har för utbildning?

Har du jobbat inom missbruksvården innan?

Hur länge har du jobbat inom verksamheten?

#### **Verksamheten/Professionen**

Berätta lite om er verksamhet

Vilka arbetar här? Vem vänder ni er till?/Vilka är det som kommer hit?

Hur ser en vanlig arbetsdag ut för dig?

Hur arbetar du med de som kommer hit, vilka är dina arbetsuppgifter?

Vad tycker du är viktigast för en fungerande behandling?

Vad är det allra bästa med er behandling, enligt dig?

Vad är det sämsta med er behandling, enligt dig?

Finns det något du skulle vilja ändra på?

#### **Missbruk/Missbrukaren**

Hur tänker du kring missbruk, vad är det för något?

Upplever du att din egen bild av missbruk stämmer överens med den bild verksamheten har?

Har din syn på missbruk förändrats genom åren som du har arbetat som professionell?

Tycker du det finns några missförstånd vad gäller missbruk/missbrukare i samhället?

Finns det något mer du vill kommentera eller lägga till innan vi avslutar intervjun?

**Tack för din medverkan!**

# **Bilaga C**

## **Intervjuguide**

### **Bakgrund**

Berätta om dig själv och vad du arbetar med?

Hur kom det sig att du började arbeta med missbruk?

Hur ser en vanlig arbetsdag ut för dig?

Vilka är dina huvudsakliga arbetsuppgifter?

Vad är det absolut bästa med ditt jobb?

### **Verksamheten**

Berätta lite om er verksamhet?

Vem arbetar här? Vem vänder ni er till? Vilka är det som kommer hit?

Hur arbetar du med de som kommer hit?

Vad tycker du är viktigast för en fungerande behandling?

Vad är det allra bästa med er behandling enligt dig?

Vad är det sämsta med er behandling enligt dig?

Finns det något du skulle vilja ändra på?

### **Missbruk**

Vad är egentligen missbruk?

Hur stämmer din bild av missbruk överens med den bild verksamheten har?

Hur har din syn på missbruk förändrats genom åren som du har arbetat som behandlare?

Vilka slags missförstånd tycker du finns gällande missbruk/missbrukare i samhället?

Finns det något mer du vill kommentera eller lägga till innan vi avslutar intervjun?

**Tack för din medverkan!**