



LUNDS
UNIVERSITET

SOCIALHÖGSKOLAN

METADONMÖTEN & SUBUXONESESSIONER

INTERAKTION & BEMÖTANDE I MISSBRUKSBEHANDLING

BEATA LINDEBERG
MASTERUPPSATS (SOAM21)
HT 2017
HANDLEDARE: MATS HILTE

ABSTRACT

Author: Beata Lindeberg

Title: Methadone meetings & Buprenorphine pow-wows – interactions at a maintenance treatment clinic

Supervisor: Mats Hilde

Assessors: Kerstin Svensson & Katarina Jacobsson

The aim of this study was to depict and analyze the interactions that take place between patients and staff in a healthcare setting providing maintenance treatment for opioid addiction. More specifically, the aim was to make the ritualized elements of the interaction visible and understandable. The study was conducted at a maintenance treatment clinic located in the south of Sweden, through participant ethnography methods. During a period of roughly two months the author was present once or twice a week, mostly during weekday mornings, observing the daily life at the clinic. The data was then grouped into four analytic categories: *Medication or Misuse*, *Liberator or Dictator*, *Tough Love*, and *“Basically They’re Just Kids”*, and interpreted with help of Randall Collins’ theory of interaction ritual chains, with some complementary assistance of Nachman ben-Yehuda & Erich Goode’s theory of moral panics. The study shows that the disciplinary nature of maintenance treatment is ever present at the clinic. However, the author interprets the staff to have adopted something of a parental role vis-a-vis the patients, as a strategy to induce emotional energy and tie it to the moral foundations of the organization: the sober way of life. With this approach, it seems to the author that the members of the staff are able to form close connections with the patients, as a strategy for ensuring the welfare of the patients as well as to make the disciplinary aspect of their daily work something less than a mere display of power.

Key words: maintenance treatment, interaction ritual chains, ethnography

ETT KORT FÖRORD

Först och främst vill jag rikta mitt allra varmaste tack till mottagningen där jag fick vara under några händelserika veckor hösten 2017. Utan ert engagemang, er öppenhet och ert mod hade jag inte kunnat genomföra denna studie som jag så länge velat göra. Jag är er evigt tacksam!

Tack till Mats Hilde för ovärderlig handledning.

Tack till min familj, mina vänner och min pojkvän för er kärlek, ert stöd och för att ni alltid stått på min sida, alltid backat mig och alltid sagt att jag är bra, även då jag varit övertygad om motsatsen.

Och sist, men inte minst, tack till Andreas.

Jönköping, januari 2018

Beata Lindeberg

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<u>INTRODUKTION</u>	5
INLEDNING	5
<u>PROBLEMLÄGGRUND</u>	6
VAD ÄR LÄRO?	6
VÄRDVAL LÄRO	8
MOTTAGNINGEN	9
<u>PROBLEMFÖRMULERING</u>	12
<u>SYFTE</u>	13
<u>FRÅGESTÄLLNINGAR</u>	13
<u>REDOGÖRELSE FÖR KUNSKAPSLÄGET</u>	15
OM FORSKNINGEN.....	15
EN DEL AV DEN SAMHÄLLELIGA SYNEN PÅ MISSBRUKET	17
EN DEL AV DEN SAMHÄLLELIGA SYNEN PÅ SUBSTITUTIONSBEHANDLING	17
ATT BLI LÄRO-PATIENT	19
MEDICIN ELLER MISSBRUK?	19
NEGATIVA UPPLEVELSER AV VÅRD OCH SOCIALA INSATSER	20
DET GODA BEMÖTANDET	20
PERSONALENS ROLL	22
<u>METODAVSNITT</u>	23
METODDISKUSSION	23
GENOMFÖRANDET AV STUDIEN	24
DEN STÄNDIGA ETISKA AKTIVITETEN.....	24
URVAL & TILLTRÄDE.....	25
GENOMFÖRANDET AV OBSERVATIONERNA.....	26
DET KONKRETA FÄLTARBETET	28
MIN ROLL SOM OBSERVATÖR	28
FÄLTANTECKNINGAR & OBSERVATIONSANTECKNINGAR.....	29
<u>TEORIAVSNITT</u>	31
VALET AV TEORIER	31
RELEVANS FÖR DENNA UPPSATS	31
RANDALL COLLINS INTERAKTIONSRITUALER	34
MORALPANIK: EN KORT INTRODUKTION.....	37
<u>RESULTAT & ANALYS</u>	40
MISSBRUKET & MEDICINEN	42
BEFRIARE/FÖRTRYCKARE – KOMPIS/KONTROLLANT.....	47
KRAMAR & KONFRONTATIONER.....	53
”DU SKA TÄNKA PÅ DOM SOM BARN...”	59
<u>AVSLUTANDE DISKUSSION</u>	65
<u>REFERENSER:</u>	67
<u>BILAGOR</u>	72

INTRODUKTION

Innan jag går in på själva uppsatsen, vill jag ge en kort bakgrund till varför min studie kommit att handla om Laro-verksamheter. Detta gör jag genom att kort redogöra för den svenska narkotikapolitiken och hur den påverkat framväxten av Laro, under rubriken Inledning. Jag går därefter vidare till en Problembeskrivning, där jag beskriver vad Laro är, själva innehållet i behandlingen och de aspekter av behandlingen som skapat kontroverser. Därefter beskriver jag hur den undersökta mottagningens vardagliga liv ser ut. Här infogas också ett avsnitt om den organisatoriska kontextens betydelse – vad gör den interaktion som sker mellan en representant respektive en hjälpsökande individ inom ramarna för en människobehandlande organisation speciell? Samtliga avsnitt är viktiga för att förstå den kontext i vilken min studie befinner sig i, även om detta avsnitt kan tyckas befinna sig något utanför forskningsfrågan.

INLEDNING

För att förstå Sveriges syn på narkotika krävs det att vi går tillbaka till slutet av 1800-talet, och dåtidens syn på alkohol: som ett hot mot den ansvarstagande människan.¹ Alkoholpolitikens ambition blev därför att skapa förutsättningar för ett samhälle med begränsad tillgång och efterfrågan på alkohol.² Vid denna tidpunkt fanns narkotika i Sverige främst i form av opiater och amfetamin, och dessa uppmärksammades inte som rusmedel förrän en bit in på 1950-talet. Då denna potentiella missbruks- och beroendefaktor kom till allmän kännedom drogs paralleller till alkoholen.³ I utformande av en svensk narkotikapolitik blev därför alkoholens skadeverkningar en jämförelsepunkt: alkoholen orsakar så pass mycket skador att samma slapphänta hantering av narkotika kommer sluta i kaos. Så skapades visionen om det narkotikafria samhället, där all icke-medicinsk befattningsmedel med narkotika är förbjuden.⁴

Dagens narkotikapolitik inrymmer en något större acceptans än tidigare. Skademinimering, eller harm reduction, är ett paraplybegrepp som innefattar en rad olika insatser som inte primärt syftar till drogfrihet. Harm reduction-åtgärder går ut på att ge individer i missbruk och beroende möjligheter att utöva ett missbruk med så lite skada för såväl de själva som för samhället i stort.⁵ Många av de åtgärder som brukar lyftas som exempel på skademinimering är idag genomförda

¹ Goldberg, 2010, s 132

² a.a, s 30

³ a.a, s 136-137

⁴ Leissner, 2012, s 28

⁵ Richert, 2014, s 26 f.

på många platser i Sverige. Detta visar sig exempelvis i den ökade tillgängligheten till sprutbytesprogram som från och med mars 2017 möjliggör fler sprutbyteskliniker.⁶ Insatser med en inriktning mot ett aktivt missbruk, såsom olika typer av överdosprevention, är ännu ej genomförda men diskuteras och debatteras, vilket syns i betänkanden kring huruvida opiatantagonisten naloxon ska kunna skrivas ut till personer i riskzonen för överdoseringar.⁷ Utvecklingen av och tillgången på Laro-mottagningar kan även sägas vara exempel på en skademinimerande åtgärd som blir allt mer accepterad, dock fortfarande omdebatterad och kritiserad.

PROBLEMBAKGRUND

VAD ÄR LARO?

Förkortningen Laro står för läkemedelsassisterad rehabilitering av opiat-/opioidberoende, och är idag den vanligaste behandlingsmetoden vid denna beroendeproblematik.⁸

Läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende är behandling med metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika och som godkänts för behandling av opiatberoende. Läkemedlet ska ordineras tillsammans med psykosocial behandling.*⁹

Europas första substitutionsbehandlingsprogram startades 1966 på Ulleråkers sjukhus i Uppsala.¹⁰ Metadonprogram startades därefter i Stockholm i slutet av 1980-talet, och under början av 1990-talet startades verksamheter i Lund och i Malmö. År 2004 startades verksamheten upp i Göteborg,¹¹ och idag finns substitutionsbehandlingar i alla Sveriges landsting.¹² Det finns ingen nationellt enhetlig definition av vad som organisatoriskt sett är en Laro-verksamhet. Organiseringen och resursfördelningen skiljer sig åt mellan landstingen.¹³

Benämningen *opiat* avser mer naturliga ämnen såsom heroin, morfin och kodein. Benämningen *opioider* avser semisyntetiska samt syntetiska substanser som metadon, tramadol och oxikodon. Det finns dock ingen skillnad mellan deras respektive förmåga att aktivera hjärnans opioidreceptorer och skapa beroende.¹⁴

Behandlingen syftar till att minska såväl själva beroendet som dess konsekvenser,¹⁵ och får endast ordinerats efter ett beslut av en läkare med specialistkompetens i psykiatri. Inskrivningskriterierna för att beviljas Laro är minst ett års opiatmissbruk, samt en ålder på minst 20 år (om

⁶ Ds 2015:56

⁷ Socialstyrelsen, 2017

⁸ Socialdepartementet, 2016, s 4

⁹ Socialstyrelsen, 2015b, s 7

*Utformningen av den psykosociala behandlingen specificeras dock inte i föreskrifterna

¹⁰ Socialstyrelsen, 2015a, s 7

¹¹ Socialstyrelsen, 2015b, s 9

¹² a.a, s 11

¹³ a.a, s 7

¹⁴ a.a, s 16-17

¹⁵ Socialstyrelsen, 2015a, s 19

inte synnerliga skäl talar för att undantag kan göras).¹⁶ Medianåldern på patienter inskrivna på Laro-program låg 2013 på 42 år.¹⁷ Socialstyrelsen uppskattade 2012 att drygt 5200 personer var inskrivna på Laro-program runtom i Sverige.¹⁸ 2015 var fördelningen mellan kvinnliga respektive manliga patienter 28 respektive 72 procent.¹⁹

PREPARATEN

Det används tre olika preparat i Laro-behandlingar idag. Metadon, Buprenorfin, samt kombinationen buprenorfin/naloxon.²⁰ Metadon reducerar suget efter heroin, och buprenorfin hämmar ruset som uppkommer vid heroinanvändning.²¹ Naloxon är en opiatantagonist, vilket innebär att effekten uteblir vid intravenöst missbruk av buprenorfin/naloxon-kombinationen.²² Metadon är vanligast bland äldre patienter och buprenorfin vanligast hos yngre.²³

ANDRA BEHANDLINGSALTERNATIV

Under 1980- och 1990-talen diskuterades missbruksbehandling ofta i termer av att åka ut på landet, byta miljö eller gå i terapi.²⁴ Laro som organisation är en kombination av sociala och medicinska insatser. Denna kombination var, och är, ovanlig i en svensk kontext där den dominerande behandlingsfilosofin traditionellt varit strikt nykterhet.²⁵ Den vanligaste behandlingsformen för missbruk och beroende är Minnesotamodellen, mer känd som tolvstegsmetoden. I korthet går filosofin ut på att personen med missbruk och beroende bör genomgå och införliva tolv steg för att kunna tillfriskna ur ett beroende, vilket ses som en livslång, kronisk sjukdom.²⁶ Det finns vissa ritualistiska inslag i AA/NA:s²⁷ filosofi. Mötena är exempelvis uppbyggda på samma sätt, vid varje möte, i alla länder där rörelsen finns. Vikten av att fortsätta komma på möten²⁸ fyller en funktion av att på nytt ladda mötesdeltagaren med emotionell energi,²⁹ kopplad till nykterheten och den särskilda ställning den håller i Minnesota-modellens filosofi.

¹⁶ Socialstyrelsen, 2015b, s 13

¹⁷ a.a, s 7

¹⁸ a.a, s 11

¹⁹ Socialstyrelsen, 2015a, s 14

²⁰ Socialstyrelsen, 2015b, s 12

²¹ Ekendahl, 2009, s 247

²² Socialstyrelsen, 2015b, s 13

²³ Socialstyrelsen, 2015a, s 7

²⁴ Lalander, 2016, s 167

²⁵ Johnson & Richert, 2015, s 8

²⁶ Anonyma Narkomaner NA Sverige, 2017

²⁷ AA står för Anonyma Alkoholister. NA står för Anonyma Narkomaner.

²⁸ Anonyma Narkomaner NA Sverige, 2017

²⁹ Boyns & Luery, 2015, s 150-151

KRITIK RIKTAD MOT LARO

Den huvudsakliga kritiken av Laro har alltsedan starten 1966 bestått i att behandlingen endast ersätter ett drogberoende med ett annat.³⁰ En närliggande kritik till detta är diskussionen kring hur välgörande det är att medikalisera det sociala arbetet, och i synnerhet då missbruksvården.³¹ Philip Lalander menar att missbruksvård, då den lägger betoning på det medicinska förenklar människor till biologiska system.³² Greta Marie Skau menar att det är etiskt problematiskt att reducera en mänsklig individ till en strikt biologisk entitet.³³

En annan omdebatterad aspekt av behandlingen har varit risken för att medicinen läcker ut från mottagningarna och säljs på den illegala marknaden.³⁴ Socialstyrelsen uppskattade dock 2015 att substitutionsprogrammets medicinläckage utanför mottagningarna var begränsat. Det missbruk av preparaten som finns härrör enligt rapporten ur illegal införsel från utlandet.³⁵ Björn Johnson och Torkel Richert menar dock att substitutionsmedicin på den illegala drogmarknaden kan fungera som en överlevnadsstrategi för personer med ett pågående missbruk av heroin. Medicinen kan hjälpa till att reglera heroinanvändandet, underlätta vid abstinens och utgöra ett skydd mot sjukdomar som ofta överförs via intravenöst missbruk, såsom hepatit C.³⁶

VÅRDVAL LARO

I april 2014 införde Region Skåne det fria vårdvalet för personer som ansöker om Laro. Varje medborgare har enligt detta valfrihetssystem rätt att välja vilken vårdgivare som ska utföra den vård hen behöver.³⁷ Motiveringen för Vårdval Laro kan summeras i tre huvudsakliga punkter: förbättrad tillgänglighet till behandlingen, ökat patientinflytande samt möjligheten att starta upp specialiserade Laro-mottagningar för patientgrupper med specifika behov.³⁸ Uppdraget för en Laro-mottagning ackrediterad av Region Skåne är ett helhetsåtagande, där ansvaret för psykologisk och farmakologisk behandling, koordinering och planering vilar på mottagningen.³⁹ Patienter inom Vårdval Laro kan byta mottagning högst var sjätte månad. Denna reglering, något motsägelsefull i relation till den framhävda valfriheten, motiveras med att patienter inte ska kunna genomföra ogenomtänkta byten i affekt, samt att en verksam behandlingsallians ska kunna byggas upp mellan behandlare och patient.⁴⁰

³⁰ Se diskussion i exempelvis Johnsson, 2010, s 49ff.

³¹ Se exempelvis Edman & Blomquist, 2011, s 130

³² Lalander, 2016, s 169

³³ Skau, 2007, s 46

³⁴ Se exempelvis Johnson & Richert, 2015, s 1, Ekendahl, 2009, s 256

³⁵ Socialstyrelsen, 2015b, s 8

³⁶ Johnson & Richert, 2015, s 1

³⁷ Region Skåne, 2016, s 6

³⁸ Andersson & Johnsson, 2017, s 15

³⁹ Region Skåne, 2016, s 21

⁴⁰ Andersson & Johnsson, 2017, s 17

Mottagningen jag gjort mina observationer på ligger i södra Skåne, har en privat huvudman, och omfattas av Vårdvalet. Det är en relativt liten mottagning, med cirka tio heltidsanställda ur olika professioner som arbetar på olika sätt med patientgruppen. Nedan följer en beskrivning av hur mottagningens vardagliga verksamhet bedrivs.

MOTTAGNINGEN

Hur ofta en patient kommer till mottagningen beror på var de är i sin behandling. Det sträcker sig mellan de som kommer en gång i månaden och får doser för en månad utskrivna, och de som kommer varje dag. Det avgörs vid läkarbesöken. Läkaren finns på plats en gång i veckan, och har då på förhand inbokade samtal med patienter.

Mottagningens kurator fungerar som en länk mellan mottagningen och andra sociala insatser som kan behöva samordnas, genom att exempelvis ordna SIP-möten,⁴¹ ordna studiebesök på behandlingshem och skriva eventuella orosanmälningar till Socialtjänsten.

Det finns en psykolog knuten till mottagningen, som är på plats två dagar i veckan och då har på förhand inbokade samtal med patienter, cirka 15-20 minuter långa. Mottagningen kan remittera vidare patienter med behov av annat eller utökat samtalsstöd.

För att komma in på mottagningen behöver en besökare passera två låsta dörrar. Den första dörren, själva porten in till huset, öppnas (efter påringning) från mottagningen med en knapp i receptionen, och den andra är den fysiska dörren in till mottagningen som öppnas av den personal som för tillfället befinner sig närmast dörren. Det kan vara någon av samtliga personal, då det är en relativt rörlig personalgrupp där yrkesrollerna överlappar varandra något. Varje patient som kommer får ett nummer, som den som sitter i receptionen har koll på. Dels för att veta vilka som kommit och gått, dels för att undvika bråk kring vem som står näst på tur.

Då patienten kommer in, får hen veta om hen ska lämna ett urinprov. Det sker oregelbundet, ibland slumpmässigt. De manliga patienternas urinprov sköter den manliga personalstyrkan, och de kvinnliga patienternas sköts av den kvinnliga personalen. Toaletten ligger i väntrummet, mitt emot receptionen. De övervakade urinproven sköts lite olika. Ibland följer personal med in på toaletten, ibland står de utanför med dörren på glänt. Vissa patienter ombeds ta av sig samtliga kläder, andra kan lämna med ytterkläderna på. Undersköterskorna som sköter urinproven journalför sedan resultaten av proven, om de var negativa eller positiva och i så fall på vad, samt vilken åtgärd detta resulterar i. Det finns en pärm där varje patients förskrivna medicin

⁴¹ Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare om insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samordnas (<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>)

finns listad, som fungerar som jämförelsepunkt. Om patienten exempelvis är inställd på någon typ av bensodiazepiner är det förväntat att det ska bli ett visst utslag av det på urinprovet.

I väntrummet sitter patienterna och väntar på sin tur. Varje patient har en ansvarig sjuksköterska, som efter varje avslutat patientbesök kommer ut i väntrummet, hälsar och frågar receptjonen vem som står näst på tur. Sjuksköterskan går därefter in i medicinrummet, hämtar nästa patients medicindos som de delar⁴² på eftermiddagen dagen före, och kallar in patienten.

Beroende på vilken typ av medicin patienten har tar det olika lång tid inne hos sköterskan. Exempelvis tar det bara någon minut att försäkra sig om att patientgruppen som har flytande metadon tagit medicinen, medan vissa typer av buprenorfin ska intas under tungan för att där smälta, vilket kan ta upp till 20 minuter. Under tiden som medicinen intas avhandlas både allvarliga och mindre allvarliga samtalsämnen. I journalen förs det in vilken mängd medicin sjuksköterskan delat och huruvida patienten bedöms vara påverkad eller opåverkad av andra preparat. I den anteckningen ska sköterskan också skriva om något avvikande psykiatriskt förekommer, samt om suicidrisk föreligger. I en annan journalanteckning skriver sköterskan sedan en konceptanteckning av samtalet de för medan medicinen intas.

DEN INSTITUTIONELLA KONTEXTENS BETYDELSE FÖR INTERAKTION

Människobehandlande organisationer har alla människor som arbetsmaterial, där grunden till all verksamhet är förändring av de individer som behöver dess tjänster. Här inryms välfärds-samhällets olika organisationer: allt ifrån skolor till Laro-mottagningar. Det ”människliga arbetsmaterialet” kategoriseras i olika definitioner utifrån det behov av hjälp eller stöd som organisationen bedömer att hen är i behov av. I många fall görs denna kategorisering med rådande samhällsnormer som jämförelsepunkt.⁴³

Som ett sätt att hantera arbetslivets villkor och begränsningar utvecklar anställda av människobehandlande organisationer rutiner och vanor i arbetet. En professionell distans utvecklas, för att undvika känslomässig involvering i svåra situationer. Detta sätt på vilket det sociala arbetet formaliseras och professionaliseras skapar en motsättning mellan de vardagliga sätt som exempelvis en patientgrupp definierar och uppfattar sina behov, och mellan de sätt de professionella förstår och definierar patientgruppen, deras situation och deras behov. Vardagliga uppfattningar och definitioner utgör således inte självklara utgångspunkter, utan konkurrerar med

⁴² Att dela medicin innebär att fördela medicindoserna utifrån vilka läkemedel patienten är inställd på, vilket görs eftermiddagen innan patienten kommer nästa dag, för att besöken ska löpa så smidigt som möjligt.

⁴³ Hasenfeld, 1983, s 4ff.

organisatoriska förutsättningar och professionella gränsdragningar. Detta gör att en klyfta uppstår mellan patienternas och de professionellas sätt att se på världen.⁴⁴

Mötet mellan det sociala arbetets representanter och de personer som söker hjälp och assistans är därför ett möte mellan olika verklighetsdefinitioner, där en rad olika röster kan göra sig hörda genom en och samma person. Det kan röra sig om sjukvårdens, socialtjänstens, medicinens eller rättsväsendets röst. För att den professionella och den hjälpsökande ska kunna skapa sig en gemensam arbetsgrund måste ett fungerande samtal kunna föras mellan de båda, trots de fundamentala olikheter som den professionella relationen medför.⁴⁵

Maktaspekten i socialt arbete är en ofrånkomlig del av det dagliga arbetet.⁴⁶ Den behöver inte aktivt utövas för att existera, utan består ibland endast av det tolkningsföreträde den professionella besitter.⁴⁷ Detta tolkningsföreträde innebär bland annat att besitta kunskap och förklaringsmodeller till varför individer agerar som de gör. Genom denna språkliga konstruktion av verkligheten skaffar sig socialarbetare samtidigt makt över verkligheten.⁴⁸ Som klient/patient tvingas du att ta emot experternas färdiga lösningar på deras problem, något som kan upplevas både befriande och förtryckande.⁴⁹

De flesta möten som äger rum inom ramen för de människobehandlande organisationerna kräver att organisationens företrädare ska samla in vissa uppgifter för att något slags beslut ska kunna fattas. Den professionella måste därför vara den som styr samtalet, och den som söker assistans måste acceptera att vara den som besvarar frågorna, för att få ut det hen vill ha av interaktionen.⁵⁰ Frågeaktiviteten måste ses som legitim för båda. Även om interaktionen rör vardagliga saker såsom frågor kring arbete och familj eller råd kring biverkningar av mediciner, så är interaktionen i detta institutionella sammanhang på förhand givet ett särskilt mönster, där syftet med all interaktion är de övergripande mål som organisationen stipulerat. Interaktionen har mer än en tillfällig karaktär: den är en del av en ständigt pågående aktivitet. Det som sker i den enskilda interaktionen, vid varje hållpunkt, har stor vikt för det fortsatta arbetet.⁵¹

Det intressanta med den organisatoriska kontextens påverkan på interaktionerna är arbetet med att blottlägga den egna förståelsen för hur ett möte inom hälso- och sjukvård ser ut. Då dessa blottlägges kan den jämföras med de exempel som återfinns i analysdelen av denna uppsats. Denna jämförelse är en viktig nyckel i arbetet att förstå interaktionen på mottagningen.

⁴⁴ Hydén, 2001, s 54

⁴⁵ Hydén, 2001, s 57

⁴⁶ Skau, 2007, s 35

⁴⁷ a.a, s 36

⁴⁸ a.a, s 51

⁴⁹ a.a, s 79

⁵⁰ Hydén, 2001, s 58

⁵¹ a.a, s 59

PROBLEMFÖRMULERING

Kombinationen av ett skadebegränsande synsätt, medicinsk kompetens och sociala insatser gör således en Laro-mottagning till en plats där många discipliner och synsätt strålar samman. Resultatet blir en personalstyrka med bred kompetens och mångfacetterade perspektiv på socialt arbete med målgruppen som är inskrivna på mottagningen. Det är en intressant kontaktyta, ett relativt nytt fenomen, och unikt i sin kombination av medicinska och sociala insatser.

Det råder som nämnt ovan stora skillnader mellan hur Laro-verksamheter bedrivs och organiseras i de landsting där de finns. Det råder inte heller en samsyn för hur den farmakologiska behandlingen eller den psykosociala behandlingen ska bedrivas.⁵² En sak alla Laro-mottagningar har gemensamt är dock den interaktion som utspelar sig mellan personal och patienter. Det går att läsa sig till de medicinska funktionerna av en Laro-mottagning, likaså kan beskrivningar av det psykosociala arbetet studeras. Detta besvarar dock inte frågan kring hur interaktionen ser ut mellan personal och patient i praktiken.

Relationen mellan två personer, där den ena tillhör en människobehandlande organisation och den andra är en servicemottagare som får någon slags tjänst från denna organisation, är utformad på ett sätt som gör att vissa typer av bemötandeproblem kan komma att ske med en viss regelbundenhet.⁵³ Interaktionen har en utpräglad asymmetri, där den ena besitter makten att hjälpa (eller att underlåta att hjälpa) den andra. Därför blir mötet mellan de båda inte bara ett möte, och därför kan problem och konflikter av en särskild art uppstå i denna interaktion som inte uppkommer i andra former av relationer.⁵⁴

Interaktionen på Laro-mottagningar är att uppmuntra en solidaritet kring de moraliska normerna varpå mottagningen vilar. I denna uppsats argumenteras det för att mottagningens huvudsakliga syfte är att leda in patienterna på en drogfri väg. Det går inte att komma ifrån det faktum att Laro är en disciplinerande typ av verksamhet som använder makt, kontroll och lydnad för att uppnå verksamhetens mål och syfte. Detta kan göras med olika grader av värme och vänlighet, och jag vill påstå att den i denna uppsats studerade mottagningen befinner sig i den varmare änden av detta spektra. Men disciplinen är fortfarande disciplin, även om den utförs med glimten i ögat. För att analysera de delar av min empiri som tangerar makt-aspekten av mottagningens behandling har jag använt mig av teoribildningen kring moralpanik.⁵⁵ En moralpanik är i korthet en social form av oro med en tydligt definierad fiende, som delas av många,

⁵² Socialstyrelsen, 2015, s 7

⁵³ Hydén, 2001, s 51

⁵⁴ a.a, s 52

⁵⁵ Goode & Ben-Yehuda, 1994

inte står i proportion med det verkliga hotet och fluktuerar i intensitet över tid.⁵⁶ Moralpanik uppstår då en grupp i samhället anses vara så pass problematisk att deras beteende och, i vissa fall, deras existens utgör ett så pass stort hot mot själva samhällskroppen att det krävs extraordinära åtgärder för att disciplinera, kontrollera och normalisera gruppen.⁵⁷

Den speciella typen av interaktion, i denna speciella organisatoriska kontext, kan begripliggöras på ett nytt och fruktbart sätt med en interaktionistisk teoretisk ansats med stort fokus på emotionernas roll i socialt samspel. Randall Collins emotionssociologiska teoribildning kring interaktionsritualer⁵⁸ passar således väl in i denna uppsats. I korthet utförs en interaktionsritual av en grupp i fysisk samvaro, med tydligt definierade gränser gentemot utomstående. Tillsammans gör gruppen något eller delar en upplevelse, som sätter igång en gemensam känsla – en kollektiv upprymdhet.⁵⁹ Den kollektiva upprymdheten har effekter, både omedelbara och senare, på såväl individ som grupp. I denna uppsats kommer jag argumentera för att en av de mest centrala effekterna av en interaktionsritual på mottagningen är den emotionella energin. Denna känslomässiga aspekt av interaktion ligger till grund för utvecklande av en solidaritet kring och med de moraliska normer som mottagningen är uppbyggd kring – det drogfria livet.

I detta forskningsprojekt utforskas interaktionen såsom jag sett den bedrivs i praktiken, för att därefter relateras till denna teoribildning. På det sättet nås en ny nivå av förståelse för det sociala arbetets komplexitet i en unik kontext.

SYFTE

Denna uppsats syftar till att synliggöra, beskriva och tolka den ritualiserade interaktion som sker mellan personal och patienter på en Laro-mottagning i södra Sverige.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Hur skapar och uttrycker personalen gemenskap mellan dem och patienterna?
- Vilken betydelse kan samspelet mellan patient och personal tillskrivas i tolkningar av interaktionen?
- Hur skapas och upprätthålls gränsdragningar på mottagningen?

⁵⁶ Goode & Ben-Yehuda, 2009, s 43

⁵⁷ Goode & Ben-Yehuda, 1994, s 31

⁵⁸ Se exempelvis 2004

⁵⁹ Collins, 2004, s 48

ANVÄNDNING AV CENTRALA BEGREPP I UPPSATSEN

PATIENT-BEGREPPET

Jag använder begreppet ”patient” i denna uppsats då det var den benämning som personalen på mottagningen använde. Det finns emellertid delade meningar kring huruvida detta är den mest lämpliga benämning på de personer som definieras som servicemottagare inom hälso- och sjukvården. Kategoriseringsprocesserna inom människobehandlande organisationer syftar som nämnt ovan till att möjliggöra att rätt insatser kommer rätt person till del. Upplevelsen av att bli patient kan dock vara intimt sammanflätad med en förlust av status och makt, såväl som en omdefiniering av det egna jaget.⁶⁰ Är denna omdefiniering alltid önskvärd? Å ena sidan skapar den en identitet som har rätt till insatser och omsorg, å andra sidan tilldelas individen en roll som maktlös.⁶¹ Inom omvårdnadsteori är begreppet ”patient” omtvistat, och en rad omvårdnadsteoretiker menar att denna benämning är föråldrad, ger felaktiga associationer och förmedlar en bild av en sjuklig, lidande person.⁶² Benämningar som föredras är exempelvis vårdsökande person.

MEDICIN-BEGREPPET

Jag använder löpande begreppet ”medicin” för att beskriva mottagningens distribuering av metadon och buprenorfin. Det finns aktörer som inte anser att substitutionsprogram handlar om medicinering, utan snarare bör klassificeras som ”statligt knark”.⁶³ Jag sällar mig inte till denna skara då jag anser att förskrivningen av substitutionspreparat inom Laro är noga kontrollerat och övervakat, följs upp tätt och är omgärdat av en helt annan typ av trygghet än den som råder på den illegala drogmarknaden.

⁶⁰ Fook, 2002, s 78

⁶¹ a.a, s 84

⁶² Se exempelvis Kirkevold, 2000

⁶³ Se exempelvis KRIS, 2011

REDOGÖRELSE FÖR KUNSKAPSLÄGET

Då denna uppsats syftar till att beskriva och tolka interaktion mellan personal och patienter inom Laro-verksamheten, centrerar denna orientering av kunskapsläget kring forskning som bedrivits i nära kontakt med målgruppen. I synnerhet har jag varit intresserad av kunskap kring målgruppens önskemål kring interaktion och bemötande. Jag har även orienterat mig i forskning som tangerar makt-aspekten av socialt arbete, och då i synnerhet maktaspekten av Laro-mottagningar. En del av forskningen har jag använt mig av i tidigare sammanhang, exempelvis Torkel Richerts avhandling, varför de varit bekanta för mig sedan tidigare. Andra av nedanstående kunskapskällor är nya för mig, såsom exempelvis Mats Ekendahls diskussion kring den diskursiva kamp som råder kring substitutionsbehandling i Sverige. Ett inte obetydligt antal, exempelvis intervjustudien utförd av Lilly et al. kring personalens olika roller på Laro-kliniker samt Torkel Richert och Björn Johnsons artikel kring självmedicinering av metadon och buprenorfin, har jag funnit då jag tittat i referenslistor från andra artiklar och avhandlingar. Samtliga artiklar jag använder mig av, såväl svenska som internationella, är peer reviewed och har hittats genom LUBsearch. Sökord jag använt mig av har varit exempelvis *maintenance treatment, methadone, etnografi metadon, bemötande* samt *substitutionsbehandling*.

OM FORSKNINGEN

I *Harm Reduction: Compassionate Care Of Persons with Addictions*⁶⁴ diskuterar författarna utifrån en rad forskningsresultat kring missbruk och beroende betydelsen av att personal inom hälso- och sjukvård tillägnar sig en grundläggande hållning av skademinimerings-tänk i möten med patienter som söker medicinsk vård för skador och åkommor relaterade till beroendet.⁶⁵

Mats Ekendahl har använt en utvärdering av metadonprogram gjord av Socialstyrelsen, för att göra en diskursanalys kring hur substitutionsprogram framställs i utvärderingsrapporten och relaterar därefter de identifierade diskurserna till en större samhällelig debatt.⁶⁶

Undersökningen *Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study*, utförd av Gilchrist et al., syftar till att påbörja en kartläggning av hur personal som kommer i kontakt med missbrukare förhåller sig till målgruppen.⁶⁷ Studien sträcker sig över ett flertal europeiska länder, och baseras på en kartläggning där 866 professionella inom socialt

⁶⁴ 2013

⁶⁵ Bartlett et al., 2013, s 349f.

⁶⁶ Ekendahl, 2009, s 247

⁶⁷ Gilchrist et al, 2011, s 1119

arbete fick rangordna sin inställning till att arbeta med olika patientgrupper. Studien visade på att alkohol- och narkotikamissbrukare tillskrevs lägre status än andra patientgrupper.⁶⁸

Studien Johnson och Richerts artikel grundas på är en kvalitativ intervjustudie med 27 opi-
atanvändare som självmedicinerat med metadon eller buprenorfin under en period av minst tre
månader.⁶⁹ Den är publicerad i *Harm Reduction Journal*, en publikation som kretsar kring ska-
deminimeringsmodeller, med såväl social som medicinsk forskning.⁷⁰

Philip Lalander har gjort en längre tids etnografiska studier bland Norrköpings heroinan-
vändare, där resultaten av dessa studier publicerats i en rad olika verk med olika huvudsakliga
teman.⁷¹ I *Människor behöver Människor*⁷² kretsar en stor del av diskussionen kring Laro-verk-
samheter och substitutionsbehandling.

I *Juggling Multiple Roles*⁷³ använder författarna kvalitativa intervjuer för att synliggöra in-
teraktionsprocesserna på en metadonklinik i Storbritannien.⁷⁴

Den skotska studien *Good practice towards homeless drug users*⁷⁵ av Joanne Neale och
Catherine Kennedy hade som syfte att utveckla förståelsen av gott bemötande gentemot hem-
lösa och/eller missbrukare i en hälso- och sjukvårdskontext. Studien gjordes i 48 semistruktu-
rerade intervjuer, 12 med hälso- och sjukvårdspersonal samt 36 med patienter/klienter.⁷⁶ I stu-
dien ombads personalen att peka ut de aspekter av bemötande som de ansåg vara viktigast att
tillhandahålla gentemot målgruppen, medan klienterna/patienterna ombads att redogöra för det
bemötande de ansåg vara viktigt att få.⁷⁷

Torkel Richerts avhandling *Överdoser, försörjningsstrategier och riskhantering*⁷⁸ baseras
på två forskningsprojekt som bygger på intervjuer och samtal med personer inskrivna på sprut-
bytesprogrammet i Malmö samt på fokusgruppsintervjuer med personer i behandling för he-
roinberoende.⁷⁹

I *Mellan makt och hjälp*⁸⁰ diskuterar Greta Marie Skau kring var tonvikten egentligen ligger
i det sociala arbetet – makt eller hjälp? Vilket äger företräde i dagens sociala arbete?⁸¹ Skau är

⁶⁸ Gilchrist et al, 2011, s 1114

⁶⁹ Johnson & Richert, 2015, s 1

⁷⁰ Harm Reduction Journal, 2018

⁷¹ Malmö Universitet, 2018

⁷² 2016

⁷³ 1999

⁷⁴ Lilly et al, 1999, s 267 samt 269

⁷⁵ 2002

⁷⁶ Neale & Kennedy, 2002, s 196

⁷⁷ Neale & Kennedy, 2002, s 203

⁷⁸ 2014

⁷⁹ Richert, 2014, s 14

⁸⁰ 2007

⁸¹ Skau, 2007, s 72

sociolog i grunden och boken bygger på hennes praktiska arbete som terapeut, såväl som hennes forskning som huvudsakligen bedrivits inom barn- och ungdomspsykiatri.⁸²

Jag har grupperat forskningsöversikten i sju kategorier som överskådligt presenterar det aktuella kunskapsläget och de områden jag hämtat forskning utifrån. Jag inleder med En del av den samhällseliga synen på missbruket, ett kortare avsnitt kring hur samhällets syn på missbruk utvecklats och vartåt utvecklingen möjligtvis bär hän. Det andra avsnittet avhandlar En del av den samhällseliga synen på substitutionsbehandling. Därefter följer ett avsnitt kring Att bli Laro-patient. Detta följs av Negativa upplevelser av vård och sociala insatser, följt av en sammanfattning av forskning kring Det goda bemötandet. Kunskapsläget avslutas med en beskrivning av Personalens roll.

EN DEL AV DEN SAMHÄLLELIGA SYNEN PÅ MISSBRUKET

Bartlett et al.⁸³ visar hur missbruk och beroende historiskt setts som en moralisk brist hos individen, eller som bristande självkontroll, men att synsättet idag alltmer övergår till ett där beroende ses som en kronisk sjukdom med återfall som en del av diagnosen. Detta är dock inget som i någon större utsträckning rubbat det samhällseliga stigma som en person med missbruk eller beroende utsätts för i sin vardag.⁸⁴ Richert diskuterar kring att samhällets perspektiv på missbruk bör utvidgas. Istället för en snäv behandlingsinriktning, behöver perspektivet vidgas så att kraven på drogfrihet kan kompletteras med en acceptans att skadebegränsande insatser har sin rättmätiga plats i arbete med missbruk och beroende.⁸⁵

EN DEL AV DEN SAMHÄLLELIGA SYNEN PÅ SUBSTITUTIONSBEHANDLING

Det finns fortfarande faktorer som kan göra substitutionsbehandlingar svårtillgängliga för vissa kategorier av opiat-/opioidberoende. Johnson och Richert menar att det finns tre huvudsakliga barriärer: den första består i svårigheter att beviljas substitutionsbehandling, den andra i svårigheter att förbli i behandling och den sista i ambivalens eller ovilja att påbörja en kontakt med en Laro-mottagning.⁸⁶

⁸² Universitetsforlaget, 2018

⁸³ 2013

⁸⁴ Bartlett et al., 2013, s 350

⁸⁵ Richert, 2014, s 113ff.

⁸⁶ Johnson & Richert, 2015, s 4

Mats Ekendahl menar att dagens substitutionsbehandling i Sverige befinner sig i ett diskursivt fält där tre olika diskurser kämpar för att vara den dominerande.⁸⁷ Kampen har tidigare gått mellan den vetenskapliga diskursen, som ser substitutionsbehandling som en effektiv medicin som räddar liv, samt nolltoleransdiskursen, som ser substitutionsmediciner som en potent drog som måste bekämpas.⁸⁸ Idag menar Ekendahl att diskursernas kamp går mellan en evidenscentrerad diskurs, en patientcentrerad diskurs och en konsekvenscentrerad, politisk diskurs.⁸⁹ Den evidenscentrerade är i stort sett densamma som den tidigare nämnda vetenskapliga diskursen, där vetenskapliga resultat är vägledande princip.⁹⁰ Den patientcentrerade menar att opiat/opiodberoende inte enbart bör ses som bärare av sociala problem, utan som individer vars svårigheter kan lösas med medicinska och humanitära åtgärder.⁹¹ Den politiska diskursen belyser negativa aspekter av substitutionsbehandlingar, samt att personer med opiat/opiodberoende är en grupp som redan innan de började använda substanser haft en omfattande social problematik. Mediciner bör därför komplettera psykosociala interventioner, inte ersätta dem.⁹²

Johnson och Richert menar att en stor del av substitutionsprogrammets legitimitet hos befolkningen i stort vilar i vilka typer av sociala, terapeutiska insatser som görs, i och med att det ideologiska motståndet gentemot skademinimerande åtgärder historiskt varit förhållandevis starkt. Författarna menar att den svenska substitutionsbehandlingen vilar på antagandet att all missbruksvård ska utgå från en normaliserande funktion, där målet med all behandling är att leva ett liv enligt samhällets normativa ramar.⁹³

Lilly et al. menar att substitutionsprogrammets utformning och karaktär innebär att behandlingen sträcker sig förbi strikta farmakologiska och medicinska frågor och till stor del handlar om social interaktion.⁹⁴ Philip Lalander är dock kritisk till Laro som organisation, och menar att misstänkliggörande är det centrala draget inom Laro.⁹⁵ Laro är, enligt Lalander, en systematisk typ av makt, som inte ses som maktutövande av organisationen själv utan som rutiner som görs av omtanke kring patientens väl och ve.⁹⁶ Enligt Lalander är proverna och övervakningen det centrala i behandlingen, där besöken på mottagningen är förknippade med känslan av att gå till ett laboratorium där bemötandet hos personalen cementerar skillnaden mellan patienterna

⁸⁷ Ekendahl, 2009, s 247

⁸⁸ a.a, s 249

⁸⁹ a.a, s 250

⁹⁰ a.a, s 249

⁹¹ a.a, s 254

⁹² a.a, s 256

⁹³ Johnson & Richert, 2015, s 2

⁹⁴ Lilly et al, 1999, s 278

⁹⁵ Lalander, 2016, s 193 samt s 205

⁹⁶ a.a, s 183

och systemets representanter.⁹⁷ Johnson och Richert menar å sin sida att kontrollerande inslag och regler är ett måste vid substitutionsbehandlingar, men att de bör användas i syfte att lindra skadeverkningar snarare än att legitimera själva systemets existens.⁹⁸

ATT BLI LARO-PATIENT

Att bli Laro-patient innebär, med en egen utveckling av ett resonemang från Skau, en glidning av identiteten, till en identitet med ett grundläggande drag av att inte längre veta sitt eget bästa.⁹⁹ Denna transformation rör sig på många plan, från det känslomässiga ner till det språkliga.¹⁰⁰

Nya patienter erbjuds inledningsvis in till ett möte på en mottagning, där en läkare avgör huruvida patienten når upp till kraven för att påbörja behandling. Därefter krävs det att patienten håller kontakten med mottagningen under tiden patienten står på väntelistan. Mottagningen kan kräva att patienten genomgår avgiftning, och då köerna till detta är långa skapar detta ytterligare väntetid. Johnson och Richerts respondenter menar att denna väg in i programmet ses som en lång hinderbana med orimligt höga krav. Kravet på ett tidigare opiat-/opioidmissbruk innebär dessutom att många med ett dolt eller dåligt dokumenterat missbruk riskerar att nekas behandling, vilket också är fallet för personer med en kaotisk social situation med exempelvis hemlöshet, blandmissbruk eller psykiska problem.¹⁰¹ Vidare kan själva behandlingsinslagen verka avskräckande. Det är ofta ett krav att komma till mottagningen varje dag i minst tre månader för att få sin medicin.¹⁰² Vid sidointag, alltså återfall i missbruk, halveras dosen och om personen druckit alkohol uteblir den helt, på grund av de medicinska risker som är förenade med metadon och alkohol.¹⁰³ Vidare sker det övervakade urinprov, ytterligare ett tecken på behandlingens syfte att normalisera och behandla, snarare än att verka skademinimerande.¹⁰⁴ Behandlingen kan alltså upplevas som kontrollerande, disciplinär och skrämmande.¹⁰⁵

MEDICIN ELLER MISSBRUK?

Det finns enligt Johnson och Richerts respondenter en likhet mellan att vara substitutionspatient och att vara heroinberoende. I mottagningens väntrum finns i många fall samma personer som finns ute på drogscenen, man är beroende av en substans för sitt välmående, samt beroende av

⁹⁷ Lalander, 2016, s 166

⁹⁸ Johnson & Richert, 2015, s 12

⁹⁹ jfr. Skau, 2007, s 43

¹⁰⁰ a.a, s 49

¹⁰¹ Johnson & Richert, 2015, s 6

¹⁰² Johnson & Richert, 2015, s 8

¹⁰³ a.a, s 1

¹⁰⁴ a.a, s 10

¹⁰⁵ a.a, s 8

någon annan för att få denna substans.¹⁰⁶ Lalander är inne på en liknande jämförelse, och menar att det finns en maktutövning intimt förknippat med rollerna som patient och personal. Makten utövas genom patientens kropp och beroende.¹⁰⁷

Samtliga respondenter i Johnson och Richerts studie hade kommit i kontakt med substitutionspreparat första gången på den illegala drogmarknaden, som en hantering av abstinenssymptom, för att avgifta sig själv eller för att kompensera om herointillgången på marknaden var låg.¹⁰⁸ Johnson och Richert menar att användares övergång från illegala opiat/opioder till (legal eller illegal) substitutionsbehandling i de allra flesta fall inneburit en förbättrad livssituation.¹⁰⁹

NEGATIVA UPPLEVELSER AV VÅRD OCH SOCIALA INSATSER

Torkel Richert argumenterar i sin avhandling *Överdoser, försörjningsstrategier och riskhantering*¹¹⁰ genomgående för ett ökat skademinimerande perspektiv i arbete med målgruppen som injicerar droger. Richerts argument baseras på de intervjuades egna utsagor,¹¹¹ såväl som på hans egna kliniska arbete. Richert för exempelvis en diskussion kring huruvida det är så att samhällets bristfälliga bemötande gentemot den undersökta målgruppen kan sägas vara mer destruktiv än själva missbruket i sig. Respondenterna talar om att ständigt känna sig jagad och trakasserad av ordningsmakten, och om att inte ha tillgång till samhällliga serviceinsatser på samma villkor som andra medborgare. Många menade enligt Richert att ett bättre bemötande kunde vara värt mer än en renodlad missbruksbehandling.¹¹²

Negativa attityder som vårdgivare uppvisar gentemot personer med missbruk/beroende kan resultera i en ovilja att alls ta sig an personer med denna problematik, inverka negativt på den tillit som måste utvecklas mellan behandlare – patient såväl som att medverka till att personer med missbruk/beroende undviker att söka vård.¹¹³

DET GODA BEMÖTANDET

Det finns belägg för att upplevt gott bemötande handlar om kvalitativa aspekter av det sociala arbetet som är svåra att mäta och konkretisera.¹¹⁴

¹⁰⁶ Johnson & Richert, 2015, s 8

¹⁰⁷ Lalander, 2016, s 182

¹⁰⁸ Johnson & Richert, 2015, s 4 samt s 9

¹⁰⁹ a.a, s 4

¹¹⁰ 2014

¹¹¹ Richert, 2014, s 95ff.

¹¹² Richert, 2014, s 113ff.

¹¹³ Bartlett et al., 2013, s 351

¹¹⁴ Neale & Kennedy, 2002, s 196 samt s 203

Bartlett et al. menar att vårdgivare i kontakt med patienter med beroende/missbruk bör ha ett grundläggande bemötande av medkänsla och omsorg. Om ett möte inte börjar med att den ena parten känner sig ifrågasatt eller i en position där hen måste försvara sig, kommer chanserna för ett gott möte utan aggressivitet och fientlighet avsevärt öka.¹¹⁵ Det är också viktigt att komma ihåg, menar författarna, att det inte finns en behandling som passar alla med missbruk/beroende. Det krävs ofta många olika behandlingstillfällen innan den enskilda hittar rätt, och då hen befinner sig i behandling måste behandlingen ha en holistisk syn på individen: fler problem än själva missbruket/beroendet kanske måste åtgärdas innan personen kan bli nykter/drogfri.¹¹⁶

Philip Lalander har i *Människor behöver Människor*¹¹⁷ gjort en längre tids etnografiska studier bland Norrköpings heroinanvändare. Ett av de resultat han belyser är det grundläggande behov varje individ har av att bli bemött som en riktig människa, inte bara en diagnos eller ett missbruk. Det centrala i bemötande är enligt Lalander lyssnandet, det lyssnande som innebär ”en genuin vilja att förstå den andra”.¹¹⁸

Att ha ett icke-dömande och ett respektfullt förhållningssätt gentemot målgruppen var enligt respondenterna i Neale och Kennedys artikel en nyckel till att etablera en god kontakt. Att vara lättillgänglig, ärlig, pålitlig, förstående och engagerad räknades också till viktiga egenskaper.¹¹⁹ Personalen såg det som en fördel att arbeta i team med målgruppen, både för att kunna dela ansvaret för patienten/klienten men också så att patienten/klienten har möjlighet att känna tillit till fler än en person.¹²⁰ Vidare ansågs det också nödvändigt att ha ett framtidsorienterat sätt att se på patienten, och att förmedla hopp och optimism om framtiden. Att vara lättsam och skämta sågs som ett bra sätt att höja patienternas moral.¹²¹ Patienterna framhöll vikten av att känna emotionellt stöd från personalen.¹²² Att personal visar intresse för individen, utan att rota, upplevdes som ett tecken att personalen var engagerade och hjälpsamma. Patientrespondenterna menade också att det fungerade bra då de fick hjälp och stöd i att arbeta mot mål, där små delmål var en viktig ingrediens. Vikten av förebilder, personer som förut haft liknande problematik som dem men nu levde ett socialt etablerat liv utan narkotika, betonades också.¹²³

¹¹⁵ Bartlett et al., 2013, s 353

¹¹⁶ a.a, s 354

¹¹⁷ 2016

¹¹⁸ Lalander, 2016, s 133

¹¹⁹ Neale & Kennedy, 2002, s 199

¹²⁰ Neale & Kennedy, 2002, s 200

¹²¹ a.a, s 201

¹²² ibid

¹²³ a.a, s 202

PERSONALENS ROLL

Det finns en uppsjö olika roller som personal på Laro-mottagningar kan ikläda sig (eller bli iklädda), enligt Lilly et al.¹²⁴ De sträcker sig över ett brett spektrum, från formella yrkesbeskrivningar, såsom sjuksköterska och terapeut,¹²⁵ till informella epitet, såsom medlare¹²⁶ eller rentav föräldrafigur.¹²⁷ Beroende på vilken patient det handlar om, kan personalen klä av och klä på sig olika roller. Vilka roller som används varierar inte från dag till dag, utan från situation till situation.¹²⁸ Rollerna är flytande: hur, när och vilka roller det handlar om avgörs i situationens interaktion.¹²⁹ Denna uppsjö av roller kan fungera positivt, som en anpassning efter patientens behov. Det kan även resultera i att förtroendet mellan personal och patient undermineras och rentav ett hinder för att det kan uppstå. Om personal ses som en terapeut, samtidigt som hen ses som den som har makten över huruvida patienten ska få heldos eller inte, kan resultera i att erkännande kring sidointag inte kommer. Här inryms också dilemmat kring vem det är man som personal på en Laro-mottagning egentligen arbetar för. Är det för patienterna, eller för organisationen, eller för sjukvården, eller för narkotikapolitiken?¹³⁰

I arbetet med andra människor som genomgått kriser och sociala problem i olika form är egna livserfarenheter en viktig resurs för att skapa tillit. Dessa personliga erfarenheter måste vara bearbetade till fullo, och kan då vara en viktig del av den samlade kompetensen.¹³¹ MI (motivational interviewing, på svenska motiverande samtal) är en av de metoder med bäst evidens inom missbruksbehandling. Bartlett et al. reflekterar kring att det kan ha en del av sin förklaring i att metoden inte förespråkar moraliska eller paternalistiska aspekter av samtalsterapi, utan att behandlaren tillsammans med klienten/patienten undersöker nuvarande beteenden och vilka effekter en förändring av dessa skulle kunna ha på individens tillvaro.¹³²

Neale & Kennedy menar att *vad* som erbjuds i missbruksbehandling är mindre viktigt än *hur* det erbjuds.¹³³ Som socialarbetare måste man besitta förmågan att skapa ett mänskligt rum i ett ofta omänskligt system av byråkrati och stadgar.¹³⁴

¹²⁴ 1999

¹²⁵ Lilly et al, 1999, s 272

¹²⁶ a.a, s 273

¹²⁷ a.a, s 274

¹²⁸ ibid

¹²⁹ a.a, s 275

¹³⁰ jfr Lilly et al, 1999, s 277

¹³¹ Skau, 2007, s 63-64

¹³² Bartlett et al, 2013, s 352

¹³³ Neale & Kennedy, 2002, s 203

¹³⁴ Skau, 2007, s 75

METODAVSNITT

METODDISKUSSION

Jag är övertygad om att god forskning inom socialt arbete bör ligga så nära praktiken som möjligt. Därför föll valet på den metod där jag anser mig komma så nära som möjligt – en deltagande observation. Etnografiska metoder producerar detaljerade, kontextuella skildringar av sociala processer,¹³⁵ och deltagande observationsstudier handlar om att engagera sig i en social miljö. Genom att observera och delta försöker forskaren bilda sig en uppfattning kring den mening som individerna som befinner sig i en given social miljö tillskriver både sina handlingar såväl som den omgivande kontexten.¹³⁶ Genom denna metod fick jag se interaktionen i praktiken. Resonemang kring interaktion kan visserligen diskuteras i detalj i en djupintervju, men trots att jag där kan blottlägga meningsskapandet bakom interaktionen kommer jag inte ha mer än en utsaga att gå på. En tanke hade kunnat vara att både utföra observationer såväl som intervjuer, men tids- och utrymmesaspekter måste vägas in i skisseringen av en forskningsdesign. Det fanns helt enkelt varken tid eller utrymme för mig att berika mina observationer med djupintervjuer, men jag kan se stora möjligheter för framtida forskning att bedriva observationer kompletterat med djupintervjuer i denna kontext.

Jag kallar min studie för en etnografiskt inspirerad observationsstudie, då jag bedrev den under en begränsad tidsperiod av drygt två månader under hösten 2017, men mina frågeställningar har under hela processen varit öppna och jag har försäkrat mig om att öppenheten även gällt min relation till olika förklaringsmodeller såväl som de teoretiska perspektiven.¹³⁷

Den kvalitativa forskningen handlar om att nå ett djup i studien, om meningsskapande och om intrikata processer som sträcker sig vidare än frågeställningar kring omfång och utbredning. Kvalitativ forskning handlar om erfarenheter och upplevelser av fenomen, om sociala världar och interaktion. Kvalitativ forskning befinner sig bortom individen som analysenhet och strävar efter att nå en förståelse kring sociala världar och meningsskapande.¹³⁸ Denna uppsats positionerar sig alltså i den kvalitativa delen av forskningen. Mitt syfte är att förstå och begripliggöra den interaktion som sker mellan personal och patienter på mottagningen, vilket jag gör både genom att lyfta konkreta exempel på hur personal och patient talar med varandra, såväl som exempel på hur personal pratar *om* patienterna.

¹³⁵ Wilkinson, 2016, s 89

¹³⁶ Bryman, 2011, s 266

¹³⁷ Lalander, 2011, s 84

¹³⁸ Se exempelvis diskussion i Silverman, 2013

GENOMFÖRANDET AV STUDIEN

DEN STÄNDIGA ETISKA AKTIVITETEN

Mitt etiska arbete tog sin början redan innan studien startade och fortsätter ända fram tills sista punkten är skriven i den färdiga redovisningen av uppsatsen.¹³⁹ Jag har bedrivit min studie på ett känsligt område, med individer som i många avseenden anses vara utsatta och sårbara. Men att klassa en grupp som vara i en utsatt position och av den anledningen utesluta dem från forskning kan vara både ett övertramp i gruppens maktposition i samhället, såväl som ett hinder för den brukarmedverkan som ökat i vikt de senaste åren.¹⁴⁰ Etnografisk forskningspraktik är beroende av forskarens förmåga att skapa förtroende och ömsesidigt utbyte mellan sig själv och deltagarna i forskningsprojektet. Som sådant är det av yttersta vikt att forskare förstår sina egna värderingar och kan artikulera dessa så att medverkande kan skapa sitt eget välinformerade beslut om deltagande i studien. Därmed blir de delaktiga i forskningen på ett helt annat sätt än om de ses som forskningsobjekt. Positionen flyttas från objekt till subjekt till kollaboratör i forskningsprocessen.¹⁴¹ Den fortlöpande etiska aktiviteten består i att situera sig själv i relation till de som medverkar i forskningen och i den studerade världen, såväl som i relation till de ”fields of power” som bygger upp de relationer som har utvecklats.¹⁴²

Feministiska teoretiker såsom Carol Gilligan¹⁴³ har pläderat för en omsorgsfull forskningsetik, som prioriterar empati och moraliskt ansvarstagande i relationer. Skiftet mot en mer situerad syn på etik¹⁴⁴ understryker de socio-politiska faktorer som finns inom forskningsområdet.¹⁴⁵ Anne Ryen menar att praktisk forskningsetik är väsentligt annorlunda än teoretisk forskningsetik,¹⁴⁶ och det är denna produktiva aspekt av forskningsetik jag anser vara intressant att diskutera i relation till min studie. Detta synsätt på etik flyttar fokus från en snäv syn på de forskningsetiska principerna,¹⁴⁷ till en mer social situerad syn på forskningsetik, vilket stämmer väl in på den typ av forskning jag är intresserad av. Samtycke är inte en gång för alla avgjort vid en observationsstudie. Varje möte, varje interaktion krävde en etisk diskussion.

De grundläggande etiska principerna för samhällsvetenskaplig forskning som direkt involverar individer innehåller ett antal olika aspekter. De som involveras i studien måste ge sitt informeraende samtycke om att delta i studien, de ska ha läst och förstått ett informationsblad

¹³⁹ Gombert et al., 2016, s 585

¹⁴⁰ Allbutt & Masters, 2010, s 210

¹⁴¹ a.a, s 212

¹⁴² Gombert et al., 2016, s 594

¹⁴³ 1977

¹⁴⁴ Simons & Usher, 200

¹⁴⁵ Adams Tucker & Govender, 2017, s. 1147

¹⁴⁶ Ryen, 2016, s 35

¹⁴⁷ Vetenskapsrådet, 2017

som innehåller en beskrivning av studien och vad det innebär att vara med i den, ge sitt medgivande att delta införstådda med potentiella risker och konsekvenser som deras medverkan kan ha.¹⁴⁸ Genom att sammanställa all info i ett missivbrev säkerställer man att alla medverkande får samma information om studien och syftet med den, var och hur den publiceras och vilken roll de observerade kommer ha i analysen.¹⁴⁹ Det var viktigt att utforma missivet så att målgruppen förstår varför det är viktigt att delta i studien och ge mig tillträde. Missivbrevet¹⁵⁰ jag skickade ut till mottagningen sattes upp i väntrummet.¹⁵¹

Jag har avidentifierat alla som är involverade i min studie så långt det varit möjligt. Alla namn är fingerade. Då det är interaktion som är i fokus har jag gjort undantag för kön och ålder, då jag gjort bedömningen att empirin kunnat påverkas av att dessa analyskategorier ändras. Jag har varit mån om att försäkra mig om att detta inte gjort det möjligt att utröna vilka individer som står bakom de olika pseudonymerna.¹⁵²

URVAL & TILLTRÄDE

Jag var ute efter att få se det praktiska sociala arbetet med målgruppen i praktiken. Inte resonemang kring innebörden av möten, som en intervjustudie skulle möjliggöra, inte heller analys av råd och anvisningar kring bemötandestrategier, som en textanalys kunnat möjliggöra. Utan att vara på plats och studera bemötandet *in situ*. Genom en direkt access till fältet utvecklas en djup insikt in i den sociala kontexten.¹⁵³ Då jag inte är intresserad av olika behandlingsfilosofier utan är mer intresserad av ett tänk inspirerat av harm reduction-resonemang skulle arenan för mina observationer således behöva vara en som inte primärt syftar till total drogfrihet.

Till en början hade jag en målsättning att studera flera olika arenor, såsom sprutbytesverksamheter och stödboenden såväl som Laro-mottagningar. Men tid och tillgänglighet är faktorer som måste vägas in då ett forskningsprojekts genomförbarhet ska bedömas, och jag valde således bort detta alternativ.

Med bakgrund i detta resonemang, och tillsammans med handledare som är erfarna forskare, diskuterade jag mig fram till att Laro-mottagningar skulle vara relevant och intressant att studera. Jag kontaktade ett antal mottagningar runt om i Skåne, då jag själv är bosatt i södra Skåne och Skåne-området är det geografiska avståndsmässiga området jag kan ta mig till utan att behöva göra praktiska förändringar i mitt liv såsom fixa boende på annan ort. Jag berättade

¹⁴⁸ Gombert et al., 2016, s 583-584

¹⁴⁹ Trost, 1994, s 110 f.

¹⁵⁰ Se bilaga 2

¹⁵¹ jfr Svensson & Ahrne, 2011, s 31

¹⁵² jfr. Lalander, 2011, s 89

¹⁵³ jfr Gombert et al., 2016, s 584

vem jag är, vad jag har gjort under min utbildning, relevant arbetslivserfarenhet och slutligen vad jag vill göra nu, samt undrade om de skulle vara intresserade av att vara med i min studie. Jag fick snabbt svar från flera mottagningar. Jag fick en del nej, en del ja och en del tveksamma svar där kontakten sedermera rann ut i sanden.

Slutligen stod jag i valet mellan en privat mottagning lokaliserad i södra Skåne, och en lokaliserad i nordvästra Skåne med regionen som huvudman. I diskussioner med handledare kom jag fram till att det i den här studien räcker med att observera på en mottagning. Därför valde jag den lokaliserad i södra delen av Skåne. Bortsett från bekvämlighetsmässiga skäl, är privatiseringen av det sociala arbetet något jag finner intressant då mina erfarenheter från skola och arbetsliv varit av kommunal och statlig karaktär, och att jag därför inte vet så mycket om hur det sociala arbetet organiseras och utförs av privata aktörer. Framtida forskning hade med fördel kunnat utföra observationer på mottagningar med olika huvudmän, för en fördjupad insikt i hur interaktioner på Laro-mottagningar kan se ut i olika organisatoriska kontexter.

Efter ett möte med enhetschefen på den valda mottagningen, där hon välkomnade mig, påbörjade jag uppsatsarbetet på riktigt.

GENOMFÖRANDET AV OBSERVATIONERNA

Jag har till stor del befunnit mig på mottagningen mellan 09-12 på vardagar. Detta då det är öppen mottagning mellan dessa klockslag, och mer ”trafik” på mottagningen. Det händer mer mellan dessa tider än på eftermiddagar och helger. Jag har naturligtvis varit på mottagningen även andra tider, men det mest rikliga material har jag samlat in på vardagsförmiddagarna. Jag har inte varit på mottagningen hela veckor i streck, utan två eller tre gånger i veckan, varierande mellan olika veckodagar olika veckor. Detta för att kunna se hur interaktionerna varierar mellan exempelvis måndagar och fredagar.

Mitt förfarande vid mina observationer har inledande varit att befinna mig ute i receptionen och i väntrummet. Där har jag kunnat svara på eventuella frågor patienterna velat ställa kring mig och vad jag gör på mottagningen och mitt syfte med att vara där. Det är också där mitt missivbrev till verksamheten suttit upptejpat. Jag fann mig tidigt tillrätta i receptionen, där jag fick se och höra mycket samtidigt som jag upplevde att min närvaro inte stack ut så pass mycket att det var ett störande moment i den dagliga verksamheten. Jag har även vid flera tillfällen suttit inne i kurators rum, som ligger jämte väntrummet varpå jag kunnat observera ytterligare samtal utan att min närvaro påverkat interaktionen i någon större grad. Att tillbringa mycket tid på de mer öppna ytorna såsom exempelvis väntrummet och receptionen möjliggjorde för mig

att bli en något mer accepterad del av mottagningen, varpå det var lättare för mig att få tillträde till exempelvis sjuksköterskornas rum där medicinen delades.¹⁵⁴

Jag kan naturligtvis inte avgöra hur interaktionen ser ut på mottagningen då jag inte är där, men jag kan säga att jag upplevde interaktionen jag fick se som naturlig, varken konstlad eller tillrättalagd. I många fall kändes det som att min närvaro inte påverkade skeendena alls.

Då jag skriver att jag gjort en deltagande observation, menar jag inte att jag i någon större utsträckning ägnat mig åt reflexivt frågande eller genomfört några ostrukturerade intervjuer. Ibland har jag bett någon förtydliga något jag fått se, och jag har naturligtvis ställt frågor kring verksamheten på ett naturligt sätt, likt småprat.¹⁵⁵ Men jag har aktivt försökt påverka skeenden så lite som möjligt.¹⁵⁶ Mitt syfte har inte varit att begripliggöra den mening aktörerna själva lägger i interaktionen på mottagningen, utan att lyfta exempel jag själv sett och tolka dem utifrån det ritualistiska perspektiv jag använt mig av i min teoretiska tolkning. Således kan det tyckas som att undersökningen saknar en djupare innebörd som de inblandade själva upplevde den, men detta var som sagt inte mitt syfte. Jag vill visa läsaren vad jag såg på mottagningen, berätta för läsaren hur jag tolkar det och bjuder därmed in till att läsaren får undersöka sin egen förståelse av hur interaktion på en mottagning ser ut. Detta är styrkan hos det sätt jag arbetat på, att jag förhållit mig så pass öppen gentemot det jag studerat att läsaren får möjlighet att själva avgöra om den tolkning jag gjort är trovärdig. Som diskuterats ovan hade framtida forskningsmöjligheter med fördel kunnat kombinera denna uppsats metodik med djupintervjuer för en djupare förståelse kring aktörernas meningsskapande av interaktionen.

Mycket forskning har bedrivits kring hur personal och/eller patienter i Laro-verksamheter upplever Laro som organisation detta, vilket naturligtvis är glädjande och säkerligen har bidragit till de ändrade restriktioner och riktlinjer kring verksamheten som kom 2009.¹⁵⁷ Men som sagt är forskningsfloran kring Laro så pass riklig, att en masteruppsats som belyste ämnet enbart utifrån exempelvis en djupintervjustudie inte skulle vara särskilt givande, varken för mig eller för läsaren. Jag är övertygad om att forskning där läsaren själv kan läsa sig till de tolkningar som görs är betydligt mer givande, för såväl läsare, forskare som praktiken. Sådan forskning genererar en annan typ av samtal och en annan typ av diskussion, vilken kan användas för att bredda förståelsen av arbete med målgruppen.

¹⁵⁴ Allbutt & Masters, 2010, s 211

¹⁵⁵ jfr. Allbutt & Masters, 2010, s 213

¹⁵⁶ jfr. diskussion i Wilhoit & Kisselburgh, 2016, s 213

¹⁵⁷ Se exempelvis Socialstyrelsen, 2015b, s 11

DET KONKRETA FÄLTARBETET

Jag spenderade ungefär 25 timmar totalt på mottagningen. Som nämnt ovan befann jag mig i inledningskedet huvudsakligen ute i receptionen och i väntrummet, och under observationernas slutskede befann jag mig även inne i sjuksköterskornas såväl som på kuratorns rum. Som nämnt under rubriken Mottagningen (se sida 10) hade jag återkommande interaktioner med nio av mottagningens anställda. Det finns fler personer knutna till mottagningen, varav vissa var där ett flertal gånger under mitt fältarbete. Jag använder dock inte interaktioner med fler än de nio nämnda anställda i min analys.

Jag träffade fler patienter än jag kunnat hålla räkningen på, men då mottagningen har cirka 50 patienter inskrivna får den siffran fungera som jämförelsepunkt kring hur många enskilda patienter jag hade nöjet att få träffa. Ingen av varken patienterna eller personalen avrådde mig från att följa med på olika möten och interaktionssituationer: tvärtom var de noga med att inkludera mig och visa mig sitt arbete. Jag valde dock att inte delta i möten mellan mottagningens psykolog och hennes patienter, likaså gjorde jag inga försök att delta i läkarsamtal. Detta på grund av ett antal anledningar, där den etiska aspekten av deltagande observationer med en utsatt målgrupp var i fokus. Ur en metodologisk synvinkel var jag mer intresserad av de vardagliga interaktionerna som sker på mottagningen. Psykologen och läkaren var trots allt inte på plats varje dag, varpå jag kände att jag fick ut mer av att delta i de mer dagliga aktiviteterna.

MIN ROLL SOM OBSERVATÖR

Det finns många roller forskaren som använder observationer som metod kan välja att ikläda sig. Du kan vara aktiv eller passiv, delta i interaktionen eller observera vid sidan av, vara öppen med din forskning eller hålla forskarrollen i det dolda.¹⁵⁸ Jag gjorde val utifrån en etisk synvinkel, såväl som på en känslomässig nivå kring vad jag är bekväm med som person. Jag resonerade även kring hur jag bäst får ihop empiri och observerade därefter utifrån detta resonemang.

Något jag brottats med under forskningens gång är det faktum att jag är på mottagningen för att jag ska skriva en uppsats där jag kommer använda det jag sett på mottagningen för att till slut få en masterexamen. Jag har stundtals känt att det är djupt obekvämt att jag använder andra människor som medel för ett mål.¹⁵⁹ Jag har genomgående förklarat för de jag möter, både personal och patienter, att jag gör detta inte enbart för egen vinning, utan för att den här typen av studier behövs. Jag har bara mött positiv feedback angående min forskningsansats.

¹⁵⁸ Se exempelvis diskussion i Bryman, 2011

¹⁵⁹ jfr exempelvis Gombert et al., 2016, s 590

Studien är trots allt ett tillfälle för såväl patienter som personal att påverka framtida bemötande, genom att de får ett tillfälle att göra sina röster hörda.¹⁶⁰

Även om informationsbladet suttit uppe sedan studiens start fanns det naturligtvis en risk att samtliga på mottagningen inte läst, förstått eller av andra anledningar inte tagit till sig informationen.¹⁶¹ Jag har försökt överbrygga detta genom att presentera mig själv och min studie då tillfälle getts. Det skulle dock bli konstigt om jag stod vid dörren och presenterade mig för samtliga besökande till mottagningen. Jag har därför gjort avvägningar, och då jag sett att någon uppmärksammat mig har jag presenterat mig. Det har krävts mycket fingertoppskänsla. Jag har dock, naturligtvis, inte gjort outplånliga intryck på de som jag presenterat mig för. Det har hänt ett flertal gånger, för flera personer, att jag behövt presentera mig flera gånger, berätta om mig själv och min studie om och om igen. Detta har inte varit några problem bortsett från att det gjort mig lite osäker på min roll och mig själv då patienter frågat mig saker som gjort mig uppmärksam på att de sett mig som personal och inte som en oberoende observatör.

Jag märkte tidigt i forskningsprocessen att skiljelinjen mellan vardagen och forskningen blev allt mer suddig.¹⁶² I och med att jag använder mig själv som redskap på ett annat sätt än man gör i exempelvis intervjustudier upplevde jag att det var svårt att inte ständigt reflektera över det jag sett på fältet. Jag hade svårt att slappna av och släppa det etnografiska tänkandet. I denna typ av forskning är det viktigt att ta paus från arbetet, rentav lämna forskningen bakom sig ibland. Jag har haft stor hjälp av att resa bort över en helg, likaså av att förkovra mig i skönlitteratur och genom andra aktiviteter. Till en början tog det emot att ta ledigt på detta sätt, men jag upptäckte att det blev lättare för mig att skriva analytiska resonemang då jag tillät mig själv att lämna arbetet för en stund. När den känslomässiga aspekten av forskning kunde ges det utrymme som den kan då man använder sig själv som forskningsredskap fann jag arbetet lustfyllt på ett helt nytt sätt.

FÄLTANTECKNINGAR & OBSERVATIONSANTECKNINGAR

Fältanteckningarna beskrev interaktioner, konversationer, upplevelser och rumsliga reflektioner, vilka beslut jag tog och varför samt tolkningar kring det som skedde. Både de mindre,

¹⁶⁰ Gombert et al., 2016, s 589

¹⁶¹ jfr Gombert et al., 2016, s 590

¹⁶² jfr Gombert et al., 2016, s 588

mer vardagliga detaljerna såväl som större och mer dramatiska tillfällen analyserades grundligt.¹⁶³ Jennifer A. Thompson¹⁶⁴ menar att fältanteckningar har en djup emotionell dimension.¹⁶⁵ Känslor framstår för Thompson som en viktig del i det som händer på fältet och hur det senare skrivs i fältanteckningarna. Känslouttryck i fältanteckningar behöver enligt min mening inte nödvändigtvis vara av ondo. Tvärtom kan kunskapsproduktion och den maktaspekt kunskapsproduktion för med sig gynnas av en diskussion om känslorna förknippade med denna process. Känslor kan bidra till förståelse, analys och tolkning.¹⁶⁶ Skau menar att känslolivet är en god resurs att använda sig av, såväl i kunskapsstilläggande som i arbetslivet.¹⁶⁷ Socialt arbete kräver både att socialarbetaren kan känslomässigt förstå, såväl som att känna med förnuftet.¹⁶⁸

Fältanteckningarna genererade, som väntat, mycket empiri. Analysarbetet av dessa blev både utmanande och kreativt. Detta framstod för mig innan själva undersökningen såväl som i arbetet efteråt som en av metodens stora förtjänster. Jag kallade det råmaterial som utgjorde mitt första *stream of consciousness*-liknande¹⁶⁹ utkast för fältanteckningar:

Vitt, ombonat, växter, tavlor. Toalett mitt emot receptionen. Vatten i väntrummet. Ta med dig ett glas vatten och kom in. Säger sköterskan. Två personal på plats. När jag kommer till mottagningen strax efter klockan nio en lördagsmorgon är det en patient inne hos sköterskan och en i väntrummet. Patienten i väntrummet, en kvinna i medelåldern vid namn Kerstin, pratar lågt för sig själv.

Då de renskrevs, omarbetades och utvecklades, och oväsentliga ord togs bort kallade jag det jag skrivit för observationsanteckningar. Detta gör jag genomgående i uppsatsen, varpå det är relevant för läsaren att bli uppmärksam på detta redan här. De praktiska iakttagelserna kunde utvecklas allteftersom jag arbetade, och jag kunde koppla samman korta iakttagelser med känslomässiga upplevelser på ett sätt som jag fann utvecklande och givande.¹⁷⁰ Genom att utförligt argumentera kring det jag ser kan läsaren förstå hur jag kommit fram till tolkningen.

Det krävs en stor ödmjukhet och respekt för denna typen av forskning, och jag har gjort mitt yttersta för att undvika formuleringar där jag redovisar subjektiva antaganden kring de personer som släppt mig så nära in på livet. För att särskilja olika individer utarbetade jag olika pseudonymer, med försiktighet och respekt, skrev för hand, förvarade förteckningen ytterst säkert i en låst skrivbordslåda, och vid studiens slut såg jag till att den förstördes.

¹⁶³ Thompson, 2014, s 248

¹⁶⁴ 2014

¹⁶⁵ Thompson, 2014, s 249

¹⁶⁶ jfr Thompson, 2014, s 250

¹⁶⁷ Skau, 2007, s 16

¹⁶⁸ a.a, s 60

¹⁶⁹ Nationalencyklopedin, 2018

¹⁷⁰ P. Svensson, 2011, s 187

TEORIAVSNITT

Detta avsnitt inleds med en kort beskrivning av hur jag gick tillväga då jag valde de teoretiska perspektiven interaktionsritualer¹⁷¹ samt moralpanik.¹⁷² Därefter beskriver jag vilken relevans de båda perspektiven har för denna uppsats. Därefter redogör jag kort för bakgrunden till Randall Collins teori om interaktionsritualer, genom Emilé Durkheims religionssociologi till Erving Goffmans teorier kring vardagslivets ritualer. Därefter redogör jag för interaktionsritualer och de centrala idéer teorin kretsar kring. Därefter följer en kort sammanfattning av det kompletterande perspektivet kring moralpanik.

VALET AV TEORIER

Då jag utformade min uppsats och landade i valet att studera interaktion, sökte jag främst i den omfattande och mångfacetterade socialpsykologiska teoribildningen för att finna ett lämpligt teoretiskt ramverk. Valet av denna teoribildning avgjordes av socialpsykologins fokus på förhållandet mellan det sociala och individen: hur människan uppfattar andra människor, påverkar dem och positionerar sig i relation till dem, samt hur människans inre påverkas av (direkt eller indirekt) interaktion med andra. Inom den sociologiska socialpsykologin inryms teorier såsom exempelvis symbolisk interaktionism och olika former av emotionsteorier. Hur är individen sammankopplad med, positionerad i förhållande till och påverkar/blir påverkad av samhällets olika strukturer?¹⁷³

Interaktion i denna uppsats är inte något som ska ses som något som individen på eget bevåg söker sig till och skapar, såsom göres gällande i rational choice-teorier. Inte heller är det en interaktion som ska undersökas med organisationsteoretiska ramverk,¹⁷⁴ då jag inte är intresserad av hur hälso- och sjukvårdens organisatoriska ramar påverkar den mellanmänniska kontexten i någon större utsträckning, även om detta berörs i såväl Inledning som Analys.

RELEVANS FÖR DENNA UPPSATS

En av de utgångspunkter jag haft i detta uppsatsarbete är att Laro-mottagningar, som i stort sett all annan missbruksvård, har en normaliserande funktion inbakad i själva uppdraget. En av de mest grundläggande ambitionerna med Laro-program att patienterna ska lämna det narkomana livet bakom sig och återinträda i en samhällelig gemenskap, som nyktra medborgare som kan bidra till sin egen såväl som till samhällets utveckling och välmående.¹⁷⁵ Dagens Sverige är

¹⁷¹ Collins, 2004

¹⁷² Goode & Ben-Yehuda, 1994

¹⁷³ Brante, 2007, s 164

¹⁷⁴ jfr Brante, 2007, s 166

¹⁷⁵ Johnson & Richert, 2015, s 2

diversifierat och lämnar stort utrymme för sina medborgare att skapa en individualitet. Det normala vidgas konstant. Men trots den ökade acceptansen kring levnadssätt som skiljer sig från de vi varit vana vid att se, ser samhället fortfarande på droganvändande som skamligt, avvikande och moraliskt förkastligt. Denna syn, tydligast reflekterad i den svenska narkotikapolitiken, innebär samtidigt att vi ser på droganvändare som moraliskt avvikande och som en grupp vi måste klä av den avvikande identiteten så de kan återinträda i den samhälleliga normaliteten.

Här kommer Randall Collins teori om interaktionsritualer in. Det, med Durkheims benämning, heliga objektet är i mottagningens sociala värld drogfriheten, och det drogfria livet. Det profana blir därför det narkomana livet, livet i missbruk och som aktiv (i detta fall) heroinanvändare.¹⁷⁶ Personalen på mottagningen använder interaktionen för att skapa moraliska känslor kring det drogfria livet, moraliska känslor som måste internaliseras av patienterna och bli en känslomässig aspekt av patienterna för att till fullo kunna återinträda in i den samhälleliga gemenskapen. Det krävs att alla deltagare i en interaktion upplever en solidaritet med målet att bli drogfri – upplever man inte detta går det inte att genomföra en lyckad interaktionsritual i denna setting. Utan gruppsolidaritet kring de moraliska normerna förknippade med Laro-mottagningarnas uppdrag finns det en stor risk för moraliska överträdelser och därmed till att mottagningens moraliska ilska drabbar en, från mindre muntliga tillrättavisningar, till extra urinprov och halverad medicindos, och i värsta fall en rekommendation att byta mottagning. Mottagningen är full av symboler som reflekterar det drogfria målet för behandlingen. Från de strikta tiderna som måste passas, likt arbetsdagens lätt tvingande struktur, till ambitionen att inte lämna positiva urinprover som ett tecken på att det drogfria livet ständigt måste upprätthållas i vardagen för att räknas till fullo.

Vidare ser jag beståndsdelar av den samhälleliga konstruktionen av Missbrukaren i mottagningens maktutövande, och belyser dessa delar med det teoretiska ramverket kring moralpanik. En moralpanik är i korthet en social form av oro med en tydligt definierad fiende, som delas av många, inte står i proportion med det verkliga hotet och fluktuerar i intensitet över tid.¹⁷⁷ Moralpanik är ett samhälleligt fenomen, och befinner sig på en sociologisk makronivå som inte är i analytiskt fokus för denna uppsats. Teorin är inte fullt applicerbar på mottagningens personal och deras interaktion med patienterna, därav har teorin endast en kompletterande roll i denna uppsats. Maktutövningen mottagningen ägnar sig åt är en del i det system de är anställda av, en

¹⁷⁶ jfr. Brante, 2007, s 167

¹⁷⁷ Goode & Ben-Yehuda, 2009, s 43

oundviklig beståndsdel i den narkotikapolitiska kontext som svensk missbruksbehandling befinner sig i. Systemet reflekterar en syn på den enskilde missbrukaren som jag är övertygad om att mottagningens personal inte till fullo instämmer med. Med det sagt finner jag teorin applicerbar i den mening att den belyser hur samhällets syn på missbruk genomsyrar varje millimeter av svensk missbruksbehandling, även på omedvetna, kanske ofrivilliga, plan.

EMILE DURKHEIMS RELIGIONSSOCIOLOGI

Emile Durkheim sökte i religionen efter de grundläggande formerna av solidaritet och villkoren för den sociala ordningen.¹⁷⁸ Durkheims religionssociologi utgår från att det finns vissa trosuppfattningar som delas av samtliga anhängare av ett givet religiös trossystem, och vissa ritualer förknippade med dessa.¹⁷⁹ Durkheim menade att då samhällen blir mer komplexa (läs sekulariserade) måste också föreställningen om det gudomliga bli mer abstrakt, och symbolerna måste kunna appliceras på samhället.¹⁸⁰ I Thomas Brantes läsning av Durkheim¹⁸¹ rör sig religionernas gemensamma nämnare på två plan. Det symboliska planet, där alla religioner delar upp världen i en helig respektive en profan sfär, samt det sociala planet, där den religiösa gemenskapen ger individen lycka och entusiasm. Religionen, menar Brante, är en kollektiv handling som skapar positiv energi för individen. Kulten och det sociala sammanhang som följer med denna är därför det som utgör religionens kraftiga lockelse. Kulten, kollektivet, gemenskapen, fyller individen med energi och livskraft genom gemensamma, regelbundna ritualer.¹⁸²

ERVING GOFFMAN & VARDAGSLIVETS RITUALER

Erving Goffman byggde vidare på Durkheims rituella resonemang och applicerade Durkheims religionssociologi på vardagslivet.¹⁸³ Goffman menade att det moderna samhället byggt upp och byggs upp av interaktionsritualer i vardagliga samtal.¹⁸⁴ Idén om det egna jaget måste som alla andra heliga ideal, ritualer, objekt och idéer, oupphörligen underbyggas av omgivningen. Samtalet, den vardagliga konversationen, är en serie små ritualer i sig själv genom vilka en modern dyrkan av jaget upprätthålls.¹⁸⁵

¹⁷⁸ Brante, 2007, s 167

¹⁷⁹ a.a, s 46

¹⁸⁰ a.a, s 62

¹⁸¹ 2007

¹⁸² Brante, 2007, s 167

¹⁸³ ibid

¹⁸⁴ Collins, 2008, s 64

¹⁸⁵ a.a, s 67

Goffman menade således att konversationer ska ses som en ritual i sig själva, där individer med sina kulturella resurser skapar tillfälliga riter där det viktigaste är det gemensamma fokuset på konversationen och den kulturellt betingade etikett som sammanbinder deltagarna med varandra.¹⁸⁶ En lyckad konversation, och därmed en framgångsrik ritual, får ett slags eget liv och skapar en gemensam trans.¹⁸⁷ Små, vardagliga riter såsom att hälsa på kollegor på morgonen eller att önska kassören i mataffären trevlig helg på fredagseftermiddagen bidrar till konstruktionen av det sociala jaget och i förlängningen till uppbyggandet och bibehållandet av det moderna samhället.¹⁸⁸ Dessa riter är som nämnt ovan kulturellt och situationellt betingade. En ofrånkomlig konsekvens av detta är att de som inte har förmågan att interagera med andra enligt de stipulerade ramarna utesluts och utestängs från samhället.¹⁸⁹

RANDALL COLLINS INTERAKTIONSRITUALER

Durkheims religionssociologi kan, som Goffman visat, vidgas till att vara gällande även i sekulära samhällen. Uppdelningen mellan heligt och profant samt vikten av ritualer kan även återfinnas i sammanhang som inte är präglade av religiositet. Det heliga uttrycks genom symboler, och ritualer används som en förstärkning av gruppen kring den heliga gemenskapen. Ritualer är ett specifikt beteende som ständigt förhåller sig till det heliga.¹⁹⁰ Nedan presenterar jag Collins interaktionsritual-teori, ett ytterligare exempel på Durkheims applicerbarhet även i moderna samhällsformer – och på Laro-mottagningar.

Randall Collins demonstrerar vikten av vardagslivets ritualer.¹⁹¹ Den sociala relationens essens består av utbyte av emotionell energi mellan de olika deltagarna i situationen. Detta är den grundläggande byggstenen i sociala band, gruppsolidaritet, relationer, klasskulturer, och är i förlängningen det som möjliggör makrostrukturer.¹⁹² I *Den Sociologiska Blicken*¹⁹³ menar Collins att den emotionella energin som skapas i ett gruppmöte är en slags social maskin för omvandling av den egna emotionella energin till en social sådan, vilket förstärker den och gör den till något större.¹⁹⁴ För att en sådan omvandling ska ske måste gruppen vara samlad, och handlingarna som utförs måste ritualiseras. De måste ske med en regelbundenhet, en viss rytmik, där den gemensamma handlingen möjliggör för gruppen att uppleva sig som just En

¹⁸⁶ Brante, 2007, s 167

¹⁸⁷ Goffman, 1967, s 113

¹⁸⁸ Brante, 2007, s 167

¹⁸⁹ a.a, s 168

¹⁹⁰ a.a, s 169

¹⁹¹ Boyns & Luery, 2015, s 148

¹⁹² a.a, s 150

¹⁹³ Collins, 2008

¹⁹⁴ a.a, s 51 samt s 53

Grupp. Detta sker bäst genom upprättandet av ett symboliskt objekt som fokuserar gruppens idé om sig själv och den egna gruppidentiteten.¹⁹⁵ Detta objekt, som blir ett heligt objekt med Durkheims terminologi (dock ska nämnas, såsom exempelvis Brante¹⁹⁶ gör, att begreppet helig bör förstås i en vidare mening än den snäva religiösa kopplingen gemene hen kanske gör), kan och bör enligt Collins sammankopplas med idéer, så det skapas både heliga objekt såväl som heliga idéer.¹⁹⁷ Gruppens ritualer kan generera moraliska känslor, vilket innebär att överträdelser eller avvikelser från dessa etablerade mönster bestraffas med moralisk vrede, i värsta fall genom uteslutning ur gruppens gemenskap.¹⁹⁸

RITUELLA INGREDIENSER & RITUELLA UTFALL

En interaktionsritual består av en grupp bestående av minst två individer, som fokuserar på och delar samma känslomässiga upplevelse av ett heligt objekt eller en symbol, vilket skapar en positiv energi inom och mellan individerna – emotionell energi.¹⁹⁹ Denna emotionella energi kräver närvaro av fyra rituella ingredienser:²⁰⁰

- Fysiskt möte i grupp – kroppslig närvaro av två eller fler individer
- Gränser gentemot utomstående – deltagarna måste vara medvetna om vilka som deltar och vilka som inte äger tillträde
- Gemensamt uppmärksamhetsfokus – tydligt visat för samtliga deltagare
- Delad sinnesstämning – gemensam känsloupplevelse

Dessa villkor är en nödvändig förutsättning för ritualen. En interaktionsritual med lyckat utfall skapar en vilja hos de individer som deltagit i ritualen att bevara minnet av ritualen och den emotionella energi som genererats. Detta görs med symboler och heliga objekt. En symbol ska i denna teori förstås som ett tecken för ett heligt objekt. Den emotionella laddningen hos symbolerna har en halveringstid, vilket innebär att den minskar och försvinner om den inte återuppväcks genom nya interaktionsritualer.²⁰¹

En (lyckad) interaktionsritual har fyra effekter eller utfall:²⁰²

- En känsla av gemenskap – *gruppsolidaritet*
- *Emotionell energi* i individen – känslor av samhörighet, kraft och entusiasm

¹⁹⁵ Collins, 2008, s 54

¹⁹⁶ Brante, 2007, s 169

¹⁹⁷ Collins, 2008, s 55

¹⁹⁸ a.a, s 50 samt s 57

¹⁹⁹ Brante, 2007, s 173

²⁰⁰ Collins, 2004, s 48-49

²⁰¹ Boyns & Luery, 2015, s 150

²⁰² Brante, 2007, s 170

- Skapandet/upprätthållandet av *symboler* som representerar gruppen
- Känslor av att dela en gemensam *moral* med andra – en tillhörighet till gruppen känns rätt och riktig. En följd av detta är gränsdragningar gentemot utomstående, samt ilska och indignation mot de som inte respekterar gruppen och dess symboler och ritualer.

OLIKA FORMER AV RITUALER

En ritual i denna teori behöver inte vara en formaliserad ceremoni såsom en högmässa i kyrkan. De kan vara spontana uppvisningar av deltagarnas egen aktivitet – *naturliga ritualer*, såsom en vänskaplig kram. De kan också vara intentionella och planerade – *formella ritualer*, såsom exempelvis ett möte mellan psykolog och patient. Av detta följer att de kan ske i massform såväl som smågruppsform.²⁰³ Interaktionsritualer utspelas således konstant i vårt samhälle, på olika nivåer och mellan olika grupper. Det finns *makt-ritualer* där syftet är att markera och förstärka skillnader mellan grupper, exempelvis då en chef beordrar en anställd att utföra en viss uppgift.²⁰⁴ I *status-ritualer* möts personer från olika stratifierade fält såsom kön, klass, etnicitet etc. I dessa fall går de med mer makt och högre emotionell energi ur interaktionen med ökad emotionell energi, på bekostnad på den underordnades energi.²⁰⁵

SINNESSTÄMNING

Collins skiljer mellan två typer av känslor. Den ena är tillfällig och ibland dramatisk, såsom plötsligt uppkomna känslor av ilska eller eufori.²⁰⁶ Den andra är mer beständig och lågmäld, kan närmast beskrivas som sinnesstämning.²⁰⁷ Denna andra form, sinnesstämningen, är den centrala känslan i interaktionsritualer, då det är den som måste laddas om för att bestå – därav vikten av interaktionsritualens regelbundenhet.²⁰⁸

LYCKAD/MISSLYCKAD RITUAL

Den franska revolutionen i slutet på 1700-talet är ett exempel på en lyckad ritual, som skapade solidaritet och en kraftfull symbolik. En misslyckad ritual kan exempelvis vara ett obekvämt möte med en före detta partner där artigheten dikterar att man ska byta några tomma ord om hur tillvaron är. Misslyckade interaktionsritualer kan dränera individer på positiva känslor, och rentav skapa negativa känsloupplevelser.²⁰⁹ En lyckad interaktionsritual höjer medlemmarnas

²⁰³ Brante, 2007, s 171

²⁰⁴ Collins, 1990, s 35

²⁰⁵ Brante, 2007, s 176

²⁰⁶ Collins, 1990, s 30

²⁰⁷ Brante, 2007, s 171

²⁰⁸ a.a, s 172

²⁰⁹ a.a, s 174

självförtroende, vilket skapar en lust och vilja hos individen att söka sig till fler sociala interaktioner. Därav den engelska benämningen på Collins teori – interaction ritual chains. En misslyckad ritual kan skapa avbrott i denna kedja, om individen väljer att isolera sig på grund av de negativa effekterna av en misslyckad interaktionsritual.²¹⁰ I det dagliga livet är den emotionella energin viktig då den utövar ett avsevärt inflytande på hur individer agerar i sin vardag, såväl som de val de gör i sina sociala interaktioner. Då förvärvandet av emotionell energi har positiva effekter för individen, kommer hen sträva efter möten som är mer sannolika att generera hög sådan.²¹¹ Detta resulterar i att individens sociala relationer och interaktioner följer förutsägbara mönster.²¹²

HELIGA OBJEKT – SYMBOLER

De moraliska normerna i en grupp innebär att individen för att kunna hävda sin tillhörighet med gruppen måste kunna uppvisa en adekvat nivå av respekt för gruppens gemenskap, syfte och, inte minst, dess symboler.²¹³ Symbolerna är viktiga för att ära gemenskapen, bandet mellan medlemmarna och för att bibehålla emotionell energi. Att bryta mot gruppens symbolik skapar ilska och oro i gruppen. Under en naturligt förekommande ritual skapas och manifesteras inte symbolerna lika tydligt som i en formell ritual. En naturligt förekommande ritual är exempelvis en interaktion i ett kompisgäng. Där kan symboler som uppstår bestå i exempelvis internskämt. Under en formell ritual såsom en skolavslutning är symbolerna mer bestämda. *Idas Sommarvisa* kanske spelas, och påminner framöver de som tagit del av denna interaktionsritual om just ritualen och de innebörder som knyts till den.²¹⁴

MORALPANIK: EN KORT INTRODUKTION

Moralpanik är ett samhällligt fenomen,²¹⁵ ett kollektivt beteende inte helt olik modetrender.²¹⁶ Moralpanik uppstår då en grupp i samhället anses vara så pass problematisk att deras beteende och, i vissa fall, deras existens utgör ett så pass stort hot mot själva samhällskroppen att det krävs extraordinära åtgärder för att disciplinera, kontrollera och normalisera gruppen. Det hot gruppen utgör konstrueras som så allvarligt att samhället inte har råd att låta gruppen vara – något måste göras innan det är för sent. Detta ”något som måste göras” innebär i de flesta fall

²¹⁰ Collins, 2004, s 108

²¹¹ Boyns & Luery, 2015, s 150

²¹² a.a, s 150-151

²¹³ ibid

²¹⁴ Boyns & Luery, 2015, s 148

²¹⁵ Goode & Ben-Yehuda, 1994, s 31

²¹⁶ Goode & Ben-Yehuda, 2009, s 41

att den sociala kontrollen i samhället ges mer resurser och legitimitet. Det kan handla om utökad eller ny lagstiftning, längre och hårdare straff, fler poliser och ökad polisiär närvaro.²¹⁷ Ofta får samhällets attityd gentemot gruppen eller beteendet skulden, där samhället anses ha haft en för slapp inställning till problemet.²¹⁸ Häxbränningar på 1600-talet²¹⁹ och tvångssteriliseringar under 1900-talet²²⁰ är två (förvisso extrema) historiska exempel på moralpanikens konsekvenser.

FEM KRITERIER FÖR MORALPANIK

För att något ska kunna klassas som just moralpanik menar Goode och Ben-Yehuda²²¹ att fem kriterier eller beståndsdelar ska vara närvarande eller uppfyllda.²²²

ORO

Det måste finnas en förhöjd nivå av oro kring ett beteende som en grupp ägnar sig åt, och de hotande konsekvenser som det beteendet antas ha gentemot samhällskroppen. Oron kan gestaltas via media, interpersonella relationer, sociala medier och andra kommunikationsvägar, men i vilken form den än förekommer i, innebär denna oro ett säkert tecken på att en moralpanik är i antågande, eller redan utvecklad.²²³

FIENTLIGHET

Det måste finnas en förhöjd nivå av fientlighet gentemot gruppen som anses vara involverade i det hotfulla beteendet. Gruppen konstrueras som en fiende till det respektabla samhället, och beteendet är direkt skadligt för och ett hot mot allt det goda i samhället. Fientlighetskriteriet innebär att det måste gå att identifiera en klart ansvarig grupp i samhället som bär ansvaret för hotet. Därmed skapas en tydlig skiljelinje mellan Vi (samhället) och Dem (den avvikande, ansvariga gruppen). I denna dikotomisering skapas stereotypa konstruktioner av de som tillhör den avvikande gruppen såväl som stereotypa representationer av den goda gruppen.²²⁴

SAMFÖRSTÅND

Det måste finnas en spridd uppfattning av samförstånd, antingen i samhället som helhet eller i tongivande segment, att hotet är verkligt, allvarligt och orsakat av en tydligt definierad grupp. Poängen med samförståndskriteriet är inte att samtliga medlemmar i ett samhälle måste dela

²¹⁷ Goode & Ben-Yehuda, 1994, s 31

²¹⁸ a.a, s 32

²¹⁹ Exempelvis Goode & Ben-Yehuda, 2009, s 42

²²⁰ Nationalencyklopedin, 2017

²²¹ 2009

²²² 2009, s 37 ff.

²²³ Goode & Ben-Yehuda, 2009, s 37

²²⁴ a.a, s 38

uppfattningen eller ens att uppfattningen återfinns hos en majoritet av samhällsmedborgarna. Det är spridningen som är det viktiga.²²⁵

Det finns olika grader av moralpanik, och de fluktuerar över tid och mellan olika grupper. För att vi ska kunna tala om det makrosociologiska fenomenet moralpanik krävs att tillräckligt många upplever moralpaniken tillräckligt intensivt.²²⁶

BRISTANDE PROPORTIONER

Det måste finnas en uppfattning kring att problemets vidd och konsekvenser är avsevärt större än vad det egentligen är. Det ska finnas en oproportionerlig rädsla för det beteende som det råder moralpanik kring, en rädsla som inte överensstämmer med det realistiska hot som beteendet utgör. Ofta används siffror som blåsts upp eller skurits ner så numret av det som hotar inte längre överensstämmer med de ursprungliga siffrorna.²²⁷ Kort sagt ska det finnas underdrifter och, i synnerhet, överdrifter för att en moralpanik ska finnas.²²⁸

FLYKTIGHET

Moralpanik är flyktig till sin natur: den uppkommer relativt plötsligt, även om den kan ligga latent under samhällsytan under längre tidsperioder, och försvinner på nästan samma plötsliga sätt. Vissa typer av moralpanik kan dock bli rutinartade, eller till och med institutionaliserade. Efter att den första paniken ebbat ut ligger den moraliska dimensionen av moralpaniken fortfarande kvar, eller kvarstår i form av sociala rörelser, lagstiftning, informella normer eller andra praktiker av social kontroll.²²⁹

²²⁵ Goode & Ben-Yehuda, 2009, s 38ff.

²²⁶ ibid

²²⁷ a.a, s 40

²²⁸ a.a, s 41

²²⁹ ibid

RESULTAT & ANALYS

För att tematisera min empiri skrev jag ut samtliga observationsanteckningar. Därefter använde jag färgade pennor för att markera avsnitt jag velat studera ytterligare. Dessa klippte jag ut, alltmedan jag förde anteckningar i mind map-form vid sidan av. Efter några genomläsningar kunde jag se vissa teman som återkom oftare än andra: makt-dimensionen och viljan hos patienter och personal att tona ner denna. Strategier personal använder för att skapa relationer och upprätthållandet av en viss typ av ordning. Av naturliga skäl handlade många situationer om medicinering, och om det missbruk patienterna kämpade för att lägga bakom sig. Därefter grupperade jag, och i vissa fall om- och omgrupperade jag, tills jag fått en ordning i materialet jag anser på bästa sätt skapar mening i mina observationer. I redovisningen av resultaten har jag klippt in stycken från observationsanteckningar. Då jag redovisar situationens skeende är texten något indragen, och då jag redovisar citat är den än mer indragen samt föregås av ett talstreck. Utsnitten ska alltså inte förstås som sagda citat om de inte föregås av ett talstreck.

Den huvudsakliga personalstyrkan som jag kom i kontakt med under min observationstid, och som figurerar i empirin, är:

- Antonia (enhetschef)
- Camilla (sjuksköterska)
- Ingrid (sjuksköterska)
- Anna (sjuksköterska)
- Elena (terapeut)
- Viktoria (kurator)
- Stefan (undersköterska)
- Magnus (undersköterska)
- Galina (psykolog)

Övriga namn som figurerar är uteslutande patienter. Både patienternas och personalens namn är fingerade.

Det första temat kallar jag *Missbruket & medicinen*, där situationer kring substitutionsbehandlingens medicinering och syn på sidointag lyfts fram. Här finns situationer kring motivationen att förändra och förändras, som kan svaja såväl för behandlare som för patient. Här finns också situationer som kretsar kring medicinutdelning och även ett exempel på att det även inom pro-

grammet råder delade meningar kring huruvida begreppet ”drogfri” innefattar de som är inskrivna på en Laro-mottagning. Det andra temat heter *Befriare/förtryckare – kompis/kontrollant*. Situationerna i detta tema handlar om närhet och distans, professionalitet och gränssättning. Jag urskiljer gränser mellan såväl behandlare-patient, behandlare-behandlare och även mellan patient/behandlare-icke-patient. Det tredje, *Kramar & konfrontationer*, kretsar kring situationer där personal använt familjära uttryck, samt exempel då personal pratar burdust med patienterna och ger dem uppläxningar, av en nästan uppfostrande karaktär. Det fjärde och sista heter ”*Du ska tänka på dom som barn...*” Detta tema genomsyrar även de andra. Situationerna i detta sista avsnitt handlar om hur personalen kan förhålla sig till vissa patienter, och ibland till hela patientgruppen, såsom en vuxen förhåller sig till ett barn. Här finns både situationer där personal pratar med mig eller med varandra om patientgruppen såväl som interaktion mellan personal – patient, där detta förhållningssätt varit mer eller mindre explicit.

MISSBRUKET & MEDICINEN

En skämtsam kommentar av Viktoria får inleda detta första analytiska avsnitt:

Det ringer på dörren. Viktoria trycker på låsknappen och flera minuter går utan att den som ringde på kommer upp. Viktoria suckar:

- Nu står dom säkert där nere och dealar... kan dom inte deala klart INNAN dom ringer på klockan så man inte behöver sitta här och vänta på dom?

Viktoria ger här uttryck för en självklar acceptans av det faktum att många av mottagningens patienter fortfarande har en fot kvar i en narkomantillvaro. Det drogfria livet existerar för en del patienter endast tillfälligt, då man fysiskt träder in i mottagningens interaktionsritualer. Det är ännu inte en internaliserad hållning av det drogfria livet. Hur mycket allvar som ligger i Viktorias uttalande går att diskutera, jag uppfattade det som en skämtsam reflektion kring vad som får patienterna att ringa på klockan utan att komma in genom dörren.

I och med Laro-programmens ändrade föreskrifter,²³⁰ där avstängningar och spärrtider vid sidointag har tagits bort, har programmets strikta ramar blivit något mer förlåtande. Detta ger dock upphov till en ny sorts konflikt inom programmet, där behandlingen gång på gång kan rubbas på grund av återfall och processen mot en ökad frihet från mottagningen börjar om på nytt. Motivationsarbetet får en stärkt betydelse, då vägen mot drogfrihet blir bredare och mottagningens personal måste ha en enighet kring när behandlingen är verksam och när den inte längre är effektiv. Det innebär dessutom ett behov av en skärpning av den emotionella energin kring drogfrihet på mottagningen.²³¹ Vad krävs för att fortsätta inkluderas i den drogfria gemenskapen, även vid ett återfall? Nedan är ett utdrag från mina observationsanteckningar, där en patient som jag kallar Elvira tar emot en halvdos från sjuksköterskan Camilla, efter att hon helgen innan tagit ett återfall.

Elvira avbryter:

- Ja pissprov, det kommer vara positivt på thc och opiat ja. Så kommer det va. /.../ Men det handlar ju om att göra ett val liksom, att ta ett beslut, det är det man måste göra och man måste bestämma sig [gör en gest mot mig] asså jag har ju en dotter i din ålder och hon säger det att om jag håller på såhär så kommer jag inte få... [avbryter sig, biter sig i kinden] asså jag kommer missa allt liksom. Gå miste om allt. Och jag vill ju inte det, det är inte det valet jag vill göra. /.../ Asså det är inte deras [Elviras vänner i aktivt missbruk] fel, det är ju inte deras skuld, felet är ju mitt, det var jag som tog beslutet liksom, det är inte deras fel. De tvingade mig ju inte. /.../ de vet ju liksom, ingen tvingar mig, inte som asså när jag började här du vet och det kom en kille och

²³⁰ HSLF-FS 2016:1

²³¹ jfr. Boyns & Luery, 2015, s 150

skulle sälja till mig du vet [biter sig i kinden, gör ett smackande ljud] och då visade jag han den här kuvertet du vet, jag visade honom det och sa DU!... nae fy fan asså det är fult, riktigt fult att gå på någon i behandling som försöker vara ren liksom. Fan, det är fult asså...

Camilla:

- Ja, det är fult. Riktigt fult. Men du, Elvira... raring... lyssna på mig [fattar Elviras händer över bordet, håller dem och tittar på henne tills Elvira lyfter blicken och möter hennes] De vänner du har, de som är riktiga vänner, som du har ända in här [gör en gest mot bröstkorgen] de som har dig där, de förstår ju om du säger till dem att du, jag går i behandling...

Elvira avbryter:

- Ja men asså det är ju inte deras fel ju, det var jag som tog beslutet och så är det, man måste fatta ett beslut, rätt beslut liksom.

Elvira betonar vikten av att välja, vikten av att inse att man har ett ansvar och att det egna beslutsfattandet har konsekvenser som påverkar inte bara den omedelbara framtiden. Hennes resonemang har en karaktär som får mig att tänka på ett manus. Betoningen av att göra val, såväl bra som dåliga, låter nästan inövat. Det blir som ett försvar, en bekräftelse inför Camilla att Elvira vet att hon gjort ett dåligt val och är medveten om de konsekvenser som den typen av val för med sig. Elvira ber om ursäkt utan att säga det rakt ut. Detta tolkar jag som ett tecken på att Elvira införlivat de moraliska normer som mottagningen vilar på,²³² de drogfria dogmer alla patienter måste försöka leva efter, under hot att förlora mer än bara halva sin medicinos. Elvira kämpar för att bygga upp ett drogfritt liv, men har svårt att släppa taget helt om den narkomana tillvaron och de vänner hon har i aktivt missbruk. Detta är en svårighet som gäller för många som lämnar missbruk: det är trots allt en hel värld att lämna bakom sig och den befolkas av vänner som i många fall ställt upp då ingen annan gjort det. Camilla påminner Elvira om att det finns andra människor i den nya, drogfria världen, människor som inte röker heroin eller cannabis då Elvira sitter bredvid. Genom att i förväg erkänna sitt återfall och säga att hon förstår på vilket sätt hon gjort överträdelser gentemot mottagningens moraliska normer återdefinierar Elvira in sig i mottagningens ritualistiska interaktion. Hon vill inte gå miste om den värme interaktionsritualerna (läs mottagningen) skänker sina medlemmar (läs patienter) och gör därför sitt yttersta för att visa ödmjukhet inför de moraliska överträdelserna.

Motivationsarbetet kan ibland bli tröttsamt, även för de mest skickliga behandlare. Detta belys-tes för mig en dag då jag satt i Viktorias rum, då det var lugnt på mottagningen och vi satt och

²³² jfr. Boyns & Luery, 2015, s 148

småpratade om vad jag vill göra efter uppsatsarbetet är avslutat. Jag berättade att jag vill arbeta med denna målgrupp, varpå Viktoria sa att det är en tuff målgrupp att arbeta med:

- De flesta kämpar ju mest bara för att vara drogfria, vissa inte ens det och det går inte att arbeta vidare med typ sysselsättning och boende och sånt i såna fall...

Jag:

- ... utan mest överleva dagen liksom?

Viktoria:

- Jamen precis. När det handlar om det så går det inte att arbeta mot vidare mål som jobb och sånt. Såklart. Bara att ha nånstans att bo och pengar till mat... och annat...

Hur givande arbetet än kan vara med denna målgrupp kvarstår det faktum att motivationsarbetet ibland kan vara så pass dränerande av den emotionella energin att en lyckad interaktionsritual blir svår att få till.²³³ Ibland kan det rentav bli så pass problematiskt att en annan behandlare får ta över ansvaret för en patient:

Ingrid pratar med Viktoria om att hon vill 'byta bort' en av sina patienter. Ingrid har kämpat för att få honom bort från ett sidomissbruk av en substans men han återfaller ständigt. Hon är trött på hans ursäkter och menar att hon inte har resurserna som krävs för att hjälpa honom. Hon imiterar honom: "jag STRETAR och jag STRETAR och jag STRETAR" säger hon med hög mörk röst och gör stora armrörelser och tittar ner i marken. Hon säger att hon inte kan arbeta med honom såsom hon jobbat med en annan patient, Konrad. Konrad lyckades hon få bort från ett av hans sidomissbruk genom intensivt motivationsarbete, men hon menar att en annan sköterska får ta över patienten hon pratar om nu för hon orkar inte traggla med honom mer.

Denna patient är en person som Ingrid inte känner att hon når fram till. Hans sidomissbruk är av en sådan karaktär att hon inte längre vet hur hon bäst ska hantera det. Hans ursäkter och hans hävdande att han kämpar klingar inte längre rätt i Ingrids öron. Märk väl att Ingrid inte menar att han inte längre bör vara en del av mottagningens moraliska gemenskap: hon tvivlar inte på hans intentioner att sträva mot ett drogfritt liv men hans problematiska beteenden kan inte hon personligen rå på. Med min teoretiska tolkningsram läser jag situationen som att den emotionella energi²³⁴ som är så viktig i arbetet på mottagningen börjar sina för Ingrid, och det bästa i det läget är, enligt Ingrid, att patienten får byta ansvarig sjuksköterska.

Vikten av en grundläggande samsyn på mottagningens moraliska grund belystes för mig vid ett tillfälle då Elena pratade om drogfrihet med tre patienter i väntrummet:

²³³ Brante, 2007, s 174

²³⁴ Boyns & Luery, 2015, s 150

- Asså jag säger det att drogfrihet handlar om att välja en drogfri väg och sen fortsätta gå, bara gå gå gå, du vet. Det är sant, det är så. Missbruket är ju bara kul i början.

En av de tre, en man i övre medelåldern som jag kallar för Örjan, skrattade då till och sa att hans missbruk inte varit kul på 30 år. Elena sa att det viktiga är att fortsätta sträva efter nykterhet även efter det att abstinensen är över, att det är nyckeln till ett drogfritt liv. Det drogfria livet innebär att man inte längre behöver förlita sig på att piller ska lösa alla problem, och att med metadon kan man leva ett drogfritt liv. Örjan säger då:

- Fast det [drogfri] är man ju inte med metadon...

Varpå Elena tystnade, tittade på Örjan och pausade i några sekunder. Till saken hör att en sådan tvekan var ovanlig för Elena, som pratar högt och mycket utan att tveka innan hon säger något. Ytterligare några sekunder gick, innan Elena slutligen sa:

- ... men det är ju lagligt förskrivna medicin. Det är ju en annan sak.

Därefter skrev jag såhär i mina observationsanteckningar:

Örjan mumlar sitt medgivande till detta, tittar bort, kroppsspråk hos någon som är osäker på sin sak, obekvämt, tydligt medveten om något slags övertramp i situationen.

Som jag redogjort för i korthet i denna uppsats inledning är Laro en omdebatterad verksamhet, där det finns mer eller mindre polariserade åsikter kring huruvida substitutionsbehandling är den mest effektiva vården av opiat-/opioidberoende²³⁵ eller om det rör sig om en statligt sanktionerad narkotikadistribuering.²³⁶ Denna samhällliga debatt har återverkningar som syns även inne på Laro-mottagningar, såsom exemplet ovan visar. Lalanders informanter ger uttryck för en liknande åsikt, där metadon av informanten Leif ses som en slutstation i kampen mot narkotikaberoendet, alternativ som en fortsättning av beroendet, men i en annan form.²³⁷

Det intressanta i ovan exempel är, förutom att det visar att den samhällliga debattens polariserade återverkningar finns även inne på mottagningen, hur Elena utan ord, men ändå plågsamt tydligt demonstrerar för Örjan att hans syn på metadonprogrammet inte är den som mottagningens interaktionsritualer baseras på. Örjans syn på behandlingen som ett fortsatt drogintag går i kliché mot mottagningens grundläggande syfte att leda patienterna bort från den nar komana vägen och in på den rätta, den goda, den riktiga vägen. Om Örjan definierar sig själv som både droganvändare och drogfri, då han är patient på mottagningen, innebär det att han

²³⁵ Se exempelvis Richert & Johnson, 2015, s 1

²³⁶ Se exempelvis Eriksson & Tegnander, 2015

²³⁷ Lalander, 2016, s 157

definierar in en ny grupp i mottagningens gemenskap. Detta ändrar de rituella ingredienserna²³⁸ och därför blir det rituella resultatet²³⁹ annorlunda. Jag tolkade situationen som att Elena inte visste hur hon skulle förhålla sig till detta uttalande. Kanske Elena varit så övertygad om att mottagningens solidaritet otvetydigt definierade substitutionsbehandlingens patienter såsom drogfria, att en annan åsikt från ”en av de våra” kom som en överraskning.

Vid mitt första besök på mottagningen berättade Antonia hur det går till då mottagningen tar emot nya patienter, både förfarandet med pappersarbete, remisser och läkarbedömningar såväl som den sociala biten. I första samtalet brukar Antonia enligt egen utsaga säga följande:

- Jag säger till dom det, att ni kommer hit av den ena av två anledningar. Antingen för att få gratis knark, eller för att ni vill nåt med ert liv genom att den här medicinen. Och ni måste välja något av det, du får inte båda.

Antonia gör det alltså tydligt från första stund att det enligt henne (och kanske då mottagningen i stort – rentav enligt hela substitutionsbehandlingens grundläggande filosofi?) inte är möjligt att se substitutionsbehandling som både drog och medicin. Antonias målande språk gör att det är lätt att visualisera ett bedömningssamtal på mottagningen, där Antonia och mottagningen står för att vilja göra något med sitt liv och att metadon eller buprenorfin är första steget på den vägen. En blivande patient som sökt hjälp för sitt missbruk kommer troligtvis inte välja definitionen av substitutionsbehandling såsom gratis knark. Redan här etableras således en del av de rituella ingredienser som är grundläggande för mottagningens ritualistiska interaktioner. Samtidigt ser vi konturerna av den moralpanik på vilken missbruksbehandling ofta är grundad.²⁴⁰ Uttalandet om ”gratis knark” är en tydlig positionering gentemot en samhällelig bild av den snyltande, manipulativa missbrukaren som gör vad som helst för en kick.²⁴¹ Patienterna på mottagningen vill något med sina liv. När samförstånd kring dessa båda bilder²⁴² är etablerat och överenskommet kan mottagningen och patienten gå vidare tillsammans för ett utvecklande av interaktionsritualer.

²³⁸ Collins, 2004, s 48-49

²³⁹ a.a, s 48

²⁴⁰ jfr. Goode & Ben-Yehuda, 2009, s 41

²⁴¹ a.a, s 38

²⁴² jfr. a.a, s 38ff.

BEFRIARE/FÖRTRYCKARE – KOMPIS/KONTROLLANT

En lyckad interaktionsritual handlar i grunden om känslan av att dela en moralisk gemenskap.²⁴³ Enskilda återfall kan inte skaka den moraliska gemenskapen mottagningen byggt upp kring drogfriheten, men upprepade förseelser kan ses som ett tecken på att individen inte respekterar de moraliska reglerna kring gemenskapen,²⁴⁴ som är så viktiga för mottagningens legitimitet.²⁴⁵

- Då blir det halv dos idag Rasmus. Du är ju positiv på opiat och THC fortfarande.

Rasmus tar den halva dosen och lägger den under tungan. Sen frågar han var hans hemdos är. Camilla ser lite frågande ut.

- Nej, du Rasmus... det blir ju ingen hemdos idag. /.../

Rasmus ser frågande ut. Camilla fortsätter:

- Vi [mottagningen] använder oss av tre månaders drogfrihet, tre månaders rena u-toxar, inga sidomissbruk, inga återfall, inga hot eller annat sånt tjafs, först då kan man börja med hemdoser.
- Nämen, asså, jag FATTAR ju att jag inte kan få hemdos idag kanske, men kanske om typ en vecka eller nästa helg eller?...

Camilla säger nu, strängt,

- Men Rasmus, du har precis fått en halv dos för att du tagit ett återfall där du rökte både cannabis och heroin, och då spelar det inte någon roll Rasmus att du varit inskriven här hur länge för det börjar ändå om på ny kula. Det börjar om nu och nu är det här och framåt som gäller. Så är det.

Rasmus mulnar allt mer. Tittar på Camilla, försöker ta in och förstå. Till slut säger han:

- Så jag har fuckat det för mig själv alltså, är det det du sitter och säger?

Camilla tvekar. Sen säger hon:

- ...jo på ett sätt är det ju så... Men du är här nu, Rasmus, du får den här dosen idag och snart kommer du inte längre vara positiv på opiat och då börjar vi om igen.

Rasmus säger ingenting. Camilla frågar hur det är.

- Äh, fy fan... jag är bara så jävla trött på att cykla hit hela jävla tiden...

Camilla:

- Jag förstår det Rasmus, jag förstår att det är jobbigt...

Rasmus [reser sig upp]:

- Ja, men inget att göra åt tydligen, inget att göra... /.../

Rasmus går, stänger dörren bakom sig med en lätt smäll. Camilla suckar och ser på mig:

- Du ser, alltså det är det som är så speciellt med det här, att vi är både befriare och förtryckare på samma gång liksom, det är speciellt.

²⁴³ Brante, 2007, s 170

²⁴⁴ ibid

²⁴⁵ Johnson & Richert, 2015, s 2

I detta möte fick Camilla konfrontera Rasmus med det faktum att hans återfall resulterat i att hans framsteg de senaste månaderna strukits och att han börjat om på ruta ett. Camilla kan förstå Rasmus frustration över att behöva komma till mottagningen varje dag, i regn, snålblåst eller snöstorm, punktligt mellan 09.00 och 11.45. Hon kan bekräfta den giltighet de känslorna innehar som Laro-patient. Men hon kan inte dela dem fullt ut. Båda är medvetna om detta. Det är fortfarande en social relation, då det rör sig om två individer som samspelar tillsammans.²⁴⁶ Visst råder det skillnader i makt dem emellan – Camilla har rätt att neka Rasmus en heldos medicin och rätt att dra in hans utökade frihet från mottagningen. Men Rasmus är en service-mottagare och Camilla en servicegivare, och Vårdvalet²⁴⁷ innebär att Rasmus kan lämna mottagningen om han inte är nöjd med de tjänster den tillhandahåller. Men sett till den omedelbara situationen är det otvetydigt så att Camilla kan neka Rasmus en heldos medicin. Han kan välja att byta mottagning men det kommer inte att resultera i att han får både heldos och hemdos omedelbart.

Det finns formella och informella system av övervakning inbyggda i Laro som organisationsform. De formella består exempelvis i urinproven, och de informella av en ytlig förstakoll av patienten när hen kommer till mottagningen.²⁴⁸ Stefan och jag samtalade om detta en av de första observationstillfällena, varpå Stefan sa till mig:

- Men jag menar, asså om de ERKÄNNER sidointag, så är det klart att man väntar några dar med urinprovet, man vill ju ge dem en chans, vara lite schysst mot dem också liksom...

Undersköterskornas huvudsakliga uppgift består i att vara den första kontakten med patienterna och att göra en snabb första lägeskoll. Lägeskollen består i både fysiska aspekter, såsom att göra utandningsprov med alkometare för att försäkra sig om att patienten inte druckit alkohol innan hen kommer till mottagningen. Den innehåller också sociala aspekter, såsom att kolla om patienten uppträder som sitt vanliga jag och inte verkar agiterad eller påverkad av någon annan substans, såväl som att småprata lite under tiden då patienten väntar på sin tur. Deras interaktion med patienterna följer tydliga mönster, och i detta snäva utrymme är det svårt att finna plats att få igång en interaktionsritual. Att de får representera de delar av Laro-programmet som mest är kopplade till makt och kontroll, det vill säga provtagningen, tydligast manifesterat i urinproven, gör inte relationsbyggandet lättare. Genom små handlingar av tillit till patienten, som att inte

²⁴⁶ Brante, 2007, s 165

²⁴⁷ Andersson & Johnsson, 2017, s 17

²⁴⁸ Lilly et al, 1999, s 272

utsätta hen för det kränkande i att göra ett urinprov som hen själv säger kommer visa positivt på någon substans, kan undersköterskorna skapa utrymme för en positiv interaktion.²⁴⁹

Det mönster undersköterskornas interaktioner med patienter följer framstod för mig under mina observationer som det sätt att interagera med patienterna, som inom de snäva ramar deras yrkesuppgifter stipulerar blivit ett maximerande av den emotionella energi som kan flöda mellan dem och patienterna.²⁵⁰ Genom små handlingar såsom att avdramatisera själva urinprovet, vara lättsam kring utandningsprovet eller, som i detta exempel, vänta med urinprovet några dagar, har undersköterskorna på mottagningen utarbetat strategier som gör det så lätt som möjligt att skapa goda relationer mellan dem och patienterna.

Nedanstående exempel belyser en problematik som finns då en ung kvinna arbetar med socialt arbete i allmänhet, och kanske med denna målgrupp i synnerhet. Det är svårt att bli sedd som professionell, likaså är det svårt att undgå förmaningar kring att undvika att bli sedd som någon man kan tala till på ett olämpligt sätt. Att som ung kvinna vilja berätta för en jämnårig, manlig patient att han har fina ögon då han inte är påverkad av diverse substanser kan därför vara en knepig sits att befinna sig i. Å ena sidan ligger det goda intentioner bakom uttalandet, tydligt kopplad till mottagningens syfte att uppmuntra och underlätta till ett drogfritt liv. Å andra sidan föreligger komplikationer, som både Anna och Magnus kommer in på:

Jag och Viktoria har varit ute i köket och ätit varsin bit överbliven tårta. När vi går bortåt i personalkorridoren kommer Anna ut från sitt rum, får syn på Viktoria och går mot oss.

- Hallå du, Viktoria, kom ett tag [fnissar] jag måste fråga dig en grej [fnissar, vänder sig bort med en förlägen gest, går längre ner i korridoren]

Viktoria ser road ut, går närmare henne. Jag följer efter, lite osäker på om jag är inkluderad i situationen. Men Anna ler mot mig och säger sen till Viktoria:

- Asså du Viktoria [fnissar] du asså jag vill säga till Leo, asså du vet hur han är när han inte tar benso, asså han är ju så snäll och söt och jag vill liksom säga det till honom, typ så att 'vet du vilka fina ögon du har när du inte tagit benso asså verkligen JÄTTEFINA' men asså det kan jag inte säga va? Det kan jag inte säga väl?

Viktoria:

- ... nae asså JAG hade nog inte sagt det men....

Magnus rullar plötsligt in i konversationen. Han har suttit i ett av kontoren jämte korridoren och gjort något på en dator och nu för han stolen bakåt så vi kan se honom. Han avbryter, samtidigt som Viktoria skrattar högt och säger:

- Jaha där satt du och tjuvlyssnade Magnus!

²⁴⁹ Brante, 2007, s 176

²⁵⁰ jfr. Boyns & Luery, 2015, s 150-151

Magnus säger till Anna:

- Asså du KAN INTE säga det så, det kan du bara inte, det går inte...

Anna [slutar le, fnissar inte längre]:

- ... men asså det är så orättvist för INGRID kan ju säga sånt liksom, det är liksom inget konstigt med det men JAG kan inte det för jag är...

Magnus:

- Ja men du, det har med åldern att göra förstår du väl, du kan inte säga en sån grej liksom det går inte. Det skulle bli helt galet om du gjorde det.

Anna:

- Nej, asså jag VET JU DET egentligen men nån borde ju säga det tänkte jag...

Annas vilja att berätta för Leo om denna vardagliga aspekt av drogfrihetens fördelar kan tolkas som en del i mottagningens fokus på familjärt bemötande.²⁵¹ Annas förfrågan kring huruvida det är lämpligt att ge Leo komplimangen är en tydlig illustration av Neale och Kennedys studieresultat att det är gynnsamt att arbeta i team kring denna målgrupp.²⁵² Jag fick uppfattningen att frågan var något Anna ville ta upp med just Viktoria, kanske på grund av att de båda är kvinnor och jämnåriga. Anna ville förmedla något kring drogfrihetens positiva sidor till en patient, men kände att hon på grund av sin ålder och sitt kön inte kunde, utan behövde råd kring hur hon kunde säga det utan att det skulle kunna misstolkas som olämpligt.

Situationen fungerar som ett bra exempel på en spontan, naturlig ritual,²⁵³ och som ett exempel på att interaktionsritualer utspelas konstant i vårt dagliga liv.²⁵⁴ När Magnus plötsligt tar del i interaktionen avbryter han den fjärde rituella ingrediensen i interaktionsritualerna: den klara gränsen mellan vilka som deltar och vilka som inte gör det.²⁵⁵ Ritualen byter karaktär efter detta. Först var det en skämtsam situation där Anna visste att hon inte kunde säga det hon ville säga, men undrade hur hon kunde komma runt de flörtiga aspekterna av det hon ville förmedla. När Magnus dyker in gör han det med en förnuftig röst. Han svarar inte på Viktorias skämtsamma överraskning att han var en oväntad deltagare i situationen. Jag upplevde också att Anna blev annorlunda. Istället för att fortsätta fråga hur hon kan förmedla det hon vill säga till Leo beklagar hon istället att det gäller andra regler för henne än för exempelvis Ingrid.

Eftersom Anna talar utifrån en maktposition på mottagningen, i och med att det är hon som delar medicin,²⁵⁶ kan en kommentar av denna art tolkas som ett slags demonstration av maktövertaget. Samtidigt skulle en komplimang kring drogfrihetens positiva inverkan på någons yttre

²⁵¹ jfr. Richert, 2014, s 113ff.

²⁵² Neale & Kennedy, 2002, s 200

²⁵³ Brante, 2007, s 171

²⁵⁴ Collins, 1990, s 35

²⁵⁵ Collins, 2004, s 49

²⁵⁶ Lalander, 2016, s 182

kunna användas för att uppmuntra drogfrihet,²⁵⁷ snarare än att enbart tolkas som en flörtig kommentar. Samtidigt kan Leos uppbyggande av en ny identitet kring ett drogfritt jag underlättas om Anna är med och bygger upp hans jag med positiva förstärkningar av denna sort.²⁵⁸

Relationsskapande kan, som Neale och Kennedy påvisar, underlättas av att personal i kontakt med målgruppen använder sig av skämt och en lättsamhet.²⁵⁹

Anton tar medicinen och lägger den under tungan. Därefter har han och Camilla ett långt samtal om muntorrhet och varför det uppstår och hur man kan undvika det. De skoj-bråkar lite om hur det kommer sig att ”tjackisar” [amfetaminmissbrukare] ofta tappar tänder. Medan Anton tar sin väska och knäpper jackan och börjar gå mot dörren säger Camilla:

- ...och du Anton – du ler mot mig! Du ler! Jag blir så glad!

Anton ler igen, något förläget, höjer handen till hälsning och går.

Jag frågar om jag ska stänga dörren. Camilla nickar och säger sedan:

- Du vet, han suicidhotade igår. Igår eftermiddag satt han här och sa, jag tror hans exakta hot var att han skulle gå och skjuta sig i huvudet /.../ han skulle till [extern psykolog mottagningen samarbetar med] igår förstår du, för du vet, asså medan han promenerade till [psykologen] så ringde jag och förvånade liksom och så fick jag lite feedback på det nu. Inga suicidhot och [paus] såg du! Att han LOG MOT MIG!

Medicinen är både en oundviklig förutsättning såväl som en bemötandestrategi för Camilla. Trots allt går relationen ut på att Anton är där för medicinen, men den blir också en byggsten i deras interaktion. Det är ett utmärkande drag hos en sjuksköterska som är bra att ha inom LARO-verksamheter – hon får medicinen att bli en naturlig del av samtalet, något man kan skämta kring samtidigt som man ger information och råd.²⁶⁰

Interaktionsritualen som utspelade sig mellan Camilla och Anton var till viss del en formell ritual, i den mening att det är ett formaliserat möte mellan en behandlare och en patient. Men själva innehållet i ritualen påminde mig om en naturligt förekommande ritual. En språklig rytm upprättas genom deras samtal och gemensamma kunskapsområden och användning av slang.²⁶¹ Användningen av uttryck som de båda förstod innebörden av (”tjackisar”) är en viktig del i den emotionella energi som utvecklades i mötet.²⁶² Skämtandet skapar också en slags fysiologisk harmoni dem emellan. Att Anton ler då han lämnar rummet tolkar jag som ett tecken

²⁵⁷ jfr. Johnson & Richert, 2015, s 12

²⁵⁸ Collins, 2008, s 67

²⁵⁹ Neale & Kennedy, 2002, s 201

²⁶⁰ jfr. exempelvis Lilly et al, 1999, s 274f.

²⁶¹ Rossner, 2011, s 96

²⁶² Boyns & Luery, 2015, s 148

på att hans sinnesstämning är väsentligt annorlunda än den Camilla beskrev att han hade då han lämnade mottagningen föregående dag.²⁶³

Nedan situation är ett exempel på varför Elena är en så uppskattad person på mottagningen:

Elena går förbi Camillas kontor och tittar in. Hon stannar till, hälsar på Cecilia, ska precis gå vidare när det verkar som att hon kommer på något. Hon hejdar sig, kommer in på kontoret och säger samtidigt:

- Hallå du asså jag har tänkt säga de. Att vem fan var han [stänger dörren] vem FAN var den påtända killen som stod och skrek på daj? [Cecilia börjar skratta] Asså han var helt väck asså stod och RAHRAHRAHRAH och jag bara såg han och tänkte att vafan han är hög som en jävla åsna och han stod å skrek på daj vem fan va de? [Cecilia kiknar av skratt, slår sig på knäna] Å jag tänkte så att du skulle sagt te han, asså du skulle sagt att han skulle kontakta maj, du vet, jag skulle gett daj ett hög sånthär mina visitkort du vet, du skulle gett han ett sånt och sagt du, kontakta henne, bara ta kontakt med henne, hon hjälper daj, hon jobbar me sånt du vet. [Cecilia skrattar hjärtligt under hela Elenas historia. Kommer inte med förklaringar, bara skrattar]

Elena har en god förmåga att uppvigla smittsamma positiva känslor hos den grupp i vilken hon befinner sig.²⁶⁴ Med sina gester, sin humor och sitt språkbruk får hon Cecilia att skratta ordentligt. Elena definierar på ett självklart sätt in Cecilia i mottagningens gemenskap. Jag tolkar det som att Elena genom att kalla en aggressiv man för ”påtänd åsna” skapar ett tydligt avstånd mellan honom och Cecilia. Cecilia tillhör mottagningens gemenskap, tillsammans med Elena och personalen såväl som med de andra patienterna som kämpar för ett nyktert liv. Det är också ett intressant exempel på en liten, spontan interaktionsritual. I situationen befinner sig förutom Elena och Cecilia jag och en sjuksköterska – vi är alltså en grupp på fyra personer. Vi delar den emotionella upplevelsen av Elenas imitation av mannen, även om varken jag eller sjuksköterskan deltog i den ursprungliga situationen. Det skapar en liten gruppidentitet i sig själv.²⁶⁵ Vi blir alla smittade av den emotionella energi Elena är så skicklig på att skapa – vi skrattar alla åt hennes humoristiska skildring av den aggressiva mannen som skrikit på Cecilia. Gränserna gentemot utomstående framstår som tydliga både i Elenas skildring av mannen såväl som att hon stänger dörren om oss.²⁶⁶

²⁶³ jfr Brante, 2007, s 171

²⁶⁴ Collins, 2004, s 108

²⁶⁵ a.a, s 54

²⁶⁶ jfr. Collins, 2004, s 48-49

KRAMAR & KONFRONTATIONER

- Vi jobbar med kramar också. [Elena går fram till mig och kramar mig] Kramar kostar inget! Gratis!

Ömhetsbetygelser förekom ofta på mottagningen. Personal använde fysisk närhet såväl som varma ord och en subtil anda av tillgivenhet för att skapa emotionell energi på mottagningen.

Ingrid kommer ut och hämtar Emma som står på tur:

- Emma hjärtat kom in till mig nu!

Gränserna mellan patient och personal är ibland otydliga. Emma hade i detta fall lika gärna kunnat vara en vän eller en annan informell relation till Ingrid. Kanske möjliggör mottagningens ringa storlek en mer personlig relation till patienterna.

Anette ska gå efter sitt samtal med Galina. Hon vinkar hej då till väntrummet. Elena kommer snabbt gåendes ut från personalkorridoren när hon hör att Anette är på väg ut:

- Puss Nettan! Puss!

Anette säger 'puss puss' och börjar gå. Varpå Elena följer efter, hejdar Anette i dörren och säger 'du! Puss!' Anette skrattar och de pussar varandra på munnen.

Med bakgrund i min teoretiska referensram kan jag tolka dessa situationer med kramar, ömma ord och en nästan familjär stämning som ett sätt att skapa moraliska känslor kring mottagningens syfte. Genom att koppla ihop drogfrihet, vilken mottagningen strävar efter för sina patienter, med en varm känsla av tillhörighet blir drogfriheten – det heliga – en del av en gemenskap man inte vill uteslutas ifrån. Så länge patienterna befinner sig inom de gränsdragningar mottagningen stipulerat utgör de inte längre ett hot gentemot samhällskroppen.²⁶⁷ Det kärleksfulla, kärvännliga ska ställas i kontrast gentemot det tidigare hotande beteendet. Gemenskap kan endast uppstå om gränsdragningar gjorts gentemot det som inte faller inom ramarna för denna gemenskap. Människobehandlande organisationer handlar trots allt om gränsdragningar mellan det normala och det avvikande, mellan det som behöver åtgärdas och det som inte kräver något större ingripande.²⁶⁸

Även om dagens missbruksvård i många avseenden är mer progressiv än sina föregångare finns närheten till moralpaniken kvar under ytan. Den svenska missbruksvården är som påvisat ovan uppbyggd under de decennier då den svenska narkotikapolitiken var som mest repressiv. Då missbruksvård inte är en tillfällig institution i vårt samhälle, ser vi tydligast moralpanikens

²⁶⁷ Goode & Ben-Yehuda, 2009, s 37

²⁶⁸ Hasenfeld, 1983, s 4ff.

kriterium kring flyktighet i den institutionaliserade aspekten av de moraliska ställningstaganden som ligger till grund för nästan all missbruksbehandling i en svensk kontext.²⁶⁹

Antonia berättar för mig om en patient som kommit in till mottagningen och varit arg över att socialen inte betalat hysavinsen denna månaden. Hen hade varit högradigt upprörd och när Antonia talat med hen och lugnat ner hen framkom det att hen glömt att lämna in avin. Hon sa då till hen att hen skulle ta avin, gå till sin soc, och:

- ... be på dina bara knän, asså du ska SLICKA RÖV, och du ska böna och be att de betalar den [hysesavin]. För det är MINA pengar som betalar din hyra, MINA skattepengar. Jag stod framför [patienten] och sa så, motivera mig, motivera mig att fortsätta betala din hyra. Gör det! Motivera mig!

I Antonias konfrontativa sätt att be patienten motivera henne att fortsätta betala skatt finns de fem kriterierna explicit och implicit. Antonias hävdande att det är just hennes skattepengar som går till patientens hyra är en retorisk överdrift, för att poängtera något hon vill få fram. Detta är en relativt svag förekomst av kriteriet kring bristande proportioner, men jag känner ändå att det bör lyftas då denna tendens att dra exempel till sina extremer är en vital del av teorin kring moralpanik. Oron²⁷⁰ finns manifesterad i hennes krav på att patienten ska ge henne anledning att tro på att hen kämpar för att lämna det narkomana livet bakom sig, för hon vill inte känna att hennes skattepengar går till att upprätthålla en narkoman livsstil. Fientligheten framstår i Antonias tydliga dikotomisering.²⁷¹ Det är hon och andra skattebetalare som står för det normala och det goda, och patientens livsstil är det som hotar samhällskroppen och som måste förändras fullständigt. Antonia blir en representant för hela gruppen som inte har en narkoman livsföring och som kräver konkreta uppvisningar av kamp för att fortsätta betala patientens hyra. I denna dikotomisering kan jag också se samförståndskriteriet,²⁷² där Antonia talar utifrån en uppfattning kring vad skattepengar ska gå till, där en narkoman livsstil inte innefattas.

Elena till finkladd patient i väntrummet:

- NÄMEN HEJ SNYGGING. FY FA-AN VAD SNYGG DU ÄR

Den familjära känsla som skapas på mottagningen kan också syfta till att göra besöken på mottagningen till något mer än en börda. Den emotionella energi som genereras i dessa familjära möten hade, som jag tolkade situationen, en positiv effekt på de patienter som fick detta kärleksfulla bemötande.²⁷³

²⁶⁹ jfr. Goode & Ben-Yehuda, 2009, s 41

²⁷⁰ a.a, s 37

²⁷¹ a.a, s 38

²⁷² a.a, s 38ff.

²⁷³ jfr. Boyns & Luery, 2015, s 150

Anette säger högt till rummet i stort:

- Jaha ja men då går jag väl ner då. Då går jag väl då.

Galina tar tag om Anettes axlar:

- Men du! Du! Varför ska du gå?
- Jamen alla sviker mig ju, alla bara sviker mig och går.
- Men du, inte jag väl. Jag sviker väl dig aldrig!
- Nej, inte du, du skulle aldrig svika mig. Du ställer alltid upp!
- För att jag tycker så mycket om dig Nettan! Jag tycker så mycket om dig.
- Jag vet det...

De kramas. Anette säger in i Galinas axel:

- Jag älskar dig.

Galina suckar och kramar Anette hårdare.

Mottagningens kärleksfulla sätt att bemöta och interagera med sina patienter kan liknas vid det resonemang Philip Lalander uppehåller sig vid i *Människor behöver Människor*: att då en professionell gör saker på ett sätt som inte brukar göras förstärker det patientens känsla av att vara en äkta människa, av att den professionella är något bortom bara en gestaltning av den formella organisationen.²⁷⁴

Patienterna hade olika preferenser vad gällde vilken personal de valde att prata mest med, vilken typ av skämt som drogs och vilken allvarlighetsgrad problemen som dryftades hade. Jag kunde därför efter ett antal observationer börja se mönster i de interaktioner jag fick se på mottagningen, och tillhörande verkningar av den emotionella energin.²⁷⁵ De personal med särskilda band till patienterna, samma personal som oftast småpratade lite extra med en patient och som visste lite mer om hens förehavanden, kunde också konfrontera patienterna på ett tuffare sätt.

En situation jag observerade detta tydligt kring var då en manlig patient som jag kallar Lars hade samtal med läkaren. Mottagningens läkare finns inte på plats varje dag och har inte samma patientkontakt som övriga personalgrupper. Läkaren tar även andra typer av beslut än mottagningens fastare personal. Därför rör mötena med läkaren ofta upp kraftigare känslor än de med exempelvis undersköterskorna, även om undersköterskorna är de som sköter urinproverna. Lars blev i läkarsamtalet upprörd då han ansåg att läkaren anklagade honom för att ha ett omfattande sidomissbruk av bensodiazepiner. Lars uttalade diverse hot mot läkaren, exempelvis att han skulle vänta på läkaren efter mötet och ”sparka in skallen” på hen. Denna situation stod ut i skarp kontrast mot följande, där Stefan och Hampus stod vid receptionen och samtalade:

²⁷⁴ Lalander, 2016, s 122

²⁷⁵ Boyns & Luery, 2015, s 150-151

Det är svårt att hänga med i Hampus historia. Han hoppar mellan nutid och dåtid snabbt, drar in många olika personer i konversationen: mig, Stefan, Elena, Alexandra, Anette, och frågar efter andra som inte är där. Han pratar fort, högt och ivrigt, med stora kroppsrörelser. Stefan lägger en hand på Hampus arm:

- Du, du, Hampus, titta på mig du. Lugna dig lite.

Hampus tittar ner i marken, plötsligt stilla, mumlar:

- Jo jag vet men asså det har varit så jävla jobbigt vettu och jag mår så jävla dåligt du vet, asså bara jag pratar om det blir jag så jävla ledsen, bara vi pratar så börjar jag gråta nästan, ser du, det är allt jag gör, mamma och pappa håller ju på att flippa vet du och vet du igår så var jag hos läkaren ju och då fick jag två nya antidepressiva. Så nu äter jag tre...

Stefan avbryter honom:

- Du Hampus, det är inte bara antideppen du blir sån här av, det är ju för att du [viskar] äter så jävla mycket benso också [normalt röstläge igen] då blir man ju sån här, det vet du ju.

Efterspelet till denna situation innehöll inga hot. Hampus bekräftade snarare det Stefan sa och samtalet gick vidare i något lugnare tempo, men med fokus på Hampus omfattande intag av olika substanser och hans plan för att genomgå en inneliggande avgiftning.

Hampus dröjer sig ofta kvar vid receptionen efter att han fått sin medicin. Han och Stefan pratar om fotboll, om leguaner och om vilka skor som är skönast att gå på hårda golv med. Deras relation har ett djup som möjliggör att mikro-interaktionsritualer kan ske, med rituella ingredienser och rituella resultat²⁷⁶ som går att jämföra med ett möte mellan två bekanta som stöter på varandra i vardagliga sammanhang. Detta tangerar det Lalander konstaterar: om man tycker om att ses är relationen något annat än strikt professionell.²⁷⁷

Den narkomana identiteten finns ständigt närvarande på mottagningen, både manifesterad i vissa patienter som tydligare än andra uppfyller förutfattade meningar kring hur en heroinanvändare ser ut, såväl som i subtila symboler för mottagningens syfte. I en konversation med Camilla beskrev hon en av patienterna för mig:

- Ja, asså hon är tung narkoman, riktigt tung narkoman, det tror du inte när du ser henne, liten tant liksom, men ja. Riktigt tungt belastad. Men hon kämpar! Hon gör sina val! Du hörde, hon säger det själv, det gäller att göra ett val liksom och det är ju det hon gör när hon väljer att röka heroinet. Det är också det hon gör när

²⁷⁶ Collins, 2004, s 48-49, Brante, 2007, s 170, samt Boyns & Luery, 2015, s 150

²⁷⁷ Lalander, 2016, s 115

hon kommer hit. Viktigt att påminna dem om det, henne om det att det är liksom inte bara återfall ju, hon kommer ju hit och kämpar och så.

Camilla är mycket mån om att jag, som hon, ska se på patienten som tungt belastad, även om patienten inte ger uttryck av att vara riktigt så problemtyngd. Samtidigt framhåller Camilla hur patienten kämpar för att hålla sig drogfri, hur hon gör aktiva val både i ”rätt” riktning såväl som i ”fel” riktning. När Camilla säger att det är viktigt att påminna ”dem” om det, framstår det för mig att Camilla gjort denna patient till en slags symbol²⁷⁸ för det patientarbete mottagningen bedriver. Patienten, den tungt belastade narkomanen, kämpar för drogfrihet. Hon gör sina val och hon är beredd att ta konsekvenserna som följer av dem, såväl positiva som negativa. Återfall är en del av processen att bli drogfri, det är en del av problembilden vid missbruk och beroende.²⁷⁹ Genom att avdramatisera återfall så gott det är möjligt, exempelvis genom att poängtera att patienten har makten att välja att gå till mottagningen och fortsätta kämpa för drogfrihet, inkluderar Camilla återfall i den moraliska gemenskapen,²⁸⁰ med villkoret att återfallet inte hindrar individen från att fortsätta sträva mot drogfrihet.

Likaså speglar nedanstående konversation mellan mig, Stefan och Magnus en syn på vilka patienter som kan inkluderas i mottagningens verksamhet:

Stefan:

- Asså vi kan ju inte ta hand om människor med alltför stor psykiatrisk problematik. Det primära hos vår patientgrupp ska vara beroendet liksom, inte det psykiatriska, även om det här [mottagningen] är en del av psykiatrin. Vi har liksom inte resurser att ta hand om vad heter det, liksom mer avancerade problem, om någon behöver typ KBT eller så, andra längre behandlingar, vi har inte dom resurserna. Vi kan vara behjälpliga med kortare samtal med vår psykolog men det är liksom allt. /.../ Vi har en bra patientgrupp nu, en lugn grupp som man kan resonera med och prata med [Stefan vänder sig till Magnus som precis kommit till receptionen] Jag sa det Magnus att vi har [pratar med lägre röst] en bra patientgrupp nu, eller hur, lugn och så, eller hur?

Magnus svarar, också med låg röst:

- Ja, den vi har nu är bra, eller ja bra och bra kanske man inte säger, men lugn liksom, vi har haft problem innan, stökiga personer som gjort det liksom otryggt här, mer stökigt i väntrummet, inte väntat på sin tur, lämnat positiva urinprov och sagt saker i stil med ’njuter du nu din jävla sadist’ och sådant märker de andra

²⁷⁸ jfr. Brante, 2007, s 170

²⁷⁹ se exempelvis Nylander, 2012, s 144

²⁸⁰ jfr. Collins, 2008, s 55

patienterna, man kan inte komma hit och pusta ut, andas, om det är en sådan stämning här.

Jag:

- Hur jobbar man, eller ni, med mer, ja, utåtagerande patienter?

Magnus:

- Vi ber dem byta klinik helt enkelt. Ja, asså vi rekommenderar dem att söka sig någon annanstans för samarbetet funkar inte. [Stefan nickar] Vi rekommenderar överhuvudtaget patienter som kommer hit att söka flera kliniker, asså redan vid första samtalet. Olika kliniker har olika sätt att arbeta på. Vissa har en mer psykiatrisk inriktning, andra mer strikta förhållningsregler [ställer sig rakt i ryggen, pekar med hela handen], du delar medicinen, och sen är det inte mer med det. Här håller vi det mer avslappnat, informellt, samtal om ditten och datten men samtidigt är medicinen i fokus och arbetet med sidomissbruk och annat.

I dessa fall kan bytet av mottagning ses som både tjäna mottagningens såväl som patientens bästa. Om mottagningens arbete ska kunna fortlöpa, krävs det att samtliga är överens om vilka mål som ska strävas efter. Ett äventyrande av mottagningen kan ses som ett äventyrande av hela substitutionsbehandlingen.²⁸¹ Det är missvisande att beskriva mottagningen som selektiv med vilka patienter de väljer att arbeta med, det är snarare en förväntad konsekvens av Vårdvalet. Mottagningar i Skåne har genom detta kunnat bli mer specialiserade och skapa en tydligare profil kring verksamheten.²⁸² Det resulterar i gränsdragningar som stipulerar vilka patienter som ”passar in” och vilka som bör söka sig till en annan mottagning. De tydliga gränsdragningarna fungerar både som en utestängning av de patienter som inte passar ihop med mottagningens sätt att arbeta, såväl som ett sätt att stärka den moraliska gemenskap kring drogfriheten som råder på mottagningen. Drogfriheten måste vara i centrum för alla patienter som är inskrivna på mottagningen. Är det inte det så delar inte patienter och personal gemensamt uppmärksamhetsfokus,²⁸³ vilket rubbar villkoren för den ritualistiska interaktionen. Att ifrågasätta undersköterskornas intentioner med urinproven blir ett ifrågasättande av den moraliska gemenskapen.²⁸⁴ Detta ifrågasättande kan leda till den rättfärdigade ilska som uppstår vid kritik av det heliga eller symboler för det heliga, något som ytterligare skärper gränserna och individen måste välja mellan att rätta sig i ledet eller lämna det.

²⁸¹ Johnson & Richert, 2015, s 10f.

²⁸² Andersson & Johnsson, 2017, s 15

²⁸³ Collins, 2004, s 48-49

²⁸⁴ Brante, 2007, s 170

”DU SKA TÄNKA PÅ DOM SOM BARN...”

Under min tid på mottagningen observerade jag en hel del situationer och interaktioner som uppvisade en syn på patienterna som varandes omyndiga. Ofta märkte jag att personalen konstruerade patienterna som något oförmögna till det ansvarstagande som vuxenlivet avkräver av en person som ska räknas som en fullvärdig medlem av samhällskroppen.

Ett exempel på detta är ett av mina första möten med mottagningens kurator Viktoria:

Det ligger en lapp bredvid Viktoria i receptionen. Där står ett, två, tre i en kolumn, och så namn bredvid. Hon skriver upp patienterna när de kommer. Dels för att hålla koll på vilka som kommit, dels för att hålla koll på turordningen. Ibland blir det tydligen bråk om vem som kom först. Det blir det vid ett tillfälle idag också. Viktoria säger då ifrån på skarpen. Eller inte på skarpen så mycket som det är hennes vanliga tonläge. Hon har ett konfrontativt sätt att prata, vilket jag inte finner alldeles oangenämt och som verkar gå bra hem hos patienterna också. Hon frågar mig var jag bor på samma sätt som hon säger åt Frank att det inte är hans tur att gå in till sköterskan.

Ett mer explicit sätt på mottagningens konstruktion av vuxen – barn (läs personal – patient) finns i följande situation, där jag och Stefan sitter i receptionen när Bengt och Anette ringer på dörren och släpps in. Efter hälsningsfraserna skedde följande:

Stefan påminner Bengt om att han har ett möte imorgon på ett behandlingshem klockan elva. Bengt upprepar informationen. Viktoria kommer ut. Det gör Antonia också. Antonia kramar om Anette och står sedan med armen om henne och frågar Bengt om han fått kallelse till lungkliniken än. Bengt:

- [mumlande]: ja... nej... kanske... är inte säker faktiskt.

Antonia frågar om han kollat posten. Om han varit hemma den senaste tiden. Bengt svarar:

- Asså nja jag var inge hemma igår, då gick jag inte hem ju...

Antonia säger:

- Ja men Bengt, du har väl ändå varit hemma NÅN GÅNG den senaste veckan. Eller de senaste två veckorna, eller tre veckor, fyra veckor.... [Bengt mumlar jakande. Antonia fortsätter:]
- Men du Bengt, du får ju ÖPPNA POSTEN och LÄSA DEN. Har du tänkt på att minnet kanske har att göra med att hjärnan inte får tillräckligt med syre på grund av [gör en gest över sin egen bröstorg] lungorna. Du har ett EGET ANSVAR ÖVER DIN EGEN SITUATION.

Bengt mumlar jakande. Antonia tittar på mig och säger:

- Det säger jag till mina barn också. Att dom har ett eget ansvar som dom måste ta.

Under tiden som mina observationer fortskred förstod jag att de som är inskrivna på mottagningen rentav söker sig till just denna mottagning på grund av denna familjära känsla. Känslan

av att Antonia är en orolig, men sträng, mamma förstärks av hennes omfamnande av Anette och av det skämtsamma likställandet mellan sina egna barn och Bengt.

Här blir det inneboende paternalistiska förhållningssättet till missbruksbehandling tydligt på en mikronivå. Missbrukaren fräntas sin vuxna roll och blir ett barn igen, som behöver uppfostras och disciplineras. I vissa fall är det rentav så att synen på missbrukaren är av en sådan art att den vuxna människan inte ses som färdigutvecklad, utan som ett slags förvuxet barn. I ett samtal mellan mig, Ingrid och Viktoria framkom det en syn på somliga patienter såsom varandes tonåringar fortfarande. Ingrid uttryckte bland annat att vissa av patienterna börjat med substansmissbruk i så unga år att deras hjärna inte färdigutvecklats, så att hon ibland fann sig själv sittandes i samtal med en femtioårig person som löser problem och hanterar konflikter på samma sätt som en femtonåring.

Bengt, precis som Antonias barn, måste lära sig att han har ett eget ansvar och internalisera detta ansvarstagande. Den normaliserande aspekten av Laro-programmen innebär trots allt inte endast att individen ska komma ifrån det narkomana livet, utan även att individen ska integreras som en fullvärdig samhällsmedlem – en medborgare som öppnar post och passar tider.

Psykologen Galina reflekterar kring patienterna:

- Du vet dom är barn dom här. Du ska tänka på dem som barn duvet. Alltså... anknytning, du vet. Anknytningsteorin. Och det saknas en bra anknytning. Och de testar heroin och heroin du vet samma receptorer, dopaminreceptorer, som när bebis ligger i mammas famn och har ätit och du vet, avslappnad och trygg. Samma område i hjärnan som det, samma område som heroin rör. Och vanliga människor duvet, vanliga med anknytning, de tar heroin och tänker hm, mhm, men du vet de fastnar inte. Men de utan anknytning, som bara sett sin mammas rygg, de tar heroin och känner att ah... jag är *hemma*. Du vet, det är ett hem. Och på mottagningen ser vi dem som barn som inte fått anknytningen. De har inte blivit sedda. Vi ser och vi bekräftar. Och jag jobbat på andra mottagningar, denna är speciell för de här, dom är barn alltså, de är bara barn.

Genom bekräftelse och att bli sedd, på mottagningen, skapar personal emotionell energi i patienterna som syftar till att skapa en gemenskap kring drogfriheten.²⁸⁵ Att bli sedd och bli bekräftad kopplas ihop med drogfrihet. Att inte bli bekräftad, att bli förvisad eller avvisad kopplas ihop med det narkomana livet, det som man ska lämna bakom sig likt man lämnat sin trasiga barndom bakom sig. Så som jag tolkar Galinas reflektion innebär den, i en komprimerad och

²⁸⁵ Brante, 2007, s 173

förenklad version, att en dålig anknytning skapar en trasig barndom. En trasig barndom skapar heroinister. Heroinister måste bli drogfria. Drogfri blir man med substitutionsbehandling. Substitutionsbehandling får man på mottagningen. Man blir sedd på mottagningen. Som en nystart. En ny familj, en ny mamma, en ny anknytning.

Galina skapar två kategorier. De vanliga, trygg anknytning, de som provar heroin och inte får ut någon speciell effekt av det. Vanliga människor som fått ligga i sina mödrars famnar, som kan prova heroin utan att fastna. Patienterna på mottagningen konstrueras som ovanliga. De har ingen trygg anknytning, de har bara fått se sina mödrars ryggar och de provar heroin och känner genast att de fått ett hem i drogens effekter.

En intressant aspekt av detta citat är den vikt Galina lägger vid mödrarnas roll i patienternas missbruk. Hela skulden läggs på moderns oförmåga att knyta an till sitt barn, och fädernas roll nämns inte alls. Detta trots att jag fått lyssna till många historier om dysfunktionella fadersfigurer under min tid på mottagningen. Det har riktats feministisk kritik gentemot anknytnings-teorins fokus på mödrar och deras förmåga (eller oförmåga) att skapa en trygg anknytning till sitt barn,²⁸⁶ men då detta inte är uppsatsens fokus lämnar jag denna diskussion därhän.

Vidare kan Galinas emfas kring mödrarnas oförmåga att skapa en trygg anknytning ses som ett uttryck för fientlighetskriteriet i moralpanik. De bristfälliga mödrarna skildras i Galinas ut-saga som stereotypa skildringar av distanserade mammor, där de vänder sina barn ryggar. Deras ryggar ges ansvaret för ett senare utvecklande av ett beroende.²⁸⁷

Galinas citat belyser också det ritualistiska i att se och bekräfta som en grundläggande be-mötandestrategi.²⁸⁸ Mammans rygg blir en del av det narkomana livet, en symbol för det pro-fana, en orsak till varför ett problematiskt beteende senare i livet uppstår. En trygg anknytning blir en symbol eller en helig idé kring det heliga livet,²⁸⁹ det drogfria livet. Patienterna behöver denna anknytning, bli sedda och bekräftade, för att kunna bli en del av den samhälleliga, mo-raliska gemenskapen.²⁹⁰ Den egna emotionella energin som omvandlas till en gemensam i ett möte där man blir sedd och bekräftad skapar också en känsla av att vara en del av något större, någon slags familjär känsla.²⁹¹ Sinnesstämningen efter ett möte med Galina ska vara en känsla av tillhörighet och en känsla av att man arbetar med andra mot målet till ett drogfritt liv.²⁹²

²⁸⁶ Se exempelvis Jarvis & Russel, 2003, s 211

²⁸⁷ Goode & Ben-Yehuda, 1994, s 32

²⁸⁸ Brante, 2007, s 169

²⁸⁹ Collins, 2008, s 55

²⁹⁰ Brante, 2007, s 169

²⁹¹ Collins, 2008, s 51 samt s 53

²⁹² jfr. Boyns & Luery, 2015, s 150

Vidare såg jag flera exempel på mottagningen kring missbruksbehandlingens inneboende repressiva karaktär, där personer i missbruk fråntas sin vuxna, självständiga identitet och reduceras till att helt enkelt inte veta sitt eget bästa. Följande utdrag från mina observationsanteckningar illustrerar detta, vid ett tillfälle då Elena förde ett resonemang kring huruvida försörjningsstöd i högre grad borde ha karaktären av ”veckopeng”:

Jag sitter kvar i Viktorias rum då hon följer med en annan patient till ett SIP-möte utanför mottagningen. Jag hör väntrummet lika bra här inne som då jag sitter där, då Viktorias kontor ligger precis bredvid och dörren är öppen. Elena står som vanligt ute i väntrummet och pratar med de som sitter och väntar på sin tur. En av patienterna har problem med sin son och dennes försörjning, att hans ekonomiska bistånd inte räcker hela månaden ut, då sonen har ett missbruk som kräver finansiering. Elena:

- ...jag säger det till er att soc ska gå till pengar, mat, kläder, hygien. Har alltid sagt det. Jag säger att om du ska knarka upp dina pengar du får vara kriminell. [Spridda skratt från patientgruppen i väntrummet] Jamen faktiskt, du får vara kriminell tills du åker fast, faktiskt, för det är skattepengar, mina skattepengar, jag betalar inte för ditt knark, ska du knarka får du vara kriminell. Jag har sagt till soc ibland att ge han inte pengarna en gång i månaden utan ge han veckopeng, soc säger att näe men inte om han inte vill men då säger jag att vafan det spelar väl ingen roll vad han vill, ge han veckopeng så han inte knarkar upp skiten, det tar ju två dagar så är allt soc borta och vad händer då. Han får ändå vara kriminell. Faktiskt. Tills man åker fast, så är det bara.

Det narkomana livet är ett liv där man inte får eller bör använda de pengar man fått från de goda hedervärda medborgarna för att klara sin försörjning. Knark är illegalt och ska därför inte kunna gå att köpa med pengar som hederliga arbetare betalat till staten. Jag tror inte att citatet ska ses som att Elena uppmanar till kriminalitet, utan snarare som en emfas av hennes åsikt att en illegal ekonomi som droghandel inte bör livnäras med legala medel.

Elenas kompromisslöshet möts med skratt från patienterna, som räknas in till de hedervärda medborgarna. De använder inte längre (enbart) sina ekonomiska medel på drogmarknaden. Elenas resonemang låter hårt men logiken bakom resonemanget är tydlig. Den emotionella energin som Elena skickligt lockar fram med sitt rättframma sätt och sitt drastiska ordval²⁹³ förstärker solidariteten kring de moraliska normerna –att leva ett hederligt och drogfritt liv, med en legal försörjning där pengar man får för sitt uppehälle ska gå till förnödenheter, inte till illegala substanser. Återigen ser vi bevästandet av det drogfria livet som det symboliska objekt och den

²⁹³ jfr. Collins, 2008, s 51 samt s 53

heliga idé som upprätthåller gruppidentiteten²⁹⁴ såsom vara en drogfri, hederlig skara med tydliga gränser mot det profana, narkomana livet. Då interaktionen på mottagningen sker dagligen för de flesta av patienterna, blir den vardagliga interaktionen ett slags ritual i sig självt. Den vardagliga interaktionen, där Elena diskuterar veckopeng med väntrummet och väntrummet deltar med skratt och gemensamt uppmärksamhetsfokus innebär att de moraliska känslorna som är en central del av interaktionsritualen²⁹⁵ också kan komma att kopplas till personer såväl som till mottagningens dagliga skeende.

Citatet är också en tydlig illustration av mitt ovanstående resonemang kring moralpanikens relevans i denna uppsats, där den samhällliga konstruktionen av missbrukaren ger återverkningar ner på individnivå in i behandlingssystemet. Droganvändares ekonomi bör inte skötas av dem själva. Försörjningsproblematiken bör läggas på myndigheterna, där missbrukaren förpassas till rollen av ett barn i relation till en förälder som får lära sig att hushålla med sin ekonomi och ges frihet under ansvar med en liten summa pengar varje vecka. Det är en extraordinärt intervenerande åtgärd som Elena föreslår, där individen själv fråntas det vuxna ansvaret över sin egen ekonomi och den socialsekreterare som har hand om försörjningsstödet ges ett föräldralikt ansvar över sin klients ekonomiska förhållanden. Denna intervenerande åtgärd är ett tydligt tecken på moralpanikens grundläggande hållning att något måste göras åt ett upplevt problem, företrädesvis skärpt social kontroll.²⁹⁶ Elena skapar en stereotyp bild av en missbrukare, som använder upp sina ekonomiska medel på mycket kort tid för att köpa droger. När pengarna är slut måste hen vända sig till brottslighet för att ha råd med sin livsföring (inklusive nya köp av narkotika). Hennes svepande formuleringar, såväl som hennes skarpa ordval kryddar hennes åsikter med en viss överdrift kring problemets vidd.²⁹⁷

Jag vill också belysa att den familjära aspekten av mottagningens arbete även uttrycks i andra former än en brysk, uppfostrande hållning. Jag exemplifierar detta med en väntrumssituation, där Galina uttrycker sig på ett sätt som jag finner typiskt för hennes bemötande gentemot patienterna.

Galina kommer ut i väntrummet. Hon får syn på Marcus som sitter och väntar.

- Nämen HEJ Marcus DARLING!

Marcus får en kram. Hon frågar hur det är och han säger att han är rastlös och orolig i kroppen, att han har ”restless legs” och att ”det är ADHDn”. Hon frågar hur det går med kärleken. Han säger att

²⁹⁴ Collins, 2008, s 54

²⁹⁵ a.a, s 57

²⁹⁶ Goode & Ben-Yehuda, 1994, s 31

²⁹⁷ a.a, s 41

det går dåligt. Galina säger att han borde ha en äldre kvinna som kan ta hand om honom. Marcus säger att allt mellan 23 och 33 går bra.

Galina skrattar:

- Du vet jag kommer testa alla flickvänner du har, du vet. Ta med dom hit! Det blir som vad heter det prinsessan och ärtan du vet!

I detta möte suddas linjerna mellan professionell och patient ut. Galina iklär sig rollen som en modersgestalt, som kan hjälpa Marcus hitta rätt i kärleksdjungeln. Det finns mycket lite i citatet som avslöjar vilken typ av interaktion som vanligtvis utspelar sig i denna kontext. Det är en typ av jargong mellan Galina och Marcus som inte ofta återfinns i väntrum i en sjukvårdsinrättning. Denna typ av situation, där Galina bemöter patienter såsom en vän eller rentav en familjemedlem, utspelades frekvent under min tid på mottagningen. Det skedde dagligen, och blev en typ av interaktionsritual i sig själv där det familjära välkommandet följde en komprimerad version av en interaktionsritual. Exempelvis kan vi se de tydliga gränserna gentemot utomstående i Galinas kommentar kring att Marcus borde ta med potentiella partners till mottagningen för att genomgå en slags godkännande-process. Visserligen är denna kommentar fälld på ett skämtsamt sätt, men den är ett uttryck för något som ligger latent i mottagningens interaktion. Galinas kommentar framstår för mig som ett explicit uttryck av den latent emotionella energi som byggs upp på mottagningen, i den dagliga interaktionen mellan personal och patienter. Syftet är att generera moraliska, varma känslor gentemot det drogfria livet och den gemenskap som byggs upp på denna drogfria grund. Genom Galinas moderliga sätt skapas kraftfulla emotionella band som sammanbinder mottagningen med familj, med gemenskap och solidaritet. Denna emotionella laddning är en nyckel i förståelsen av mottagningens symboler och heliga objekt.²⁹⁸ Galina blir en symbol för det varma och goda i gemenskapen hos mottagningen.²⁹⁹ Tanken att bryta mot mottagningens föreskrifter innebär tanken på att behöva lämna Galinas ömma skämtsamhet, vilket troligtvis är ett gott incitament att fortsätta på den drogfria vägen.

²⁹⁸ Jfr. Collins, 2008, s 54

²⁹⁹ Jfr. Brante, 2007, s 170

AVSLUTANDE DISKUSSION

Samspelet jag beskrivit och tolkat i denna uppsats har många gånger haft drag av något som närmast kan beskrivas som en dysfunktionell familj. Det finns en familjär ömhet, men samtidigt ett genomgående drag av omyndigförklarande. Galinas omfamning av Anette, Antonias tillrättavisande av Bengts försummelse av sin brevlåda och Ingridis ömma ord till Emma. Alla reflekterar en typ av samspel som är lika unika som den kontext de utförs i.

Det går att tolka mottagningens interaktioner på många sätt. Vi kan se dem som uttryck för en varm gemenskap, eller kanske som ett skickligt sätt genom vilket man maskerar de disciplinära åtgärderna genom att förklä dem i en familjär omsorg. Bortom ömma ord och kramar finns nämligen ständigt den normerande effekten som metadon och buprenorfin förväntas ha på denna grupp människor, som av samhället ses bärande av något ytterst problematiskt och hotande. Systemet är fortfarande ett system, även om det döljs bakom ord som darling och hjärtat, även om personalen intar en varm modersgestalt eller en sträng föräldrauppsyn. Om man vet hur narkotikapolitiken historiskt har sett, och fortfarande ser, på patientgruppen blir det betydligt mer cyniskt. Verksamheten är trots allt kontrollerande och disciplinär i grunden.

Men både personal och patienter är fullt medvetna om i vilken kontext de möts. Patienterna ska återanpassas och personalen är de som sköter denna återanpassning genom diverse kontrollåtgärder. Personalen vet att det system de företräder är disciplinärt, kontrollerande, rentav misstänkliggörande. Patienterna vet att de intar en diametralt motsatt roll till denna. De förväntas komma till mottagningen varje dag, sitta och vänta på sin tur, och lämna övervakade urinprov. Ingen låtsas som att mottagningen är något annat än en mottagning som sysslar med läkemedelsassisterad rehabilitering för opiat-/opioidberoende. Att förneka att personal och patienter inte är medvetna om maktbalansen är att inte ta in de empiriska exempel jag byggt denna uppsats kring. Camilla som suckar och säger att hon är både förtryckare och befriare och Magnus reflektion kring att somliga patienter tror att han är en sadist för att han arbetar med det han gör, gör det tydligt att personalen inte går till jobbet utan att reflektera över det system de är en del av. Jag skulle snarare hävda att det är en del av deras dagliga arbete att förhålla sig till bilder av Laro-verksamheten. Personalen är medvetna om vilken roll de har, och vilket system de är en del av. Denna uppsats har visat på hur en mottagning utarbetat strategier för att kunna arbeta så bra som möjligt även om synen på dem som förtryckare är plågsamt närvarande i varje möte. Om personalen på mottagningen resignerade inför detta faktum och reducerade sin interaktion med patienterna till en strikt professionell hållning där medicin delades ut, där urin testades och SIP-möten bokades in skulle mottagningens karaktär inte längre existera. Personalen har skapat

strategier som tar interaktionen bortom den snäva rollfördelningen som en anställning på en Laro-mottagning på papperet ser ut att vara det enda alternativet. Dessa strategier skapar möten, och således även relationer, som inte är fastlåsta i institutionella ramar. Genom upprättandet av en familjär stämning kring det drogfria målet kan såväl personal som patient vila i en övertygelse om att vilja varandra väl. Kanske är det ett lömskt sätt för systemet att i smyg disciplinera och kontrollera. Men om fler människor lämnar det narkomana livet bakom sig, med de påfrestningar och de skador det livet kan innebära, bör vi verkligen ifrågasätta mottagningens familjära bemötande bara för ifrågasättandets skull?

Patienternas roll kan säkerligen kännas både frustrerande och ledsam, i ett system av misstänkliggörande, av att ständigt behöva bevisa att man kämpar, att behöva cykla till mottagningen varje dag, i ösregn eller stekande sol. Att lämna den narkomana värld där man tidigare spenderat all sin vakna tid är hårt nog. Att ikläda sig patientrollen på en mottagning där man inte behandlas som en person utan enbart som ett beroende, ett missbruk eller en diagnos blir kanske ännu ett hårt slag mot den redan prövade självkänslan. I kontrast mot detta kan mottagningen jag studerat i denna uppsats ställas. En mottagning där personalen oftare kramar än konfronterar, där personal lägger märke till om man klätt sig extra fint en dag och där samtal lika naturligt kan handla om husdjur som om hur mycket bensodiazepiner man tar på ett dygn.

Det är inte på grund av personalen som patienterna kommer till en Laro-mottagning. Men det är kanske därför de stannar kvar.

REFERENSER:

- Adams Tucker, Leigh, & Govender, Kaymarlin. Ethical considerations for research involving boys diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder. i *Early Child Development and Care*, vol. 187 nr. 7 (2017): s. 1147-1156
- Allbutt, Helen, & Masters, H., Ethnography and the ethics of undertaking research in different mental healthcare settings. i *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 17, nr 3 (2010): s. 210-215
- Andersson, Lisa & Johnsson, Björn. *Vårdval LARO – en målorienterad intressentutvärdering*. Rapport/Malmö Högskola. Malmö: Institutionen för hälsa och samhälle, Malmö Högskola, 2017.
- Anonyma Narkomaner NA Sverige. *Vad är anonyma narkomaners program?* 2017. <https://www.nasverige.org/beroende> (Hämtad 2017-12-30)
- Anonyma Narkomaner NA Sverige. *Välkommen till NA*. 2017 <https://www.nasverige.org/beroende/valkommen-till-na/> (Hämtad 2017-12-30)
- Bartlett, Robin, Brown, Laura, Shattell, Mona, Wright, Thelma, & Lewallen, Lynne, Harm Reduction: Compassionate Care Of Persons with Addictions. i *Medsurg Nursing* 22, nr 6 (2013): s. 349-358
- Boyns, David, & Luery, Sarah. Negative Emotional Energy: A Theory of the “Dark-Side” of Interaction Ritual Chains. i *Social Sciences* vol., nr 4 (2015): s. 148-170
- Brante, Tomas. En teori om interaktioner, ritualer och emotionell energi. i *Sociologisk tidskrift*, vol. 15, 2007, s 164-185
- Bryman, Alan, *Samhällsvetenskapliga metoder*, Liber, Malmö, 2011
- Collins, Randall. Stratification, Emotional Energy, and the Transient Emotions. i Kemper, T. (red.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions*, New York: SUNY Press, 1990, s. 27– 57
- Collins, Randall, *Interaction ritual chains*, Princeton University Press, Princeton, N.J., 2004
- Collins, Randall, *Den sociologiska blicken: att se bortom det uppenbara*, 1. uppl., Studentlitteratur, Lund, 2008
- Den svenska steriliseringspolitiken. *Nationalencyklopedin*. 2017. <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/sterilisering/den-svenska-steriliseringspolitiken> (Hämtad 2017-11-14)

- Ds 2015:56. *Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige.*
- Edman, Johan & Blomqvist, Jan. Jakten på den verksamma vården: Kunskapssträvanden och målsättningar inom den svenska missbrukarvården under ett sekel. i *Narkotika. Om problem och politik.* red. Börje Olsson, Stockholm: Norstedts Juridik, 2011, s. 101-137
- Ekendahl, Mats. The construction of maintenance treatment legitimacy: a discourse analysis of a policy shift. i *Evidence & Policy: a Journal of Research, Debate and Practice.* Vol 5, nr. 3 (2009): s. 247-265
- Fook, Jan, *Social work: critical theory and practice*, SAGE, London, 2002
- Gilchrist, Gail, Moskalewicz, Jacek, Slezakova, Silvia, Okrublica, Lubomir, Torrens, Marta, Vajd, Rajko, & Baldacchino, Alex, Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. i *Addiction* 106, nr 6 (2011): s. 1114 – 1125
- Gilligan, Carol. In a Different Voice: Womens' Conceptions of Self and of Morality. i *Harvard Educational Review* vol. 47, nr. 4 (1977): s. 481-517
- Goldberg, Ted. *Hur blir man narkoman? Och hur hindrar vi det?*, Academic Publishing of Sweden, Solna, 2010
- Gombert, Karolina, Douglas, Flora, McArdle, Karen, & Carlisle, Sandra, Reflections on ethical dilemmas in working with so-called 'vulnerable' and 'hard-to-reach' groups: experiences from the Foodways and Futures project. i *Educational Action Research* vol. 24, nr. 4 (2016): s. 583–597
- Goode, Erich & Ben-Yehuda, Nachman, *Moral panics: the social construction of deviance*, Blackwell, Cambridge, Mass., 1994
- Goode, Erich & Ben-Yehuda, Nachman, *Moral panics [Elektronisk resurs] : the social construction of deviance*, 2. ed., Wiley-Blackwell, Malden, MA, 2009
- Harm Reduction Journal. *About*. 2018. <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/about> (Hämtad 2018-01-13)
- Hasenfeld, Yeheskel, *Human service organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1983
- HSLF-FS 2016:1. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.*
- Hydén, Lars-Christer. Att bemöta och bemötas. i *Utan fast punkt: om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete*, Socialstyrelsen, Stockholm, 2001, s 48-66

- Kirkevold, Marit, *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*, 2., [omarbetade och utvidgade] uppl., Studentlitteratur, Lund, 2000
- Jarvis, Matt & Russel, Julia. *Angles on Applied Psychology*. Nelson Thornes, Cheltenham, 2003
- Johnsson, Björn. Risker och sidoeffekter i läkemedelsassisterad rehabilitering av opioidberoende – en forskningsöversikt. i *Socialvetenskaplig tidskrift*, nr 1 (2010) s. 46-66
- Johnsson, Björn & Richert, Torkel. Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: the case of Sweden. i *Harm Reduction Journal*, 12:1 (2015), s. 1-14.
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4337060/>)
- Lalander, Philip, *Mellan självvalt och påtvingat utanförskap: en analys av sju kvalitativa studier om unga narkotikaerfarna människors tankar om narkotika*, Mobilisering mot narkotika, Stockholm, 2005
- Lalander, Philip, *Människor behöver människor: att lyssna till de misstänkliggjorda*, 1. uppl., Liber, Stockholm, 2016
- Lalander, Philip. Observationer och etnografi. i Ahrne, Göran & Svensson, Magnus (red.), *Handbok i kvalitativa metoder*, Liber, Malmö, 2011
- Leissner, Tom. Beroendeframkallande droger – bruk, politik och prevention. i Fahlke, Claudia (red.), *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning*, Liber, Malmö, 2012, s 20-41
- Lilly, Robert, Quirk, Alan, Rhodes, Tim, & Stimson, Gerry V. Juggling multiple roles: staff and client perceptions of keyworker roles and the constraints on delivering, counselling and support services in methadone treatment. i *Addiction research*, vol 7 (1999): s. 267-289
- Malmö Universitet. Philip Lalander. 2018. <http://forskning.mau.se/id/hsphla> (Hämtad 2018-01-13)
- Neale, Joanne, & Kennedy, Catherine, Good practice towards homeless drug users: research evidence from Scotland. i *Health and Social Care in the Community* 10, nr 3 (2002): s. 196–205.
- Region Skåne. *Förutsättningar för ackreditering och avtal för LARO-mottagning i Vårdval Skåne gällande år 2016. Beslutade av Hälso- och sjukvårdsnämnden 2015-12-02*. Region Skåne. 2016. <https://www.skane.se/Public/Protokoll/H%C3%A4lso->

[%20och%20sjukv%C3%A5rdsn%C3%A4mnden/2015-12-02/Ackrediteringsvillkor%20LARO%20\(1%C3%A4kemedelsassisterad%20rehabilitering%20vid%20opiatberoende\)%202016/Ackrediteringsvillkor%202016%2020151120%20LARO.pdf](#)

(Hämtad 2017-12-14)

- Richert, Torkel, *Överdoser, försörjningsstrategier och riskhantering: livsvillkor för personer som injicerar narkotika*, Malmö högskola. Fakulteten för hälsa och samhälle, Diss. (sammanfattning) Malmö : Malmö högskola, 2014, Malmö, 2014
- Rossner, Meredith. Emotions and interaction ritual: a micro analysis of restorative justice. i *The British Journal of Criminology*, vol. 51, nr. 1 (2011), s. 95-119
- Ryen, Anne. Research ethics and qualitative research. i Silverman, David (red.), *Qualitative research*, SAGE, London, 2016, s. 31-46
- Skau, Greta Marie, *Mellan makt och hjälp: [om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare]*, 3., [uppdaterade] uppl., Liber, Stockholm, 2007
- Silverman, David, *Doing qualitative research*, 4. ed., Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2013
- Socialdepartementet. *Svensk narkotikapolitik – en narkotikapolitik baserad på mänskliga rättigheter och jämlik hälsa*. Regeringen. 2015. <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2016/04/svensk-narkotikapolitik/> (Hämtad 2017-12-14)
- Socialstyrelsen (a). *Föreskrivning av buprenorfin och metadon vid beroendetillstånd*. Socialstyrelsen, Stockholm, 2015. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-3-38> (Hämtad 2017-11-30)
- Socialstyrelsen (b), *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag*, Socialstyrelsen, Stockholm, 2015, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-3-35> [Hämtad 2017-05-22]
- Socialstyrelsen. *Naloxon är möjligt att skriva ut till den som riskerar överdos*. 2017. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/naloxonarmojligtattskrivauttilldensomriskeraroverdos> (Hämtad 2017-12-14)
- Stream of consciousness. *Nationalencyklopedin*. 2018. <https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/1%C3%A5ng/stream-of-consciousness> (Hämtad 2018-01-01)
- Svensson, Bengt, *Pundare, jonkare och andra: med narkotikan som följeslagare*. 3:e uppl., Carlsson, Stockholm, 2007

- Svensson, Magnus & Ahrne, Göran. Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. i Ahrne, Göran & Svensson, Magnus (red.), *Handbok i kvalitativa metoder*, 1:a uppl., Liber, Malmö, 2011, s 17-31
- Thompson, Jennifer A. On writing notes in the field: interrogating positionality, emotion, participation and ethics. i *McGill Journal of Education* vol. 49, nr.1 (2014): s. 247-254
- Trost, Jan & Hultåker, Oscar, *Enkätboken*, 5., [moderniserade och rev.] uppl., Studentlitteratur, Lund, 2016
- Universitetsforlaget. *Greta Marie Skau*. 2018. https://www.universitetsforlaget.no/Bli-forfatter/Vaare-forfattere/Greta-Marie_Skau (Hämtad 2018-01-13)
- Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. 2017. <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf> (Hämtad 2017-11-30)
- Wilhoit, Elizabeth D. & Kisselburgh, Lorraine G., Through the Eyes of the Participant: Making Connections between Researcher and Subject with Participant Viewpoint Ethnography. i *Field Methods* vol. 28, nr 2 (2016): s. 208-226
- Wilkinson, Sue. Analysing focus group data. i Silverman, David (red.), *Qualitative research*, SAGE, London, 2016, s. 83-98

BILAGOR

BILAGA 1: INLEDANDE MAIL TILL VERKSAMHETER

Hej!

Jag heter Beata och tog min socionomexamen i januari i år. Jag fortsatte därefter studera på avancerad nivå och skriver nu min masteruppsats i socialt arbete. Under hela min studietid har jag riktat in mig på missbruk, beroende och behandling. Jag gjorde min praktik på Södervärnsboendet på Sigtunagatan i Malmö, ett boende med sociala kontrakt där klienterna har beroendeproblematik och/eller samsjuklighet. Sedan dess har jag även arbetat på SiS LVM-hem Lundan i Lund. Jag har vidare gjort fältstudier på tidningen Faktum, och jag skrev min kandidatuppsats om bemötande inom beroendevården.

Min masteruppsats handlar om bemötande inom Laro-verksamheter, och jag planerar en observationsstudie vars syfte är att utforska vilka praktiska handlings- och interaktionsstrategier som används i praktiken för att skapa ett tryggt och välkomnande rum för personer med beroendeproblematik. Jag är intresserad av Laro-verksamheter då det är en intressant kontaktyta där många olika sociala och medicinska kunskaper och synsätt strålar samman och arbetar för klienternas/patienternas bästa.

Jag skriver till Dig för att höra om det skulle vara möjligt för mig att bedriva min studie på Er mottagning. Skulle det finnas möjlighet för Dig att talas vid kring detta i veckan? I så fall kan jag ringa upp Dig vid ett tillfälle då det passar Dig. Min mailadress är beata.lindeberg.104@student.lu.se och mitt telefonnummer är xxxx-xx xx xx. Min handledare är docent Mats Hilte, som Ni gärna får kontakta om Ni har några frågor kring masterprogrammet och uppsatsarbetet. Mailadressen till Mats är: mats.hilte@lu.se och han nås på telefonnummer xxx-xxx xx.

Jag hoppas vi hörs och ses inom en snar framtid!

Vänliga hälsningar,

Beata Lindeberg

beata.lindeberg.104@student.lu.se

Tel. nr: xxxx-xx xx xx



LUNDS UNIVERSITET

Hej!

Jag heter Beata och tog socionomexamen i januari i år. Nu på höstterminen skriver jag en masteruppsats i socialt arbete. Jag skriver om hur interaktion och bemötande ser ut på Laro-mottagningar, och [mottagningen] har gett mig tillstånd att få göra min studie här.

Jag analyserar det här ämnet med hjälp av observationer, där jag studerar hur interaktionen mellan mottagningens besökare och mottagningens personal ser ut.

Mellan vecka 38 – vecka 43 kommer jag vistas på mottagningen för att observera samspelet mellan besökare och personal. Jag kommer inte ta upp ljud, filma eller fotografera. Jag kommer endast observera, och kanske ställa någon fråga till er om hur ni upplever interaktionen och bemötandet på mottagningen. Alla observationsresultat kommer endast användas i min uppsats, och därefter kommer alla anteckningar att förstöras. Uppsatsen kommer då den blivit godkänd att bli offentlig och kan läsas av allmänheten.

Min närvaro på verksamheten innebär inte per automatik att deltagande i studien är obligatoriskt. Om ni inte vill att jag observerar ett möte kommer jag inte ifrågasätta detta – deltagande är frivilligt. Om jag får tillåtelse att studera samspelet i exempelvis ett möte kan ni eller personal när som helst be mig lämna rummet. I arbetet kommer jag att ändra alla uppgifter så att de som läser uppsatsen inte kommer kunna identifiera verksamhet, personer eller orter. Allt material kommer att hanteras med sekretess. De uppgifter som eventuellt kommer att ingå i analysen är ålder och kön.

Om ni har några frågor eller funderingar är ni välkomna att kontakta mig eller min handledare för mer information.

Hoppas vi ses!

Vänliga hälsningar,

Beata Lindeberg

beata.lindeberg.104@student.lu.se

Handledare: Mats Hilde

mats.hilte@lu.se