



LUNDS
UNIVERSITET

”Det handlar inte om vad samhället säger till dig, utan det handlar om vad du själv tror att du kommer må bäst av”

Om individers syn på sitt narkotikabruk samt deras inställning till stöd- och behandlingsinsatser

Författare: Caroline Svensson

Handledare: Weddig Runquist

Kandidatuppsats SOPA63, VT18

Abstract

Author: Caroline Svensson

Title: "It's not about what society tells you, it's about what you think is going to make you feel the best" - About individuals view on their own drug use and attitudes towards support- and treatment efforts.

Supervisor: Weddig Runquist

Assessor: Mikael Sandgren

The purpose of this study has been to look at four peoples life stories about their experiences of drug use over time as well as to share their individual attitudes, and possible experiences, of drug-related support and treatment. The life stories of these four people were collected through semi structured interviews, after which they were analyzed based on narrative aspects conveyed in their stories, i.e. the subjective perception of the different events in their lives and their views on treatment interventions. A qualitative content analysis was conducted based on predefined themes. The stories were analyzed on the basis of previous research, realistic ontological approach and Goffman's stigma theory. The results briefly showed that the individuals that were interviewed had their debut with drugs at around the same age. Everyone of them started off with trying hasch and marijuana the first time and they did it in company of their friends. They have all had different experiences with drug-related support and treatment, but at the same time their opinions on some of the support and treatment that exists in Sweden are similar. Furthermore their social networks are similar yet have big differences and their fright of being caught by police or other instances of justice is palpable.

Keywords: drug use; life stories; stigma; realistic science; attitudes towards drug-related support and treatment

Förord

Tack till intervjupersonerna – som så hjälpsamt och förutsättningslöst berättat om sina känsliga och privata upplevelser och uppfattningar om sitt narkotikabruk.

Tack till de som stöttat mig under den tid som studien skrivits – tack för era motiverande ord och tro på denna studie.

Tack till min handledare, Weddig, – som lagt ner så mycket tid för att hjälpa mig få ihop alla tankar till en genomarbetad studie och gett mig mycket stöd, råd och kunskap på vägen.

Innehållsförteckning

FÖRORD	3
1. INLEDNING	6
1.1 PROBLEMFÖRMULERING	6
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	7
1.3 CENTRALA BEGREPP	8
1.3.1 <i>Narkotika</i>	8
1.3.2 <i>Narkotikamissbruk och narkotikamissbrukare</i>	8
1.4 AVGRÄNSNING	9
2. NARKOTIKABRUKETS OMFATTNING, NARKOTIKAPOLITIK OCH BRUKARE	10
2.1 UTVECKLINGEN OCH ÖKNINGEN AV ”TUNGT” NARKOTIKAMISSBRUK I SVERIGE ÖVER TID	10
2.2 SVENSK OCH INTERNATIONELL NARKOTIKAPOLITIK	10
2.3 STÖD- OCH BEHANDLINGSINSATSER	11
2.4 BRUKARENS INSTÄLLNING TILL NARKOTIKARELATERAT STÖD OCH BEHANDLING	13
3. KUNSKAPSLÄGET	14
3.1 BRUKARENS INSTÄLLNING TILL DET EGNA NARKOTIKABRUKET	14
3.2 BRUKARENS INSTÄLLNING TILL NARKOTIKARELATERAT STÖD OCH BEHANDLING	16
3.3 VÄGEN IN I AKTIVT NARKOTIKABRUK	16
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	18
4.1 GOFFMANS STIGMATEORI	18
5. METOD OCH METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	20
5.1 VAL AV METOD	20
5.2 LIVSBERÄTTELSE OCH NARRATIV SOM METOD	21
5.3 URVALSPROCESS	24
5.4 INTERVJUERNAS GENOMFÖRANDE	25
5.5 BEARBETNING AV EMPIRIN OCH ANALYTISKA TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	26
5.6 FÖRFÖRSTÅELSE	27
5.7 STUDIENS TILLFÖRLITLIGHET	28
5.8 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	29
6. RESULTAT OCH ANALYS	32
6.1 RASMUS	32
6.1.1 <i>Debut i narkotikabruk: bakgrund och subjektivt upplevda orsaker</i>	32
6.1.2 <i>Identitet och socialt nätverk</i>	33
6.1.3 <i>Inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling</i>	34
6.2 MARIA	35
6.2.1 <i>Debut i narkotikabruk: bakgrund och subjektivt upplevda orsaker</i>	36
6.2.2 <i>Identitet och socialt nätverk</i>	37
6.2.3 <i>Inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling</i>	38
6.3 THOMAS	40
6.3.1 <i>Debut i narkotikabruk: bakgrund och subjektivt upplevda orsaker</i>	40
6.3.2 <i>Identitet och socialt nätverk</i>	41
6.3.3 <i>Inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling</i>	43
6.4 ALFRED	43
6.4.1 <i>Debut i narkotikabruk: bakgrund och subjektivt upplevda orsaker</i>	44
6.4.2 <i>Identitet och socialt nätverk</i>	45
6.4.3 <i>Inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling</i>	46
6.5 KONTAKTER MED POLIS OCH RÄTTSVÄSENDET	47
6.6 SAMMANFATTNING AV ANALYS	50

7. AVSLUTANDE DISKUSSION.....	52
REFERENSLISTA.....	53
BILAGA 1 – INFORMATIONSBREV	57
BILAGA 2 – INTERVJUGUIDE.....	58

1. Inledning

1.1 Problemformulering

I slutet av 1970-talet och under 1990-talet gjordes det vid tre tillfällen nationella kartläggningar i Sverige för att beräkna antalet s.k. tunga missbrukare, med vilket avsågs personer som injicerar narkotika eller använder narkotika dagligen eller så gott som dagligen, oavsett intagningsätt (Lander et al. 2002). År 1998 uppskattades antalet uppgå till 26 000 personer. Efter 1998 har inga nya nationella kartläggningar genomförts, men enligt Svensson (2012) tyder tillgänglig data (t.ex. narkotikarelaterade dödsfall, vårdstatistik, kriminalstatistik) på att antalet har ökat de senaste 20 åren. Enligt Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) anses narkotikatillgängligheten vara hög (CAN 2017). Motsvarande uppgifter av senare datum saknas men enligt tillgängliga indikatorer (vård, dödlighet- och kriminalstatistik) förefaller läget vara sämre idag än i slutet av 1990-talet (ibid.).

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning genomför regelbundet enkätundersökningar bland skolungdomar och resultatet om deras alkohol- och drogvvanor. När det gäller användningen av narkotika har andelen varit tämligen oförändrad sedan millenniumskiftet. År 2016 svarade 4 procent av de 15–16-åriga eleverna och 13 procent av de 17–18-åriga eleverna att de använt narkotika det senaste året (CAN 2017). I gruppen unga vuxna (16–29 år) svarade 8 procent att de använt cannabis under samma period. CAN betonar dock att även om andelen är ungefär densamma som tidigare så har användningsmönstret förändrats. Bland 18-åriga skolungdomar som använt narkotika har två tredjedelar uppgivit att de enbart använt cannabis, medan en knapp tredjedel säger sig ha använt även andra narkotikapreparat och 5 procent av 18-åringarna hade enbart använt annan narkotika än cannabis. Bruket av narkotika är mer vanligt i storstadsregioner jämfört med mindre orter och i glesbygdsregioner (ibid.).

Precis som det många gånger förr har konstaterats av forskare är narkotikabruk ett fenomen som det finns många förklaringar till. Det finns många olika uppfattningar om varför en individ börjar bruka narkotika, liksom det finns många beskrivningar om varför man eventuellt fortsätter samt vägen ur detta bruk. Narkotikabruk är något som funnits i många samhällen under lång tid, och som Tunving (1988) framhåller har det funnits tillgång till cannabis, morfin, heroin och andra narkotikapreparat på den illegala marknaden sedan 1970-talet i Skandinavien. Även om innehav och bruk av narkotika numera är kriminaliserat – som ett led i målsättningen

om ett narkotikafritt samhälle (se vidare kapitel 2) – så var det först under 1960-talet som föreställningen om narkotika som ett allvarligt socialt problem växte sig stark. Paradigmskiftet har inneburit att synen på narkotikabrukare som kriminella har stigmatiserat brukarna, vilket också ofta leder till en social exkludering (Petersson & Davidsson 2016; Svensson 1996; Lander 2003). Träskman (2003) framhåller att fram till 1960-talet sågs dock narkotikabruk närmast som ett individuellt problem.

När det kommer till enskilda individers debut inom narkotikabruk skriver Kristiansen (2000) att detta sker för många i deras tonårstid (adolescensen), då många söker efter sin identitet och att andra yttre samt inre kriser, så som psykisk stress, och liknande inträffar. Miller (1985) är en av de forskare som skriver kring motivationens betydelse för individen när det kommer till behandling och vård för sitt narkotikabruk, och syftar på att om en individ som har ett narkotikabruk saknar motivation för behandling och vård för detta bruk är avsaknaden av motivation ofta en förklaring till varför individen inte lyckas med sin behandling eller vården.

I denna studie utgår jag från människors egna berättelser om deras vägar in i narkotikabruket och hur deras livssituation och relationer har påverkats av den fortsatta användningen av narkotika. Hur ser individerna själva på det stöd och behandling som finns för denna problematik och i vilken mån har de erfarenheter av sådana insatser? Analysen kommer att baseras på personernas egna subjektivt upplevda verkligheter, utöver tidigare forskning och mitt val av teorier.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka individers upplevelser och erfarenheter av deras narkotikabruk över tid, samt hur deras inställning och eventuellt förekommande erfarenheter av narkotikarelaterat stöd och behandling ser ut.

Syftet kan brytas ned i följande frågeställningar:

- Hur framställer intervjupersonerna sin väg in i ett aktivt narkotikabruk och vilka förklaringar lyfter de fram?
- Hur har, enligt intervjupersonerna, deras bruk av narkotika och inställning till eget bruk förändrats över tid?
- Vilken inställning har intervjupersonerna till narkotikarelaterat stöd och behandling?

1.3 Centrala begrepp

Nedan kommer centrala begrepp presenteras och definieras för att rama in studiens forskningsområde.

1.3.1 Narkotika

I 8 § narkotikastrafflagen (SFS 1968:64, NSL) definieras narkotika som:

... läkemedel eller hälsofarliga varor med beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter eller varor som med lätthet kan omvandlas till varor med sådana egenskaper eller effekter och som

1. på sådan grund är föremål för kontroll enligt internationell överenskommelse som Sverige har biträtt, eller
2. av regeringen förklarats vara att anse som narkotika enligt lagen.

Enligt NSL förutsätts alltså narkotiska preparat ha vissa egenskaper eller effekter – i annat fall utgör dessa inte narkotika. I det fall ett visst preparat uppfyller lagens kriterier, så är det regeringen som i slutändan beslutar att det ska klassificeras som narkotika. I denna process är både Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten involverade. Varje nytt preparat förtecknas i en bilaga till narkotikakontrollförordningen (SFS 1992:1554), som i juni 2018 uppgick till 212 preparat. Den utdragna processen innebär att nya psykoaktiva substanser ("nätdroger") inte är att se som narkotika i lagens mening förrän regeringen fattat beslut om narkotikaklassificering.

1.3.2 Narkotikamissbruk och narkotikamissbrukare

Bland annat Lindberg (1998: 11f) framhåller att begreppet *narkotikamissbruk* används i Sverige för att beteckna allt icke-medicinskt bruk av narkotika. Oavsett hur regelbundet en person använder preparat för icke-medicinskt bruk kategoriseras denne som *narkotikamissbrukare* av myndighetsföreträdare och andra i det omgivande samhället. Enligt Lindberg sammanförs alla dessa individer i en väldigt stor och onyanserad kategori, vilket han anser kan bero på att man från lagstiftningens sida tydligt markerar samhällets allmänna ståndpunkt i synen på användning av narkotika. Detta framgår tydligt i både socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och LVM (SFS 1988:870), där personer som använder bland annat narkotika benämns "missbrukare", trots att den dåvarande LVM-utredningen (SOU 2004:3) i sitt betänkande föreslog att "missbrukare" som begrepp skulle utmönstras ur lagstiftningen – men så har alltså inte skett vilket antyder hur dominerande denna diskurs är i samhället.

Lindberg (1998) hänvisar i sin avhandling till Copey och Schonberg (1982) som beträffande narkotikabruk har följande indelning: experimentering, rekreationsbruk, problematiskt bruk samt missbruk. *Experimenterande* med olika droger behöver inte innebära någon risk i den mening att det påverkar personens utveckling och livsstil, men det kan givetvis finnas risker såtillvida att det kan bidra till neurologiska skador och liknande. Lindberg framhåller att experimentering är en del av bland annat ungdomars socialiseringsprocess. *Rekreationsbruk* innebär användning av droger under kvällar och/eller helger, vilket också kan anses vara skadligt för ungdomar. *Problematiskt bruk* syftar på ett bruk där konsekvenserna ofta medför nedsatt inlärningsförmåga, nedsatt förmåga att tillägna sociala färdigheter samt ett successivt sönderfall av ungdomars sociala liv. *Missbruk* i den mening som Copey och Schonberg (1982) skriver om innebär en mängd negativa konsekvenser i form av exempelvis abstinens, fysiska skador och förändrad livsstil.

I denna studie väljer jag att istället benämna narkotikamissbruk som *narkotikabruk* och kommer därför att benämna mina intervjupersoner som narkotikabrukare eller brukare och därmed inte kategorisera dem som narkotikamissbrukare eller missbrukare. Jag motiverar mitt ställningstagande på samma sätt som Lander (2003: 29) gör i sin avhandling, då hon skriver att hon använder orden bruk/bruka för att undvika att definiera eller kategorisera de individer som använder narkotika illegalt på ett sätt som leder tankarna till en viss stereotyp.

1.4 Avgränsning

Narkotikabruk kan studeras utifrån många olika synvinklar och perspektiv. Denna studie avgränsar sig till att fokusera på fyra individers väg in i bruket, hur narkotikaanvändningen har förändrats över tid och likaså deras inställning till narkotika samt deras syn på, och eventuella erfarenheter av, narkotikarelaterat stöd och behandling. Studien kommer således att fokusera på dessa personers narkotikaanvändning och olika aspekter som anknyter till detta bruk.

2. Narkotikabrukets omfattning, narkotikapolitik och brukare

2.1 Utvecklingen och ökningen av ”tungt” narkotikamissbruk i Sverige över tid

Lander et al. (2002: 10) framhåller i sin studie om det ”tunga” narkotikamissbrukets utveckling i Sverige att det skedde en ökning av antalet personer i detta missbruk vid mätillfällena 1979, 1992 och 1998. Med ”tungt” narkotikamissbruk avses personer som antingen injicerat narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna, oavsett frekvens, eller personer som så gott som dagligen använt narkotika på annat sätt under de senaste fyra veckorna. År 1979 uppskattades antalet till ungefär 13 500–16 500 tunga narkomaner, 1992 omkring 17 000–20 500 och 1998 skattades antalet till 23 500–28 500. Forskargruppen konstaterar vidare att nyrekryteringen av personer i tungt missbruk över åren består av en blandning personer som är i olika faser av sitt missbruk: det kan vara individer som nyligen utvecklat sitt beroende av narkotika men det kan också vara de som återfallit i sitt missbruk efter långt uppehåll.

Någon ny nationell kartläggning av det tunga missbruket har inte gjorts sedan 1998. Många anser dock att antalet sedan dess har ökat, vilket enligt Svensson (2012) och CAN (2017) kan avläsas i ökning av narkotikarelaterade dödsfall och kriminalitet. Leissner (2012: 30) påpekar att det i slutet av det första decenniet på 2000-talet relativt sett fanns fler unga (yngre än 20 år) och fler äldre (> 50 år) med narkotikarelaterade diagnoser jämfört med i slutet av 1980-talet. Det går alltså att konstatera att man även ser en ökning av antalet yngre och äldre med narkotikarelaterade diagnoser in på 2000-talet.

2.2 Svensk och internationell narkotikapolitik

Svensson (2012: 14) framhåller att narkotikapolitik utgörs av både internationella överenskommelser (på EU- och FN-nivå) och nationell lagstiftning och målsättningar av politisk karaktär. Narkotikapolitiken reglerar exempelvis odling, framställning, smuggling, försäljning och användning av preparat som definieras som narkotika. Svensson menar alltså att narkotikapolitik handlar om en bedömning om hur olika narkotikapreparat ska hanteras i lagstiftning och i praktisk verksamhet.

Grunden för dagens restriktiva svenska narkotikapolitik – ett narkotikafritt samhälle – går tillbaka till Narkomanvårdskommittén som i ett betänkande från 1967 föreslog ”ytterligare kriminaliseringar och vissa skärpningar gällande straffbestämmelser” och ”att försök och förberedelse till olaga tillverkning samt förberedelse till olaga saluhållande och överlåtelse skall

kriminaliseras” (SOU 1967:41: 10). Enligt Svensson (2012: 32, 49) och Leissner (2012) utgår målet med den nuvarande narkotikapolitiken från tre ”pelare”: kontroll, behandling samt preventiva åtgärder. Behandling och prevention handlar om att minska efterfrågan av narkotika. Kontrollpolitiken handlar om att begränsa tillgången på narkotika och har bland annat inneburit en kriminalisering av eget bruk (1988) och en betydande skärpning av straffskalan (1993) vid eget innehav (fängelse i högst sex månader). Träskman (2003) och Leissner (2012: 27) hävdar att genom det senare beslutet fick polisen ökade maktbefogenheter och kan vid blotta misstanken besluta om kroppsbesiktning, dvs. samhällets kontrollinslag har ökat väsentligt, vilket inneburit påtagliga konsekvenser för personer som använder narkotika.

Svensson (2012: 33) framhåller att narkotikapolitikens ambitionsnivå och utformning påverkas av hur mycket ekonomiska resurser som tillsätts och hur fördelningen ser ut mellan kontroll, behandling och prevention. Svensson (2012: 52) framhåller att mest resurser läggs på kontrollpolitiken, då den inte bara tar sikte på de stora narkotikalangarna eller de professionella smugglarna utan även de som smugglar narkotika för eget bruk samt säljer narkotika i mindre mängder ska ”hållas efter”. Svensson (2012: 16) framhåller att lagstiftningen visserligen påverkar efterfrågan av narkotika, men han framhåller samtidigt att människor alltid kommer att efterfråga droger och så länge det finns efterfrågan kommer det att finnas en illegal drogmarknad. Svensson (2012: 10) poängterar att om bruket av narkotika avkriminaliseras innebär det att de kriminella drogkartellernas makt bryts, men eftersom droger är skadliga för hälsan skulle en avkriminalisering samtidigt innebära att det krävs insatser för att minska konsumtionen av droger hos allmänheten.

2.3 Stöd- och behandlingsinsatser

Svensson (2012: 55) hänvisar till Rhodes och Hedrich (2010) när dessa beskriver *harm reduction* (skadereduktion) som ett paraplybegrepp som täcker allt från interventioner, program och politiska initiativ för att minska skador till följd av tungt narkotikamissbruk för individer, samhällen och länder. Dessa narkotikarelaterade skador är allt från hälsomässiga till sociala och ekonomiska. Rhodes och Hedrich framhåller att *harm reduction* inkluderar behandling, social rehabilitering och tillgångsreducerande åtgärder. *Harm reduction* uppstod i samma veva som hiv epidemin bröt ut på 1980-talet där fokus bland annat var att stoppa spridningen av hiv istället för att hålla kvar fokus vid det ursprungliga målet – att narkotikamissbrukare skulle bli drogfria (Svensson 2012). Lander et al. (2002) skriver att *harm reduction*-insatser i början av 2000-talet vände sig till dem som hade ett ”tungt” missbruk, och aktuella åtgärder var och är

sprututbytesprogram och LARO-behandling (LARO = Läkemedelsassisterad Rehabilitering vid Opioidberoende). Sprututbyte är samtidigt ett exempel på en verksamhet med en starkt begränsad tillgänglighet runt om i landet, eftersom kommunerna fram till våren 2017 hade vetorätt när det gällde att etablera en sådan verksamhet i egna kommunen (prop. 2016/17:15).

LARO – som enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2017) har hög evidens (se nedan) – har funnits i Sverige sedan mitten av 1960-talet. Denna behandlingsinsats utgörs i dagsläget av metadon eller subutex, men skall enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd kombineras med psykosocial behandling (Balldin & Berggren 2012: 447; Socialstyrelsen 2015: 7). Balldin och Berggren (2012) nämner att det vid beroende av centralstimulantia, så som kokain och amfetamin, finns disulfirambehandling som ytterligare ett exempel på läkemedelsassisterad behandling, men då bör det samtidigt påpekas att effekten av denna behandling är mer tveksam (Läkartidningen 2001: 3906–3912). Läkemedelsassisterad behandling har alltså olika effekter på olika narkotiska preparat.

Det bör påpekas att LARO långtifrån är problemfritt. Petersson (2013) visar att den lokala tillämpningen kan innebära stark kontroll, godtycklighet och exkludering gentemot enskilda brukare. Även Socialstyrelsen (2015: 7) berör detta förhållande: ”... det finns [från brukares sida] synpunkter på hur kontrollerna genomförs och de konsekvenser som regelbrott kan leda till”.

Blomqvist (2002:16) anser att den svenska missbruksvården skiljer sig från andra länders genom sin omfattning, och detta av två skäl: huvudansvaret ligger i Sverige hos den kommunala socialtjänsten och vården bygger ofta på långvariga institutionsvistelser. Blomqvist skriver vidare att när narkotikan började definieras som ett allvarligt socialt problem på 1960-talet, så började en särskild institutionsvård för narkotikamissbrukare utvecklas utanför den traditionella sjukvården. Blomqvist menar att denna institutionsvård byggde på frivillighet från individerna. När LVM trädde i kraft 1982 blev det dessutom för första gången möjligt att vårda narkotikamissbrukare med hjälp av tvångsvård, dvs. mot deras vilja. I mitten av 1980-talet hade andelen personer med alkoholproblem minskat inom såväl den frivilliga institutionsvården som inom LVM-vården, medan andelen narkotika- och blandmissbrukare ökade i motsvarande grad inom både frivillig institutionsvård och LVM-vården (ibid.: 28). Som Blomqvist framhåller kan man dock tolka ökningen av antalet narkotika- och blandmissbrukare som ett resultat av förändringar dels i missbrukargruppen, dels i definitionen av olika kategorier av missbrukare.

År 2007 gav Socialstyrelsen första gången ut nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, senast omarbetade i december 2017. Dessa rekommendationer är evidensbaserad, men där graden kan variera mellan olika rekommendationer. I sin metodbeskrivning framhåller Socialstyrelsen (2017: 4) att anledningen till att man har tagit fram dessa riktlinjer är för att främja en god vård och omsorg på lika villkor. När det gäller vård och stöd vid missbruk och beroende finns sedan årsskiftet 2017/2018 sammanlagt 152 rekommendationer, som delvis genomgått vissa förändringar sedan 2015: exempelvis har kognitiv beteendeterapi mer än tidigare lyfts fram vid nedtrappning av bensodiazepiner medan exempelvis lösningsfokuserat arbetssätt har utmönstrats vid opiatmissbruk/beroende. I riktlinjerna har Socialstyrelsen (2017: 9) ansett det lämpligt att beträffande fem åtgärder ta särskild hänsyn till professionellas ”beprövade erfarenheter”, varav två gäller boendeinsatser vid missbruk/beroende av alkohol eller narkotika, två avser psykosocial behandling vid missbruk/beroende av cannabis medan en åtgärd avser nedtrappning vid opioidanalgetikaberoende (alltså opioidberoende av morfin, heroin, opium och liknande). I riktlinjerna berörs inte åtgärder som handlar om vårdens organisering.

2.4 Brukarens inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling

Likväl som varje individs narkotikabruk är individuellt och unikt är även deras inställning till vård för sitt narkotikabruk individuellt. Simpson och Joe (1993: 357) hänvisar i sin artikel till Karoly (1980) som skriver att motivation länge har setts som en viktig faktor när det handlar om vård för missbruk. Simpson och Joe (1993:357) refererar till Miller (1985) som skriver att avsaknad av ordentlig motivation har använts som en förklaring till misslyckade försök för individer att börja, fortsätta, följa med i och lyckas med vården. Mills et al. (2006: 57) påpekar att en gemensam nämnare för många som har ett substansberoende är att det ofta inträffar ett flertal misslyckade försök att definitivt upphöra med den aktuella drogen och att det därför är vanligt med återfall. Den senare forskargruppen framhåller att enligt mångas bedömning är brukarens egen inställning och motivation avgörande för att personen i fråga ska kunna komma ur sitt beroende. Det måste alltså finnas en koppling mellan individens egen inställning till vård och dess resultat.

3. Kunskapsläget

I detta kapitel redogörs översiktligt för kunskapsläget vilket anknyter till forskningsproblemets syfte och frågeställningar. Med kunskapsläget avses enligt Socialhögskolans *Råd och anvisningar för uppsatsarbete* både vetenskapliga arbeten av olika slag och annan kvalificerad forskningsproduktion. För att finna relevant tidigare forskning i ämnet har jag huvudsakligen använt mig av avhandlingar och annan vetenskaplig litteratur. I detta kapitel har jag utgått från tre doktorsavhandlingar, varav två med en etnografisk ansats som använt livsberättelser som narrativ metod, och som bland annat berör olika områden som har starka beröringspunkter till forskningsfrågorna i min egen studie.

3.1 Brukarens inställning till det egna narkotikabruket

Bengt Svenssons (2007/1996) avhandling baseras på ett flerårigt fältarbete i Malmö med tio aktivt narkotikabrukande individer, där vi får ta del av deras livsberättelser och syn på olika aspekter i vad Svensson benämner ”den narkomana världen”, en värld som enligt Svensson präglas av bristande solidaritet och genuin vänskap.

En vanlig metafor när man ska beskriva narkomanens förhållande till droger är, enligt Svensson (2007/1996: 279), att referera till det som en kärleksaffär, vilket också används när det gäller alkohol (t.ex. Caroline Knapps självbiografiska *Drinking – a love story*, 1996). Svensson (2007/1996: 280ff.) framhåller narkotikans behagliga effekter och han presenterar en modell kring hur narkotikaanvändningens växlingar kan se ut. Denna modell tar upp allt från tillfälliga ”förbindelser” visavi olika narkotikapreparat, förälskelsen till narkotikan, det fasta förhållandet till drogen, separationen, när man går över till ett annat preparat vid sidan om sin huvuddrog och liknande. Med denna modell kan droganvändningen liknas vid vågrörelser, med toppar och dalar, precis som fallet är i relationer mellan två personer (ibid.: 285). Svensson (2007/1996: 285) skriver vidare:

Förhållanden svalnar, får ny kraft eller bleknar bort och dör. Nya konstellationer formeras. Relationer fortlever av gammal vana, ibland föga uppskattade så länge de håller på. När de upphör lämnar de efter sig intensiv saknad, en stor lättnad eller bara ett obestämt tomrum.

Svensson framhåller att hans erfarenhet av de respondenter som har ingått i hans undersökning har beskrivit drogerna i positiva ordalag och att det var drogerna i sig som var svåra att lämna, inte exempelvis de personliga relationer som de fått till människorna som också varit en del av

den narkomana världen. När förhållandet till narkotikan får en personlig karaktär binds den samman med alla de känslor som man kan känna i relation till andra, såsom sorg, besvikelse, missnöje, lycka och dylikt.

Författaren har haft nära kontakter med sina informanter under sitt fältarbete. Harry är Svenssons nyckelinformant och dennes ingång in i den narkomana världen. Vid ett tillfälle när Svensson hade varit iväg för att intervjua Harry berättade denne om sin inställning till sitt eget narkotikabruk (ibid.: 37):

... Jaha, en sak är säker i alla fall – inom mig så vill jag inte hålla på med detta. Nånstans känslomässigt så kämpar jag för att lägga av men det är jävligt svårt. Det här är bekvämt, man mår bra av det och allting flyter när man är påtänd som fan fastän det kanske inte flyter, men känslomässigt och på humörsidan så är allting lättare.

I Bengt Svenssons avhandling framträder också Katrin, en väninna till Harry, som berättar att Harry kan avstå från narkotika när han är ensam, men att det inte krävs mycket för honom att bli sugen igen. Katrin anser inte att Harry är tillräckligt stark inombords för att kunna avstå från drogerna när han ser andra nyttja dem. Svensson (2007/1996: 39) nämner att Harry – enligt vad han själv berättar – innerst inne inte vill hålla på med narkotikan, i detta fall amfetamin, och att han gör ständiga försök att sluta men Harry anser att ”det är jävligt svårt att lägga av”. Svensson anser att Harry gör sig själv till ett passivt offer för omständigheterna och lägger över ansvaret för att han började med amfetamin på omgivningen. Narkotikan har i detta fall en större betydelse än bara narkotikans verkningar, eftersom det representerar en tillflyktsort till ruset, en livsstil och ett livsinnehåll för Harry (ibid.).

Svensson påtalar att Harry alltifrån barnsben pekades ut som ett problembarn, och att hans uppväxt kan ses som ett klassiskt exempel på en s.k. stämplingsprocess (ibid.: 40). Stämplingen medför, som Svensson framhåller, att just de förseelser som ”den stämplade” gör fortsättningsvis blir särskilt uppmärksammade, vilket i sin tur kan kopplas till stigmatiseringen av honom som människa. Även Lander (2003: 244) nämner i sin avhandling – likaså baserad på ett långvarigt fältarbete, fast med narkotikabrukande kvinnor i Stockholm – att kvinnornas liv i hög grad påverkades av deras placering i det sociala rummet och den sociala hierarkin inom såväl den egna världen som inom samhället i stort. Hur de föreställningar som konstrueras om ”den Andra” har, framhåller Lander, en stor betydelse för personen genom att hon behandlas

i linje med dessa föreställningar och därigenom tillskrivs en identitet som överensstämmer med rådande uppfattningar om personen (ibid.:296). Även här ser vi en koppling till den stigmatisering som den narkotikabrukande individen utsätts för.

3.2 Brukares inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling

Lander (2003: 266) framhåller i sin studie om narkotikabrukande kvinnor att när dessa var i kontakt med olika myndigheter upplevde de sig exkluderade från samhället, att de var rättslösa och misstänkliggjorda i egenskap av narkomaner. Hon exemplifierar detta med en av de deltagande kvinnorna som många gånger hade varit i kontakt med myndigheter och rättsväsendet under tiden då hon använde narkotika. Hon hade upplevt en total maktlöshet vid dessa kontakter, då hon utsattes för såväl kroppslig som själslig kontroll när hon fått vård för sin narkotikaanvändning. Kvinnan berättar att hon blivit placerad på ett av (dåtidens) mentalsjukhus och fått diagnosen narkomani på 1960-talet, och sedan återigen blivit placerad på mentalsjukhus vid ett senare tillfälle i väntan på en sinnesundersökning (ibid.: 268). Kvinnan beskriver hur hon lades i spännbälte och tvångsmedicinerades med lugnande preparat under längre perioder. Själv ansåg denna kvinna att hon blivit utsatt för övergrepp, och ansåg att vårdpersonalen ”kunde bära sig åt hur dom ville med en...”.

Dessa kvinnors möten med vårdapparaten har alltså i många fall varit negativt laddade. Ett annat exempel är Ika (fiktivt namn) som tycker att det är extremt förnedrande att behöva lämna urinprover. Urinprovtagning används enligt Lander (2003: 268) som kontrollinstrument av såväl socialtjänsten som kriminalvården. Lander lyfter också fram hur två kvinnor blivit nekade vård och behandling i form av en långsam och övervakad nedtrappning, vilket ledde till att de båda blev väldigt sjuka när de skulle avvänjas från narkotikan, som i sin tur bidrog till att en av dem inte vågade lägga in sig för avgiftning eftersom hon trodde att hon återigen skulle bli svårt sjuk (ibid.: 270).

3.3 Vägen in i aktivt narkotikabruk

Kristiansen (2000) har i en studie genomfört kvalitativa intervjuer med sju kvinnor och sju män som alla haft ett flerårigt narkotikamissbruk bakom sig, men som vid intervjutillfället hade varit drogfria under minst två år. Författaren nämner att debuten i narkotikaanvändning ofta sker under den del av livet som brukar benämnas som adolescensen, dvs. under tonårstiden då den unge ofta ägnar mycket tankar, känslor och energi åt att bli någon i sina egna och omgivningens

ögon (ibid.: 28). Adolescensen innebär, framhåller Kristiansen vidare, en tid av sökande efter identitet, och många tonåringar drabbas av psykisk stress och kriser och liknande, och att detta kan vara en anledning till att en del tonåringar börjar använda droger. Som författaren påpekar kan dock narkotikaanvändare ha en delvis annan syn på anledningen till varför de började med droger, vilket i hans studie mer hängde samman med att de tyckte att det verkade spännande och att de umgicks i vänskapskretsar som hade samma inställning till droger som de själva hade. Andra motiv som intervjupersonerna uppgav var att lindra ångest, depressioner eller flykt från andra problem.

Kristiansen (2000: 28f) konstaterar att det inte är ovanligt att inkörsporten i narkotikaanvändningen är cannabISRökning och, i början på 1990-talet, även alkohol och lösningsmedel. Han hävdar dock att föreställningen om inkörsportar till fortsatt narkotikaanvändning har ett svagt vetenskapligt stöd och denna föreställning har därför kritiserats eftersom enbart en liten minoritet av alla som någon gång har börjat med att röka cannabis, dricka alkohol eller sniffa lösningsmedel har fortsatt att använda narkotika, vilket också bekräftas av CAN:s återkommande enkätundersökningar bland skolungdomar. Dessutom är det långtifrån alla narkotikamissbrukare som inlett sin drogkarriär med att exempelvis röka cannabis eller sniffa lösningsmedel.

4. Teoretiska utgångspunkter

Teorier kan ses som en tolkningsram med vars hjälp vi kan analysera och förstå exempelvis sociala fenomen. I det här kapitlet kommer jag att redogöra för studiens teoretiska utgångspunkter. Som övergripande vetenskapsteoretisk ansats utgår jag från ett ontologiskt realistiskt synsätt, medan jag utgår från Goffmans stigma som självständig teori.

4.1 Goffmans stigmatologi

Stigma är det grekiska ordet för det märke som under antikens Grekland brändes eller skars in i skinnet på t.ex. slavar, kriminella, utstötta, psykiskt sjuka m.fl. för att markera att dessa var vanhedrade och skulle undvikas av andra (Goffman 2011/1963: 9). Det kroppsliga märket tillskrev alltså dessa individers negativa egenskaper. I början av 1960-talet utvecklade Goffman stigmabegreppet i en mer modern tappning där han delade in stigmat i olika undergrupper. Enligt Persson (2012: 130–131) handlar stigma i Goffmans tappning om ”förväntningarna på och föreställningarna om hur individer ska vara, uppträda, se ut och göra”. Den stigmatiserade är någon som avviker från olika rådande normer, eller som Persson uttrycker saken: ”Den stigmatiserade är inte ’normal’, inte som vi” (ibid.: 131).

Allmänt sett menar Goffman (2011/1963: 10) att de första intrycken kan ge oss redskap för att kategorisera en ”främling”, som han uttrycker saken i sin bok, och tillskriva denna en ”virtuell social identitet”. Goffman menar att det är genom våra intryck och möjligheten till återblickar som vi tillskriver personen denna identitet, dvs. det är omgivningens *förväntningar* på en individ som är centralt när denna form av social identitet skapas (Persson 2012: 132). Därefter intar en annan identitet, som Goffman ser som främlingens ”faktiska sociala identitet”, vilket är liktydigt med de kategorier som främlingen anses vara förbunden med och de egenskaper som hen faktiskt uppvisar. Om främlingen sedermera visar tecken på att vara annorlunda, avvikande och mindre önskvärd reduceras hen från att vara fullvärdig till att vara en utstött varelse – det sker alltså som en konflikt mellan personens faktiska och tillskrivna sociala identitet. Goffman menar att det är detta som innebär stigma.

Den individ som är förknippad med ett stigma upplevs inte vara fullt mänsklig av omgivningen (ibid.: 13). Utifrån detta utsätts således individen för diskriminerande handlingar av olika slag, vilket leder till att individen som är förknippad med ett stigma ofta blir reducerad av sina livsmöjligheter (ibid.). En individ som bär ett stigma behöver dock inte alltid ta åt sig detta så

hårt eller ångra sig, vilket leder till att individen uppfattar omgivningen som inte riktigt mänsklig i stället för vise versa. Goffman (2011/1963: 15) menar att det alltid är skamfullt för individens verkliga jag ("självet") om det är så att individen har en insikt om att det är något skamligt med att ha en egenskap som hen har. Individen gör då gärna en bild av sig själv där denna egenskap inte finns med (ibid.).

Stigma är alltså ett diskrediterande attribut som dock mer handlar om relationer och inte om egenskaper, eftersom samma attribut inte stigmatiserar alla personer eller i alla situationer. Enligt Goffman (2011/1963: 11) består stigma därför av en särskild sorts relation mellan attribut och stereotyp. Med denna utgångspunkt använder han begreppen *misskrediterad* och *misskreditabel*. Misskrediterad innebär att stigma används som en benämning på en egenskap, vilket även innebär att stigmat är känt av andra eller att det är synligt. Misskreditabel innebär å andra sidan att individen vill dölja, hemlighålla sitt stigma för omgivningen. Stigmabegreppet utgår alltså från två olika perspektiv, där det ena innebär att individen tar för givet att hen skiljer sig från andra och att detta är uppenbart (misskrediterad), medan det andra perspektivet innebär att individen tar för givet att omgivningen varken lägger märke till eller känner till det (misskreditabel).

Goffman (2011/1963: 12) lyfter fram tre typer av stigman som berör kropp, karaktär respektive kategoritillhörighet. Dessa har alla stor betydelse i synen på en enskild människas identitet (Persson 2012: 131); dessa stigman utesluter inte varandra utan kan kombineras. Det första stigmat handlar om att individen har kroppsliga missbildningar av olika slag. Det andra stigmat beskriver Goffman som olika fläckar på den personliga karaktären, vilket innebär egenskaper från vederbörandes förflutna. Goffman menar att individer sluter sig till dessa egenskaper av sitt förflutna om det inneburit exempelvis psykiska rubbningar, underliga böjelser, arbetslöshet, alkoholism och liknande. Det tredje benämner Goffman "tribala" stigman med vilket han avser etnicitet, nation, religion och liknande som kan förmedlas från generation till generation inom en familj. För min egen studie är karaktärsstigmat det enskilt mest centrala stigmat, då jag väljer att se på mina intervjupersoners livsberättelser om deras narkotikabruk retrospektivt och i nutid, samt hur deras liv sedermera har påverkats i olika situationer och sammanhang av att bruka narkotika. Narkotikabruk är stigmatiserande i omgivningens ögon inte enbart på grund av att det rör sig om en drog, utan också för att bruket är kriminaliserat. En avgörande fråga är därför "hur individen hanterar eller styr en identitet som anses vara avvikande" (Persson 2012: 131).

5. Metod och metodologiska överväganden

5.1 Val av metod

Eftersom min studie huvudsakligen baseras på individers livsberättelser om deras narkotikabruk och deras inställning och eventuella erfarenheter av narkotikarelaterat stöd och behandling, så har kvalitativa metoder varit relevanta vid planering och genomförandet av studien. Ahrne och Svensson (2015: 10) framhåller att kvalitativa metoder är adekvata vid analys av exempelvis människors upplevelser och erfarenheter av olika sociala fenomen. Av detta skäl valde jag att använda en kvalitativ ansats för att samla in data och material till min studie.

Jag gjorde kvalitativa intervjuer för att samla in data och material till min studie. Bryman (2011: 412) framhåller att intervjuer sannolikt är den mest använda metoden inom kvalitativ forskning och förklarar att detta delvis beror på flexibiliteten som intervjun rymmer. Det finns olika former av kvalitativa intervjumetoder, däribland semistrukturerade intervjuer (ibid.: 414). Den senare intervjumetoden innebär att forskaren utgår från en intervjuguide (bilaga 2), som är en lista av teman och/eller huvudfrågor som ska beröras under intervjun. Intervjun kan sägas vara samtalsliknande där intervjupersonen också kan ge resonerande svar och samtidigt utveckla dem vid efterföljande följdfrågor. Huvudfrågor som finns upptagna i intervjuguiden behöver inte ställas i någon specifik ordning och man kan även ställa frågor som inte finns med i intervjuguiden ifall det dyker upp någon fråga som är relevant att ställa utifrån vad intervjupersonen tidigare berättat. Som Kvale och Brinkman (2014: 34) skriver är intervjuandet en aktiv process som sker mellan intervjuare och intervjuperson där det produceras kunskap via deras inbördes interaktion. De menar att intervjukunskapen produceras i ett samtalsförhållande och syftar på att den är kontextuell, narrativ, pragmatisk och språklig. Man kan helt enkelt säga att intervjun är en gemensam berättelse som formas genom interaktionen mellan intervjuare och intervjuperson.

Anledningen till att jag valde att göra semistrukturerade intervjuer berodde på att intervjumetoden gav förutsättningar för att kunna besvara de övergripande frågeställningarna, men också för att jag fick möjlighet att ta del av nya aspekter som intervjupersonerna berättade och som jag själv inte tidigare hade tänkt på. En annan fördel, som Ahrne och Svensson (2015: 15) beskriver, är att forskaren genom semistrukturerade intervjuer ofta kommer förhållandevis nära de miljöer och människor som forskningen handlar om. Sistnämnda författare menar alltså

att det finns en större flexibilitet i själva forskningsprocessen när man använder sig av kvalitativa metoder, då avståndet mellan fältet och forskare blir mindre.

Bryman (2011: 428) framhåller att då intervjuaren förutsätts vara uppmärksam på det som sägs under intervjun, exempelvis att följa upp intressanta synpunkter som en respondent tar upp under intervjun, så är det viktigt att intervjuaren inte blir distraherad genom att göra minnesanteckningar under intervjun. Mot den bakgrunden spelades samtliga intervjuer in via inspelningsfunktionen på min mobiltelefon. Ett annat viktigt motiv för att spela in intervjuerna hänger samman med studiens tillförlitlighet, vilket jag kommer beröra längre fram i detta kapitel (avsnitt 5.6). Det skulle också vara omöjligt för mig att med någon hög grad av precision kunna återge citat och längre utdrag från intervjuerna om jag inte hade haft dem inspelade.

5.2 Livsberättelser och narrativ som metod

Om berättelser och berättande framhåller Hydén (1997: 9) att:

Berättandet är en integrerad del av vårt sätt att formulera och förmedla erfarenheter och kunskap om det som vi finner anmärkningsvärt, olidligt och plågsamt, underhållande eller fantastiskt. Vi förstår både oss själva och andra, våra relationer och den värld vi lever i, med hjälp av berättelser.

Som Johansson (2005: 18) påpekar finns det många olika typer av berättelser och Hydén (1997) urskiljer två typer: den ena innebär att berättelser är en källa bland många för att få kunskap om den sociala verkligheten, medan den andra är ett ontologiskt förhållningssätt för att kunna besvara *hur* verkligheten är beskaffad. Johansson (2005: 19) framhåller att när forskaren väljer berättelsen som metodologiskt verktyg kan hen bestämma sig för att analysera intervjuer som berättelser för att kunna besvara ”*vad* hände sen?” och av den anledningen fokusera på de narrativa aspekterna. Val av vetenskapsteoretisk ansats får betydande konsekvenser för analysen av empirin, i mitt fall livsberättelserna, och synen på vad som utgör bruk eller missbruk av narkotika. Jag har i denna studie valt att utgå från en realistisk syn på verkligheten, vilket innebär att bruk och missbruk av dessa substanser är ett objektivet existerande fenomen där det, som Sahlin (2013: 112) framhåller, objektivet går att fastställa problemets omfattning och konsekvenser för samhället och berörda individer. En konstruktivist skulle i stället, påpekar hon, anse att det inte finns något samhällsproblem med mindre än att någon upplever och beskriver det som ett problem (ibid.: 114), dvs. den subjektiva komponenten är avgörande.

Anledningen till att jag väljer en realistisk vetenskapsteoretisk ansats i stället för en konstruktivistisk är att jag, i likhet med vad sociologen Järvinen gjorde i sin avhandling om prostituerade kvinnor, anser att narkotikabrukarnas perspektiv ligger närmre den sanning som jag vill förmedla än vad andra instanser eller myndighetspersoner hade kunnat bidra med. Runquist (2012: 165) skriver att Järvinens motiv behandlar de prostituerade kvinnornas berättelser om sin livssituation som ”fakta”, som en verklighet, som hon inte ifrågasätter eller förhåller sig kritisk till – vilket även kommer att vara det sätt som jag intar i förhållande till mina intervjupersoners livsberättelser. Min utgångspunkt är således *vad* som framgår av narkotikabrukarnas berättelser.

En intervju kan vara av olika typer, till exempel en intervju som fokuserar på personliga berättelser, en livshistorisk intervju, en narrativ intervju och dylikt (ibid.: 22). Johansson presenterar därefter Labovs (1972) sociolingvistiska modell för analys av personliga berättelser om vilken hon bland annat skriver följande:

De utvecklade precis som narratologerna en strukturalistisk modell med fasta, givna element, men samtidigt en modell som utgår ifrån det muntliga berättandet som skapat i ett specifikt socialt och kulturellt sammanhang. (Johansson 2005: 187)

Labovs modell innebär enkelt uttryckt att berättelsen delas in och analyseras utifrån följande sex element vilka kan ses som delberättelser: *abstract* (sammanfattning och inledning), *orientering* (om plats, närvarande deltagare och tidpunkt för berättelsen), *komplicerande handling* (berättelsens centrala del med handlingssekvenser), *värdering* (berättarens/intervjupersonens tolkning och inställning till handlingen), *upplösning* (”avrundning”) samt *coda* (”slutkläm” och återkoppling till nutid) (Petersson 2013: 110). Trots att Labovs modell har en stark ställning inom samhällsvetenskapen vid analys av intervjunarrativ väljer jag att ändå *inte* använda hans metod, eftersom den har en konstruktivistisk inriktning och utgår från *hur* berättelsen förmedlas och där således berättelsens form är central (Martinell Barfoed 2008: 60). I stället har jag valt att fokusera på det Johansson (2005: 19) benämner ”narrativa aspekter” (berättelsens innehåll) för att få svar på frågan: ”*vad* hände sen?”, vilket svarar mot min vetenskapsteoretiska ansats (se kapitel 4).

Jag har valt att utgå från livsberättelser som narrativ, vilket enkelt kan beskrivs som ”den berättelse som en person berättar om sitt liv eller valda aspekter av sitt liv” (Johansson 2005: 23). Johansson påpekar vidare:

Den forskning som använder sig av livsberättelser undersöker ur olika aspekter/teman/perspektiv hur människor ger sina liv mening och skapar identitet. Här sätts människors egna tolkningar av sig själva i centrum, med all deras komplexitet och motsägelsefullhet. (Johansson 2005: 23)

Vidare hänvisar Johansson till Richardson och hennes beskrivningar av fem sociologiska aspekter i en narrativ analys av livsberättelser (ibid.). Utifrån min studie passade två av dessa fem sociologiska aspekter väl in. Den första aspekten handlar om att:

Berättelser artikulerar våra vardagserfarenheter och skapar ordning och mening i vårt dagliga liv. Man synliggör det man i fenomenologiska termer talar om som människors *livsvärld* – de regler och tolkningsramar vi rutinmässigt använder för att förstå oss själva och andra. (ibid.)

Denna aspekt anser jag är adekvat för min studie, då intervjupersonerna under intervjuerna berättade om sig själva och sin livssituation utifrån tolkningar som de tydligt var vana vid att använda sig av. Denna förstnämnda sociologiska aspekt går delvis hand i hand med nästa aspekt vilken Johansson beskriver på följande vis:

Berättelser skapar en slags ordning i våra liv. När vi frågar människor varför de har utvecklat en viss sorts identitet presenterar de oftast en rad berättelser. Dessa berättelser synliggör hur människor upplever sina subjektiva liv. Detta är den *självb biografiska aspekten* av berättelser. (ibid.)

Vid flera av intervjuerna jag höll med mina intervjupersoner berättade de att deras narkotikabruk hade blivit en del av deras identitet, att det numera var en del av dem själva och att det var så andra kände igen dem och något som de identifierade sig med. Jag återkommer i kapitel 6 mer ingående om intervjupersonernas upplevelser av deras identitet samt hur intervjupersonerna valde att förstå och tolka sig själva i samband med sin identitet och liknande.

Eftersom jag valt att använda mig av livsberättelser och narrativ som metod har det bidragit till att ordantalet för studien har överskridit maxantalet (15 000 ord). Detta beror på att det sammantaget är mer textgenererande att använda sig av livsberättelser och narrativ som metod jämfört med andra metoder. Det är framförallt framträdande i resultat- och analyskapitlet.

5.3 Urvalsprocess

Vid urvalet av intervjupersoner ville jag rikta in mig på att intervjua de som haft ett eget narkotikabruk över tid, där de utöver sina livsberättelser med aktivt narkotikabruk även skulle beröra sin inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling. För att jag skulle komma i kontakt med dessa personer använde jag mig av ett s.k. snöbollsurval, också enligt Bryman (2011) benämnt kedjeurval. Denna form av urval uppstår efter det att forskaren först via ett målinriktat urval har börjat intervjua personer som man genom olika kanaler har fått kännedom om för att kunna besvara studiens frågeställningar (ibid.: 434). Vid detta intervjutillfälle kan forskaren på en direkt fråga få tips om någon som eventuellt skulle kunna vara intresserad av att låta sig intervjuas (Bryman 2011; Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015: 41).

Ett snöbollsurval kan vara bra om man vill undersöka omständigheter kring en speciell företeelse, men Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015) menar dock att risken med att använda sig av snöbollsurvalet kan vara att potentiella forskningspersoner som man har fått tips om redan har haft kontakt med den intervjuperson varifrån tipset kommer från, vilket kan innebära att båda har vissa gemensamma erfarenheter eller attityder kring det man ska intervjua dem om. I denna studie blev jag tipsad om intervjupersoner av personer som inte själva deltog som forskningspersoner. De personer som tipsade mig om intervjupersonerna för studien fick jag kontakt med genom dels privata kontakter, dels via professionella kontakter från min arbetsplats. Detta tillvägagångssätt innebär att jag inte använt mig av ett renodlat snöbollsurval enligt begreppsdefinitionen, eftersom poängen med snöbollsurval är att det utgör en "kedja". Anledningen till att jag använt en anpassad eller modifierad form av snöbollsurval är för att jag ville minimera riskerna att intervjupersonerna skulle påverkas av dels den person som de blev tipsade av, dels av varandra som intervjupersoner eftersom de inte kände till varandra. Trots att snöbollsurvalet sattes i rullning med hjälp av olika individer, med olika relationer till mig och till intervjupersonerna de tipsade om, upplever jag inte att resultaten från intervjuerna skiljer sig från varandra. Risken som hade kunnat uppstå då en av intervjupersonerna tipsades av en professionell person hade eventuellt varit att intervjupersonen upplevt att hen sattes i en situation där hen hade kunnat uppleva makthierarki eller "tvång" att delta i intervjun för att

sätta sig själv i ”bättre dager” i relation till den professionella personen. Dock visar resultaten av intervjuerna att intervjupersonerna varit lika öppenhjärtiga om sitt narkotikabruk och sin situation oberoende av vem som tipsade mig om dem. Resultaten från intervjuerna blev alltså likvärdiga trots de potentiella riskerna i detta avseende.

Urvalet är också att se som målinriktat, vilket innebär att det är en typ av strategiskt urval i syfte att skapa överensstämmelser mellan forskningsfrågor och urval (Bryman 2011: 434). Forskaren ska alltså göra sitt urval utifrån att intervjupersonerna ska vara relevanta för att kunna besvara forskningsfrågorna.

Det slutgiltiga urvalet för min studie består av fyra intervjupersoner. Åldersspannet är mellan 20–26 år: den yngsta är 20 år, två är 24 år och den äldsta är 26 år. Tre av de fyra intervjupersonerna är män. Könsfördelningen har dock ingen större betydelse i detta fall eftersom jag mestadels utgår från vissa teman (se avsnitt 5.5) som är relativt övergripande och som inte har så stort fokus på just kön; urvalet är dessutom begränsat vilket gör att det är svårt att dra några större slutsatser utifrån ett könsperspektiv. Samtliga intervjupersonerna är hemmahörande i Skåne och de blev alla, via ett informationsbrev (bilaga 1), informerade om försättningarna att delta i intervjun drygt tre-fyra veckor innan intervjuerna ägde rum.

5.4 Intervjuernas genomförande

Intervjuernas genomförande var till det yttre väldigt lika, förutom att de hölls på olika platser och att en intervju genomfördes på engelska. Alla intervjuer genomfördes i mindre rum i skolmiljö, där majoriteten genomfördes på Campus i Helsingborg och en genomfördes på Socialhögskolan i Lund. Intervjuernas längd varierade något och varierade mellan 41 minuter och 1 timme och 12 minuter.

Problem som jag stötte på under intervjuernas gång var få, men under den ena intervjun uppmärksammade jag att inspelningen (via min mobiltelefon) hade avbrutits, vilket resulterade i att intervjupersonen fick upprepa svaren på några av frågorna två gånger. Denna intervjuperson verkade dock inte bli distraherad eller på något sätt stressad eller liknande på grund av att inspelningen hade avbrutits, utan upprepade svaret på frågorna utan några bekymmer. De svårigheter som jag upplevde under intervjuerna var när jag skulle genomföra den ena intervjun på engelska. Anledningen till att intervjun hölls på engelska var för att intervjupersonen inte ursprungligen härstammar från Sverige och därför har ett annat

modersmål. Jag var rädd för att intervjupersonen skulle ha svårt att förstå frågorna och mina formuleringar, men den känslan släppte relativt omgående, då det var uppenbart att intervjupersonen på ett utmärkt sätt förstod mig, mina frågor och vad det var jag ville ha ut av intervjun.

5.5 Bearbetning av empirin och analytiska tillvägagångssätt

Vid analysen av empirin har jag valt att använda mig av kvalitativ tematisk innehållsanalys. Bryman (2011: 283) beskriver innehållsanalys på följande vis:

Innehållsanalys är ett angreppssätt när det gäller analys av dokument och texter som på ett systematiskt och replikerbart sätt syftar till att kvantifiera innehållet utifrån kategorier som bestämts i förväg.

Innehållsanalys är enligt Jacobsen (2012: 146) till för att både förenkla men även berika insamlad data. Genom att förenkla data skapar man en överskådlighet och genom att berika den placerar man den i större sammanhang (ibid.). En innehållsanalys består ofta av ett antal faser, där den inledande innebär att forskaren *tematiserar* sitt material. Med tematisering menar Jacobsen att man reducerar en text till en uppsättning tematiska enheter, där man konstaterar att flera ord, meningar och avsnitt bildar en meningsbärande enhet inom ramen för texten.

Den andra fasen innebär att empirin *kategoriseras* med vilket Jacobsen (2012: 146f.) avser att forskaren söker efter relevanta kategorier som kan skapa struktur i texten, och med vars hjälp det även sker en förenkling av insamlad data. Dessa kategorier kan antingen skapas genom att tillämpa *grounded theory*, vilket jag inte har gjort, men kategorierna kan också ha bestämts på förhand med hjälp av exempelvis intervjuguiden; ett tillvägagångssätt som Jacobsen (2012: 147) benämner som förkategorisering och det är på detta sätt som jag har kategoriserat empirin (se vidare nedan).

Den tredje fasen handlar om att *fylla kategorierna med innehåll* (ibid.: 149) vilket sker genom att göra ett urval av lämpliga och ”talande” citat ur intervjuerna och i uppsatsen låter dessa citat belysa vad personen förmedlar. Den fjärde fasen – att *räkna antalet gånger som ett tema nämns* – är dock inte relevant för denna studie eftersom den är kvalitativt inriktad. I nästa fas är forskaren inriktad på att *undersöka skillnader och likheter mellan intervjuerna* (ibid.: 150). I den sjätte och sista fasen gäller det att *söka förklaringar till skillnader* (ibid.: 150f.) där man

börjar med att jämföra kategorierna och respondenternas berättelser. Det är därför viktigt att återvända till texterna för att söka efter något som kan förklara variationerna.

Med tanke på att en kvalitativt inriktad innehållsanalys även kan utgå från förbestämda kategorier vid användning av kvalitativ intervjumetod passar detta analytiska tillvägagångssätt väl in på denna studie, då jag valt att utgå från redan färdigformulerade kategorier. Det hindrar inte att jag i viss mån också har använt valda delar i grounded theory (GT). Rennstam och Wästerfors (2015: 224) hänvisar till metodforskaren Kathy Charmaz (2002) som har vidareutvecklat en metod för kodning av intervjudata som utgår från Glaser och Strauss ursprungliga modell för GT. Jag har låtit mig inspireras av GT när det gäller rad-för-rad-kodning av intervjuerna. Charmaz framhåller att när forskaren kodar intervjudata så befinner denne sig mycket nära materialet som samlats in (Rennstam & Wästerfors 2015). Hon menar att forskaren i arbetet med kodningen bör läsa intervjuutskriften ”rad för rad” och skriva kommentarer i marginalen. Dessa kommentarer sammanfattar eller ”översätter” delar av utskriften.

I resultat- och analyskapitlet, i kapitel 6, har jag inarbetat förhållandevis långa utdrag ur intervjupersonernas livsberättelser. Redogörelsen baseras på nedanstående analytiskan som jag valt att formulera på förhand, eftersom jag efter rad-för-rad-kodning inte har gjort någon fokuserad kodning (som annars sker vid tillämpning av GT) med syftet att skapa huvud- och underkategorier oberoende av kodningen:

- Debut i narkotikabruk: bakgrund och subjektivt upplevda orsaker
- Identitet och socialt nätverk
- Inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling
- Kontakter med polis och rättsväsendet

5.6 Förförståelse

Larsson (1994: 165) hävdar att redan vid första mötet med det ”ting” som ska tolkas har vi en föreställning om vad det innebär och vad det betyder. Larsson menar att detta är vad som innebär att ha en förförståelse. Det är kanske en alltför enkel syn på innebörden av förförståelse, då ingen människa är som det heter ett ”oskrivet blad” (*tabula rasa*). Vi lever inte i ett vakuum utan påverkas dagligdags av olika intryck via medier, universitetsvärlden, politiska partier,

vänner och anhöriga m.fl. Som forskare är det nödvändigt att inse att det *kan* finnas faktorer som påverkar undersökningen i en viss riktning, medvetet eller omedvetet. Därför är det viktigt, som Larsson (1994) påpekar, att forskaren *öppet* redovisar sin förförståelse och vad denne har gjort för att motverka att det vetenskapliga arbetet blir drabbas av bias.

För egen del är jag inte engagerad i någon organisation som tar aktiv ställning för eller mot bruk av narkotika. Min egentliga förförståelse inom detta område utgörs av dels professionella kontakter på min arbetsplats med klienter och anhöriga, dels egna privata möten med individer som nyttjar eller nyttjat narkotika av olika slag och av olika anledningar. Mot denna bakgrund har jag vinnlagt mig om att inta en neutral hållning och ett öppet sinnelag gentemot intervjupersonerna och inte exempelvis ställa ledande eller fördomsfulla intervjufrågor. Denna inställning anser jag ha präglat hela forskningsprocessen, inklusive analysarbetet.

5.7 Studiens tillförlitlighet

Bryman (2011:351) nämner att begreppsparet reliabilitet och validitet traditionellt är ett viktigt inslag för att kvalitetssäkra en studie. Detta är dock begrepp som huvudsakligen används inom kvantitativt inriktad forskning. Inom kvalitativ forskning har dessa positivistiskt laddade begrepp alltmer ifrågasatts, däribland av de amerikanska metodforskarna Guba och Lincoln som i mitten av 1980-talet utvecklade ett nytt sätt att bedöma kvalitativt inriktade studier (Bryman 2011: 352f.), där de introducerade paraplybegreppet ”tillförlitlighet” som består av fyra underkriterier (trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt möjlighet att styrka och konfirmera). I det följande redogör jag kortfattat för hur jag applicerat dessa kriterier för att min egen studie ska genomsyras av en hög tillförlitlighet:

Trovärdighet: Bryman (2011: 354) poängterar att ”om det kan finnas många olika beskrivningar av en social verklighet, är det när allt kommer omkring trovärdigheten i den beskrivning som en forskare kommer fram till som avgör hur pass acceptabel den är i andra människors ögon”. Det handlar helt enkelt om att den sociala verklighet som jag presenterar måste vara trovärdig för läsaren. De sätt som jag har fastställt trovärdighet i min studie på är dels genom att göra ett relevant urval av intervjupersoner, dels genom att jag spelat in och transkriberat intervjuerna ordagrant. Jag har även i uppsatsen återgett intervjuцитat för att läsaren ska kunna göra egna tolkningar och dra egna slutsatser. Jag har även använt mig av följdfrågor under intervjuerna, vilket har bidragit till att jag har fått ta del av kompletterande klargöranden från intervjupersonerna vilket sammantaget gjort att studien har en hög grad av trovärdighet.

Överförbarhet: Bryman (2011: 355) hänvisar till Geertz (1973a) som myntat begreppet ”thick descriptions”, alltså täta beskrivningar, vilket enligt Lander (2018) baseras på den innebörd som intervjupersonerna själva ger åt sina handlingar och vilken innebörd som forskaren ger dessa. Denna typ av beskrivningar förser andra forskare ”med något som de kallar en databas med vars hjälp de kan bedöma hur pass överförbara resultaten är till en annan miljö” (Bryman 2011: 355). Genom att jag använder mig av, och återger, citat som är ”fylliga och täta” så kan läsaren göra sina tolkningar och dra egna slutsatser. Vidare bör påpekas att Kvale och Brinkmann (2014: 314) framhåller att slutsatserna i en kvalitativt inriktad studie kan vara *analytiskt* generaliserbart, trots att det i statistiskt avseende inte är det. Detta innebär att det i vissa fall är fullt möjligt att formulera vissa generella teorier som skulle kunna tillämpas och överföras till en annan kontext (ibid.).

Pålitlighet: Bryman (2011: 355) påpekar vikten av att forskaren i sin studie ger en fullständig och tillgänglig redogörelse av alla faser under forskningsprocessen, så att studien som helhet framstår som transparent. Detta granskande synsätt har jag tillgodosett på två sätt: jag har för det första gjort en fullständig och grundlig genomgång av de olika faserna under forskningsprocessen. Att jag har spelat in mina intervjuer, transkriberat dem i sin helhet i stället för att göra minnesanteckningar är också viktigt för att studien ska framstå som pålitlig, eftersom minnesanteckningar skulle leda till att forskaren missar både nyanser och avgörande resonemang i respondenternas berättelser. Som jag även nämnde ovan i avsnitt 5.1 skulle det inte heller varit möjligt för mig att återge citat och längre utdrag från intervjuerna om de inte spelats in.

Möjlighet att styrka och konfirmera: Forskaren får inte medvetet låta sina personliga värderingar eller teoretiska preferenser påverka slutsatserna kring undersökningen, inte heller studiens design eller tillvägagångssätt i övrigt (Bryman 2011: 355). Under intervjuerna var jag också uppmärksam på att inte uttrycka egna normativa ståndpunkter eller åsikter för att minska riskerna att påverka intervjupersonerna i en viss riktning (se vidare avsnitt 5.6 om förförståelse).

5.8 Forskningsetiska överväganden

Det kan finnas potentiella risker med att intervjua aktiva narkotikabrukare i ens studie, då ämnet kan anses vara särskilt känsligt ur en forskningsetisk synpunkt. Som Runquist (2012: 154) nämner finns det yttre institutionaliserade forskningsetiska principer och villkor som den enskilde forskaren måste ta hänsyn till, och uppfylla, för att kunna påbörja sin forskning.

Författaren menar att vissa av dessa allmänna principer är Vetenskapsrådets (VR) etiska riktlinjer. Det som VR (2002: 6) benämner för det grundläggande individskyddskravet har delats in i fyra huvudkrav: informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekravet. Dessa är, betonar VR, rekommendationer och riktlinjer och ersätter inte forskarens eget ansvar och omdömesgilla bedömningar. Syftet är snarare ”att ge underlag för forskarens egna reflektioner och insikter i sitt ansvarstagande” (ibid.: 6). Nedan belyser jag närmare hur jag under forskningsprocessen har tillämpat dessa fyra krav:

Informationskravet handlar om att man ska informera intervjupersonen om studiens syfte och under vilka villkor som denne deltar i forskningsprojektet. I mitt fall uppfylldes informationskravet delvis av informationsbrevet som delades ut till respondenterna (bilaga 1). Informationsbrevet har en central roll genom att det innehåller relevant information om studiens syfte och vilka villkor som gällde om man ville låta sig intervjuas. I informationsbrevet fick även respondenterna kontaktuppgifter till såväl mig som till min handledare, om det var så att de ville kontakta någon av oss för vidare frågor kring studien eller liknande.

Samtyckeskravet innebär att forskaren ska inhämta uppgiftslämnarens samtycke. Ett samtycke att delta innebär generellt att det har lämnats utan otillbörliga påtryckningar och att handlingsfriheten inte har begränsats. Det betyder även att ett avhopp från att delta i studien eller att inte besvara en viss intervjufråga inte får innebära negativa konsekvenser för personen i fråga, något som påpekades i informationsbrevet som respondenterna fick ta del av. Deltagarna har därmed gett sitt informerade samtycke till att delta i studien.

Konfidentialitetskravet handlar bland annat om förvaring av konfidentiella uppgifter och anonymisering av personuppgifter för att försvåra identifieringen av intervjupersonerna. Jag har haft konfidentialitetskravet i åtanke genom att jag förvarat anteckningar, inspelningar och transkriberingar av intervjuerna på ett sådant sätt att ingen obehörig haft tillgång till dem. De enda som har tagit del av intervjuuskripterna har varit jag och min handledare. Det bör tilläggas att min handledare inte har fått vetskap om intervjupersonernas verkliga namn. Jag har även valt att ge intervjupersonerna fiktiva namn i uppsatsen för att minimera riskerna att identifiera intervjupersonerna. Det material som jag har kvar efter genomförda intervjuer, det vill säga inspelningar och intervjuuskript, kommer att destrueras efter det att min uppsats blivit godkänd av LU:s examinator, vilket även intervjupersonerna blivit informerade om i informationsbrevet.

Nyttjandekravet innebär att uppgifter som forskaren har samlat in endast får användas för det ändamål som omtalats för forskningspersonerna i informationsbrevet. Nyttjandekravet har följts genom att uppgifter som framkommit och insamlats om enskilda inte har använts eller utlånats för kommersiellt bruk eller icke-vetenskapliga syften.

Vetenskapsrådets (2002) forskningsetiska principer har varit vägledande under forskningsprocessen som helhet. De potentiella risker som således går att urskilja i denna studie är kopplade till individernas hälsa och att de i samtid eventuellt är involverade i vad som klassas som kriminellt. Trots de potentiella risker som jag har tagit i beaktning bedömer jag att det inte finns några överliggande risker för mina intervjupersoner att komma till skada genom att medverka i studien, då jag dels, som framgår ovan, har varit tydlig med de forskningsetiska huvudkraven gentemot intervjupersonerna, dels även varit noga i mitt tillvägagångssätt när det kommer till val av intervjupersoner såväl som tillvägagångssätt under hela studiens gång för att minimera chanserna för mina intervjupersoner att komma till skada. Trots att studiens syfte handlar om individers subjektiva upplevelser pekar jag inte ut *vem* den faktiska individen är, vilket bidrar med säkerhet för intervjupersonen.

Eftersom de potentiella riskerna tagits i beaktning, samt att jag varit tydlig med de forskningsetiska huvudkraven i relation till intervjupersonerna, är det att anse att forskningsprocessens olika delar överensstämmer med VR:s forskningsetiska krav och att studien därav anses vara forskningsetiskt försvarbar.

6. Resultat och analys

I detta kapitel presenteras studiens resultat och analys och jag kommer att illustrera mina resonemang med utdrag ur livsberättelserna för att både levandegöra redogörelserna, men också för att göra analyserna mer trovärdiga. Intervjupersonerna presenteras inledningsvis var för sig och som påpekades i föregående kapitel har jag gett dem fiktiva namn.

6.1 Rasmus

Vid intervjutillfället är Rasmus 20 år. Han har inget jobb eller annan sysselsättning, men berättar att han gärna vill börja på SFI igen för att lära sig svenska. Rasmus försörjer sig för tillfället genom försörjningsstöd men berättar att han vill ha ett riktigt jobb snart igen. Rasmus började använda narkotika första gången när han var 15 år. Han berättar att han har testat de flesta typerna av narkotika vid flera tillfällen, där han nämner att han började med marijuana och testade därefter en mängd olika preparat: tramadol, bensodiazepiner, metadon, kokain, lustgas, svampar, LSD, oxycontin, alkohol, MDMA, subutex, heroin och ecstasy. Rasmus säger att han under en period nyttjade tramadol och bensodiazepiner mer regelbundet, då han inte längre kände samma effekt av marijuana och behövde något starkare för att få önskad effekt. Efter ungefär tre, fyra gånger blev det en vana att använda narkotika och han började göra det allt oftare. Numera säger han sig enbart använda marijuana.

6.1.1 Debut i narkotikabruk: bakgrund och subjektivt upplevda orsaker

Det finns många olika anledningar till varför en individ börjar använda narkotika, vilket även framhålls av Kristiansen (2000). Rasmus beskrivning om sin väg in i aktivt narkotikabruk är relativt kort och koncis. Vid frågan om hans debut och anledningen till varför han valde, eller hamnade i situation med ett tidigt accelererat narkotikabruk svarade han följande:

I don't know, I felt like when I was a kid I had a lot of bad anxiety and I didn't feel alright very often. I felt a little weird and out of place... And you know, drugs crossed my mind, but I never thought much about it. Until I, you know, until I got a little older, around fifteen. And, I don't know, some friends were doing it and I guess, I wanted to fit in and be a part of the group. So, I started smoking pot. And... And I mean, the first time I tried it I felt awful, I felt sick and I was throwing up. And I didn't feel okay. But, but I don't know. As I said my friends were doing it you know. So, I felt like I wanted to fit in and be a part of it. So, I kept trying it, and eventually I could handle it you know. And the first time I properly got high and felt the effects, I just, I felt like there was a huge load off my back. I

felt like happier, less anxiety... You know. It's... I don't know, I felt different than I had ever felt before. I don't know, I really liked it. I had no idea what I was getting in to. I didn't really think much about it at all before.

Rasmus framhåller alltså att den huvudsakliga anledningen till att han började använda droger och debuterade i narkotikabruk var för att passa in med sina vänner. Till en början mådde han dåligt när han använde droger, men valde ändå att fortsätta för att vara en del av gruppen och vänskapskretsen. Senare upplevde Rasmus att narkotikabruket gjorde att hans ångest släppte och att han kände sig gladare. Han säger också att det gick fort för honom att börja använda narkotika regelbundet, men att det till en början bara var hasch och marijuana och att han inte hade testat någon annan form av narkotika innan dess. När jag frågar Rasmus hur det kommer sig att han senare började med tyngre droger förklarar han med att berätta följande:

Because I feel like... I feel like, when you start smoking, you know, it's like something different from anything you've ever tried before and you just feel super magical and good. But once you do enough of it, you know, your tolerance grows higher and you just don't get the same kick as you used to get in the beginning. And you know, you start to get bored. Not bored of it, but... you know... you look for something stronger I guess. You know, that's how I feel at least, that's how it was for me. Yeah... and from smoking I went to pills... to get that.

Rasmus upplevde således en ökad tolerans ju längre han använde droger. För att uppnå det rus som han var ute efter – och som han tidigare uppnått genom att enbart röka hasch och marijuana – var han tvungen att söka sig till tyngre narkotika för att uppnå den effekt som han var ute efter, och han började använda ”piller” med vilket han avser tramadol och bensodiazepiner.

6.1.2 Identitet och socialt nätverk

Som en följd av sitt fortsatta narkotikabruk upplever Rasmus att han har förstört många vänskapsrelationer i hans nära omgivning och inom hans sociala nätverk. Eller med Rasmus egna ord: ”I've messed up relationships with friends, you know, partners, family, school, work. Yeah. It messes up most of my relationships.” Han berättar dock att vännerna i hans sociala nätverk gör samma sak som han själv när det gäller bruk av narkotika. Rasmus anser sig därför vara omgiven av både dessa vänner och av narkotika. På frågan om vad han tycker om detta säger han:

I don't know. To be honest I don't really like it, you know, but it's the people I know and the people that I got to know. It's a little hard for me nowadays to like, make new friends like that. So, I just stuck to the people I know and unfortunately they are in to that.

Goffman (2011: 123) framhåller att man ofta tror att individens relationer till den "egna" gruppen är ett resultat av den stigmatiserade personens personliga upplevelser. Goffman menar dock att det som en individ är eller skulle kunna vara kan härledas utifrån gruppens placering inom den sociala strukturen. Detta kan tydligt urskiljas i Rasmus fall – att den individ han har blivit och hur hans personlighet har formats har skett via den grupp av vänner som han omger sig med. På frågan om Rasmus kommit i kontakt med tyngre narkotika via vänner berättar han:

I feel like I got in contact with marijuana through friends, but the heavier drugs I feel like I kind of went out of my way to get them myself. It was a little hard at first but eventually I got to meet certain people... And... Yeah, so it got easy, but in the beginning it wasn't. I mean, normally the guy who sells you pot sells other stuff too you know. So, it's more the matter of fear of doing it, to then doing it.

När det gäller relationen till sin familj berättar Rasmus att hans nära anhöriga är medvetna om att han regelbundet använder narkotika. Rasmus återger händelser om när han har överdoserat narkotika och hans mamma har varit den som hittat honom och därefter tagit honom till sjukhuset. Rasmus tre halvsyskon som bor i Danmark har han inte någon kontakt med, men det är oklart om detta beror på hans narkotikabruk.

6.1.3 Inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling

Rasmus berättar i sin intervju att han inte själv haft något stöd eller någon behandling för sitt narkotikabruk utöver att han har haft öppenvårdskontakt med en drogterapeut. Rasmus förklarar att drogterapeuten tog den första kontakten med honom sedan han blivit anmäld till socialtjänsten av olika personer (Rasmus går inte djupare in på vilka personer det är som har anmält honom till socialtjänsten), men menar att det är på hans initiativ som kontakten fortsätter. Han anser sig ha positiva erfarenheter av stödkontakten och att den hjälper honom:

You know it helps, it's good to know that someone cares and to know that you're not alone all the time. And you can always talk to them, about your problems and how you're feeling,

but you know... Other people can only do so much for you... I think it's something that needs to come from within. I feel like, if you don't want to get out – you're not going to. You know, it doesn't matter how many rehabs you go to or how many people that tell you how bad it is, or how many places you read about. And, I feel like there is a way out, it's just, it's not impossible but, you know, for me at least, I feel like it's really really hard.

Som Blomqvist (2002: 132) framhåller kan ett skäl till att narkotikabehandling fungerar för vissa individer vara att den utgår från deras egna förutsättningar och önskemål. I likhet med vad Rasmus berättar om den egna motivationen för att åstadkomma förändring, betonar Blomqvist (2002: 108) att narkotikabrukarens egen motivation och inre mognad har varit en förutsättning för att kunna förändra sitt liv bort från narkotika. Denna inre motivation har funnits hos såväl de som slutat bruka narkotika utan stöd och behandling, men även hos de som fått stöd och behandling (ibid.).

Rasmus har själv inte haft kontakt med eller varit inskriven vid en LARO-mottagning. Han tror dock inte att det finns någon lösning på problemet att narkotikan, via underhållsbehandlingen, i vissa fall säljs vidare efter det att personerna har hämtat sin medicin utan menar att detta är en konsekvens av programmets upplägg. Rasmus ger ingen vidare förklaring till varför han inte ser någon lösning på problemet.

6.2 Maria

Vid intervjutillfället är Maria 24 år. Maria berättar att hon studerar på universitetsnivå och att hon har gjort det de senaste åren samtidigt som hon har två parallella jobb. Det är genom dessa och studiemedel från CSN som hon försörjer sig. Maria började använda narkotika första gången när hon var 14 år. Hon berättar att den första drog som hon testade var marijuana och att hon dagligdags har använt den sedan hon var 18 år, senast samma dag som vi gjorde intervjun. Maria berättar att hon har testat runt tjugo olika typer av narkotika – många opiater, inklusive heroin, metadon och subutex. Hon nämner att hon även nyttjat bensodiazepiner och mycket centralstimulantia, exempelvis MDMA och kokain samt psykedeliska droger. Hon använde *tjack* (amfetamin) dagligen under en tremånadersperiod när hon var 20 år, men hon bestämde sig sedan för att upphöra med drogen. Numera, berättar Maria, använder hon enbart marijuana – men på helger även kokain.

6.2.1 Debut i narkotikabruk: bakgrund och subjektivt upplevda orsaker

Marias förklaring till varför hon som 14-åring började med narkotika är att hon alltid haft intrycket av att narkotika var ”rätt coolt” och någonting som var spännande. Hon säger sig alltid haft en positiv inställning till droger. ”Jag gjorde typ en pakt med en av mina kompisar när jag var liten och bara ’aa, jag vill testa allting någon gång’”, berättar Maria.

Efter att Maria första gången hade rökte hasch tillsammans med sina vänner, så fortsatte hon inte förrän drygt två år senare. Enligt Maria var det då bara vid några enstaka tillfällen. Inte förrän hon var runt 18 år började hon röka hasch och marijuana mer regelbundet, och hon förklarar detta med att hon tyckte att det var ”kul”. När hon började använda narkotika regelbundet den sommaren när hon var 18 år säger hon sig ha varit ”extremt ångestig” som hon uttrycker saken. ”Det enda jag ville göra var att gråta och den, alltså, att röka hjälpte mig lite mot ångesten. Och det gjorde att jag typ kunde agera normalt...”, berättar Maria.

På frågan varför Maria valde, och alltjämt väljer, att använda hasch och marijuana säger hon:

Vad jag säger till andra, för att det låter bättre, är ju just det här med ångest grejen. För det hjälper ju fortfarande mot det, och sekunden... För att jag märker... Jag får lite panik över när... För det känns som om att mitt huvud hela tiden arbetar väldigt väldigt väldigt snabbt och jag får extremt mycket tankar. Och, det hjälper mig att liksom långsamma ner de här tankarna och hjälper mig processa dem. Och såhär, en tanke i taget, istället för att liksom ha tusen tankar som jag försöker särskilja mellan. Och det ger mig ångest att ha så mycket tankar i huvudet hela tiden...

Kristiansen (2000: 94) menar utifrån sin egen undersökning om tidigare aktiva brukare med ett tungt narkotikabruk att deras motiv att börja med narkotika inte handlade om att lindra ångest, depression eller av flykt, utan snarare att de *ville* göra det, av egen vilja. Man kan se Marias debut och fortsatta användning av hasch/marijuana som en mix av både behovet att lindra sin ångest och en vilja att använda narkotika. För samtidigt som hon berättar om att narkotika dämpar hennes ångest, så återkommer hon genomgående till ”pakten” som hon skapade med en vän som ung och på grund av den känsla av spänning som det innebar att röka hasch och marijuana.

På frågan varför hon valde tyngre droger i ett senare skede av livet förklarar Maria att detta berodde på olika anledningar, framför allt på hennes ångest och att hon dejtade en person som hade konstant tillgång till *tjack* och bjöd henne på det. En annan anledning att börja använda amfetamin var att hon tyckte om att vara ”snabb och effektiv”, något som hon upplevde sig bli med hjälp av *tjacket*.

6.2.2 Identitet och socialt nätverk

Första gången Maria brukade narkotika var hon med en grupp med tjejvänner, där de alla gjorde det för första gången tillsammans vilket närmast kan liknas vid en initiationsrit. Maria beskriver att hon därefter varit tvungen att höra av sig till killkompisar för att få tag på marijuana och andra preparat, men sommaren när hon fyllde 18 år lärde hon sig att rulla sina egna *joints*, vilket hon tycks se som ett slags vändpunkt eftersom hon då lärde sig hantverket inom den narkomana världen:

Jag hatar den här manlighetsnormen inom röksamhället, för tidigare när jag hade velat röka så var jag alltid tvungen att kontakta en killkompis, för att det var oftast de som hade det och det var oftast de som kunde rulla. Och det frustrerade mig extremt mycket typ. För att jag kunde inte göra någonting själv och jag kände mig lite handikappad i det, så därför blev det liksom... Den sommaren hade jag tiden nog till att förkovra mig i det typ, och så tvingade jag en av mina polare att lära mig rulla för att jag skulle kunna göra det själv.

När hon väl började använda narkotika regelbundet hamnade hon automatiskt bland likasinnade (”vardagsrökare”) och i en miljö där detta var helt acceptabelt och ett normalt beteende:

Jag började hänga mer i sammanhang där man brukade mer. Eller speciellt då där det verkligen var normaliserat. För det är väl sure att många kan säga att det är okej på fester och sådär, men inte sådär vardagsrökare. Men då började jag hänga med vardagsrökare väldigt mycket.

Maria pratar under intervjun om hur det, även långt efter det att hon debuterade med att röka hasch, skapas en hemlighetspakt mellan de individer som man umgås med. Detta skapas, framhåller Maria, eftersom man inte pratar om vad man gör utanför de här kretsarna, eller ”subgruppen” av avvikare utifrån samhällets normsystem. Maria förklarar att hon även har många *andra* umgängeskretsar – som inte använder narkotika – men då befinner hon sig i

”finkultursammanhang” som hon uttrycker saken och där skulle hon inte komma på tanken att nämna något om sin narkomana umgängeskrets. Som Goffman (2011/1963: 125) konstaterar måste den stigmatiserade individen även se på sig själv från andra gruppers synvinkel, alltså från ”de normalas” sida sett och inte uteslutande från likasinnade i den egna subgruppen. Detta blir tydligt i Marias fall när hon resonerar om hur hennes olika umgängen ser på henne och att hon strategiskt väljer *vad* hon ska berätta i sina olika umgängeskretsar:

Vissa kompiskretsar jag har, alltså jag vet att jag nästan inte hade velat umgås med dem om inte... Eller så här... De betyder väldigt mycket för mig. Så det gör ju liksom... Ja, men jag tar väl en spliff när jag är med dem och jag kan väl fortfarande en dag ta en lina... alltså amfetamin, om någon erbjuder mig det i de kretsarna. Men de är ju ingen... Jag vet inte. Jag känner ju inte att mina sociala kontakter påverkar mig, för så mycket hänger jag inte med dem. Jag hänger i de flesta fall med normala människor som inte ens vet vad en drog är.

Maria förklarar att hon har ett väldigt stort socialt nätverk, som hon målar upp som väldigt varierat: allt från aktiva narkotikabrukare, personer som kommit ur sitt bruk eller som återfallit samt de vars kunskaper om droger är obefintliga. Maria berättar att hon har en viss syn på vänskap och när hon väl har fastnat för en person, vare sig om hon var ”hög” eller inte när de träffades, så vill hon alltid ge vänskapen en chans när det gäller personen i fråga. Det har dock hänt att när andra har blivit nyktra eller drogfria finns det ibland ingen gemensam nämnare kvar dem emellan; Maria menar att det ibland inte är samma personer när de väl har slutat använda droger. Vissa umgängen upphör med andra ord när droger inte längre finns som fungerande länk.

På frågan om Marias anhöriga är medvetna om att hon regelbundet använder narkotika berättar hon att hon brukar röka hasch och marijuana tillsammans med sin syster. Hon tror att hennes föräldrar antagligen anar att hon använder narkotika, men frågan kring hennes egna bruk tycks inte ha berörts mer explicit dem emellan.

6.2.3 Inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling

Under samtalet med Maria framkommer att hon på egen hand slutade använda amfetamin, som varit hennes huvuddrog under en kortare period för fyra år sedan, och att detta skedde utan någon form av stöd eller behandling. Maria förklarar bakgrunden till detta ställningstagande:

Jag märkte till slut att när jag slutade bruka det så grät jag hela, hela, hela tiden, och då märkte jag att ”okej, nu måste jag sluta”. Så jag tog liksom bara beslutet att ”nä, jag kan inte fortsätta” och då gjorde jag inte det. Eftersom jag verkligen hade bestämt mig på det sättet, att liksom ”nä, jag vill inte göra det här mot mig själv” så hade jag... Eller så här... Då gick det. Det är klart som fan att jag var sugen på det, men jag kände mig mest lite äcklad när jag tänkte på det. Det var liksom inte... Jag tänkte bara på det livet jag hade levt hela sommaren och hur... Hur borta jag var.

Maria har aldrig sökt kontakt med socialtjänsten eller sjukvården och har därför inte heller genomgått någon behandling för sitt narkotikabruk, men att hon förklarar att hon har funderat på att ”gå och prata med någon” beträffande sitt pågående marijuanabruk. Anledningen är att hon under vissa perioder har tyckt att det varit ”jobbigt” att sluta på egen hand, men att hon hittills inte har uppsökt sjukvården eller socialtjänsten motiverar hon med att hon inte gillar ”den här stigmatiseringen som sker när man söker hjälp. Det finns ju väldigt få kanaler dit man kan gå utan att någon dömer dig, eller utan att du måste ta pisseprov samtidigt och bevisa någonting. Jag vill inte få det på någon record.”

Blomqvist (2002: 100) hävdar att motståndet mot eller oviljan att söka behandling eller stöd kan vara en av de viktiga aspekterna till individens motivationsprocess gentemot behandling. Han nämner att ett stort antal narkotikabrukare är, och har varit, rädda för oönskade myndighetsingripanden eller för att bli stämplade som narkoman, kriminell, avvikare etc. Detta liknar i stor utsträckning Marias tankar och inställning till behandling och stöd för sitt narkotikabruk. Goffmans (2011/1963: 51) stigmateori innebär att om individens avvikande beteende inte uppmärksammas av andra individer eller grupper i samhället, dvs. att personen i fråga är misskreditabel och inte misskrediterad, så innebär detta att personen ännu inte är stigmatiserad – men *riskerar* att bli det; den avgörande frågan enligt Goffman är därför hur en misskreditabel person undviker att bli stigmatiserad i andras ögon. Det är detta som Maria syftar på när hon säger att hon inte vill att det ska finnas någon dokumentation om att hon varit i kontakt med någon myndighet för att få hjälp, eftersom hon inte vill att hennes chanser ska försämrans av att det skulle framkomma att hon brukar narkotika.

Maria använder inte själv opiater eller opioider, men när frågan om LARO kommer på tal i intervjun berättar hon om sina erfarenheter av *andra* som legalt fått subutex eller metadon:

Jag upplever ändå att andra som har gått på de här olika mottagningarna, att de liksom... ja, ses på ett visst sätt bara för att man brukar någonting. De ser ju ofta inte på sig själva på det sättet och det är ju det som blir problematiskt liksom.

Trots att opioider ges inom ramen för LARO anser Maria således att dessa individer i slutändan ändå blir karaktärsstigmatiserade, då de av omgivningen fortfarande ses som narkomaner vilket medför fortsatta problem för dessa brukare i relation till andra.

Samtidigt menar Maria att det allmänt sett är bra att det finns hjälpinsatser än att brukare ska riskera dö på grund av överdoser. Enligt Maria är dock de hjälpinsatser och behandlingar som erbjuds alldeles för manual- och regelstyrda, och i stället skulle det enligt henne behövas insatser som är mer individanpassade. Marias grundläggande motstånd till att uppsöka sjukvården eller socialtjänsten tycks dock framför allt bottna i rädslan att hennes bruk kommer till myndigheternas kännedom och att hon därmed blir stämplad som ”narkoman”.

6.3 Thomas

Vid intervjutillfället är Thomas 24 år. Han berättar att han nu läser en universitetskurs och har en anställning sedan lång tid tillbaka. Utöver sitt arbete och studiemedel från CSN försörjer han sig på försäljning av hasch och marijuana. Thomas började röka hasch när han var 16 år och drygt ett år efter debuten är det fortfarande den drog som han använder dagligdags. Thomas berättar att han har testat de flesta typerna av narkotika, men hans huvuddroger är hasch, marijuana och alkohol.

6.3.1 Debut i narkotikabruk: bakgrund och subjektivt upplevda orsaker

Anledningen till att han började med narkotika förklarar Thomas med en känsla av allmän tristess. Han umgicks med en av sina närmsta vänner som han till sist rökte *bång* med, trots att han inledningsvis argumenterade mot det. Thomas utvecklar sina tankar kring debuten:

Men det var väl också för att det var tråkigt liksom. Alltså så, det var... Det var inte relaterat till några andra droger eller alkohol eller att man gjorde det på en fest, utan det var bara... Min närmaste kompis sa till mig, som jag litade på mest av alla mina kompisar, att det här är kul och inte skadligt. Eller skadligt på samma sätt som det utger... som det sägs vara liksom. Så det var rätt så... Naturligt är fel ord kanske, men ändå lätt. Smooth liksom så.

Det var en lätt inkörsport så att säga. Det var bara att lägga i ettan och köra in långsamt liksom.

På frågan vad Thomas skulle lyfta fram som huvudorsaken till att han började med narkotika, förutom tristess och att hans vän övertalade honom till det, så pekar han bland annat på nyfikenhet: ”Det var en kul grej alltså så. Det var roligt att testa liksom.” På frågan om han använt tyngre narkotika berättar Thomas, att han ”testat det mesta” men att han – som han uttrycker det – är ”allergisk” mot opiater: ”Jag kräks ju direkt av det minsta lilla i kroppen. Jag klarar inte det alls.” Thomas berättar visserligen att han alltid haft mycket olika narkotika i sin omgivning ända sedan han var 15 år: den fanns och finns ”alltid, överallt, hela tiden”. Men som Thomas själv förklarar har han däremot aldrig känt ett behov av att använda tyngre droger både på grund av att han mår fysiskt dåligt av dessa och att han inte är intresserad av sådana droger.

6.3.2 Identitet och socialt nätverk

Första gången Thomas kom i kontakt med narkotika var tillsammans med en god vän. Han refererar till det som ett ”led nedåt”, där hans vän först såg till att förse dem med hasch, därefter kompisens bror. Efter något år var och är det han själv som skaffar narkotika då han sedan sex år tillbaka aktivt håller på med försäljning av hasch och marijuana. Han säljer även till sin äldre bror med vilken han har en bra kontakt.

Thomas menar att hans mamma alltid varit medveten om att han använder hasch och marijuana, och att hon har varit orolig för honom. Trots detta har hans kontakt och relation med henne alltid varit bra. Han återger en incident när han drabbades av en haschpsykos och ringde sin mamma för att prata med henne och för att lugna ned sig. Denna händelse medförde att han inte använde narkotika på drygt nio veckor. På frågan om varför han därefter valde att börja röka hasch igen trots att han hade hamnat i ett psykotiskt tillstånd och trots att han hållit sig borta från narkotika under flera veckor, förklarar han att rökningen är ”identitetsskapande” och ett sätt att vara en del av en gemenskap med likasinnade:

Alltså... Det är nice. Det är dumt att säga att det är identitetsskapande, men det var det lite liksom. Jag hade varit en skejterboy, långt hår och så, politiskt radikal och blablabla. Men... Jag hade... Jag tyckte inte att det var kul att gå ut och supa på det sättet, jag gjorde aldrig riktigt det. Istället för att sticka ut i stan och supa så stack jag och polarna ut och skejta och rökte *weed* liksom. I naturen. För mig är det en positiv grej liksom, men det låter

inte så bra att *stoners* sitter ute i skogen och buskarna... Det låter dumt. Men... Nä, men, för att det var kul liksom. Mina polare gjorde det, jag gjorde det... Jag var rätt övertygad om att det inte var det bara som fick mig att må dåligt i huvudet liksom.

Som Svensson (2007/1996: 327) framhåller utvecklas den sociala identiteten som narkoman i olika takt för olika individer. Thomas själv anser att hans narkotikabruk har blivit en del av hans identitet, även i hans roll som narkotikaförsäljare, och trots han fått tydliga negativa konsekvenser så var detta en del av honom – något som han valde att återvända till: ”Alltså, jag skulle säga att jag är en så pass erfaren rökare typ så att... det... Det är en del av mig liksom. Det är en vardaglig grej. Så... Det är ingenting som påverkar direkt...”.

Mycket av Thomas narkotikabruk är kopplat till umgänget med hans vänner. Han säger sig ha skapat *nya* vänskapskretsar genom sitt bruk och sin försäljning av narkotika. Han ger dock uttryck för en ambivalent inställning till de olika kretsar där han umgås och i sina kontakter med ”kunder” respektive ”kompisar”:

Jag gillar inte en enda av dem. Nej, men... Jo, det gör jag. Lite kanske. Men, alltså jag har ju... Jag har en relativt liten kundkrets också, men jag blandar de här två. Alltså, mina kunder är ju mina kompisar, och mina kompisar är mina kunder.

Thomas tror inte att han skulle umgåtts och varit vän med dessa individer om de inte hade haft hasch- och marijuanarökandet som gemensam nämnare, och detta är något som han ofta funderar över: ”Det är många som... som jag inte... Jag hade hälsat på allihopa och jag har kompisar som är kompisar, men aldrig att jag skulle hängt med dem, alltså så.”

Utanför den narkomana världen säger sig Thomas ha ett litet nätverk av vänner som inte använder narkotika. Dessa är dock så pass få att han kan räkna dem på sina två händer; denna vänskap har han knutit med vissa arbetskamrater. Det är, förklarar Thomas, väldigt få personer som han hänger med som *inte* röker och han berättar att han sällan åker hem till dem och umgås, till skillnad från personer som tillhör vänskapskretsen i den narkomana världen. Thomas tycker själv att det är tråkigt att han har så få vänner som inte använder narkotika och anser att det hade tillfört honom mycket och att det även hade kunnat bidra till att han rökte mindre hasch. Men denna inställning är dubbelbottnad, eftersom han samtidigt låter förstå att narkotikabruket är viktigt och identitetsskapande för honom själv.

6.3.3 Inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling

Sedan Thomas drabbades av haschpsykos tog han självmant en paus, i ungefär nio veckor, från sitt rökande av hasch och marijuana, men utan att ha efterfrågat stödinsatser eller behandling från sjukvården eller socialtjänsten. Thomas förklarar att han återupptog sitt rökande då han inte upplevde att han mådde bättre trots att han hade avstått från drogen under denna period. För fem år sedan, ”när det var som värst”, var han dock i kontakt med en psykolog för att ha någon att prata med:

Jag behöver prata mycket och när jag inte gör det så är det något fel liksom, alltså så. Jag behöver prata men... Jag har inte gjort det på många år nu. När det var som värst... 2013 tror jag... Det är fem år sen nu men... Då var jag ju och pratade med någon, alltså så.

Kontakten med psykologen skedde på Thomas eget initiativ, men hans upplevelse av detta stöd var inte positiv eftersom han inte tyckte att han fick någon bra respons av psykologen. Thomas skulle dock söka stöd igen, förklarar han, om han känner att hans livssituation inte är kontrollerbar. Blomqvist (2002: 3) framhåller att personer med narkotikaproblem som sökt eller har accepterat behandling bland annat gör det när de negativa konsekvenserna av bruket har nått sin klimax. Denna kontakt tas oftare i syfte att lindra en outhärdlig livssituation än i avsikt att upphöra med sitt bruk.

När det gäller de insatser för individer med opiatberoende vid LARO-mottagningar anser Thomas att det är bra att dessa finns för de brukare som behöver det – vilket inte är aktuellt för hans egen del – men han anser att fokus läggs på fel saker inom vården. Han ifrågasätter poängen med att ”byta ut” opiatbrukares vardagliga droger mot exempelvis metadon, då han själv upplevt att majoriteten av dessa brukare väljer att sälja vidare sitt metadon för att få tag på sin huvuddrog.

6.4 Alfred

Vid intervjutillfället är Alfred 25 år. Han har vid intervjutillfället inget arbete eller annan sysselsättning då han för tillfället är tvångsomhändertagen enligt LVM. Dessförinnan försörjde han sig genom praktik och olaglig försäljning av diverse receptbelagda ”tabletter”. Alfreds narkotikadebut skedde när han var 15 år då han började röka hasch, för att sedan även övergå till att ta tramadoltabletter. Han berättar att han använt flertalet droger, däribland i stor

utsträckning amfetamin och kokain samt tagit alla sorters ”piller”. Alfred säger sig också regelbundet ha använt ritalin och fentanyl¹ samt testat ecstasy, LSD och även ”käkat svamp” (som innehåller psilocybin). Han förklarar att han också rökt mycket crack. Den senaste tiden har Alfred huvudsakligen använt heroin, ”piller”, kokain och alkohol. Vid intervju tillfället är Alfred nykter och drogfri, vilket han själv menar beror på att han är tvångsomhändertagen.

6.4.1 Debut i narkotikabruk: bakgrund och subjektivt upplevda orsaker

Alfred berättar att han som 15-åring blev erbjuden att börja röka hasch av en god vän. En kort tid därefter fick han tramadol legalt utskrivet för ryggsmärtor och han märkte då att han mådde bra om han tog två tabletter extra – han anser att hans mer regelbundna narkotikabruk satte igång efter att han börjat överdosera tramadol. På frågan om varför Alfred inledningsvis började röka hasch han svarar att ge ett entydigt svar, men förklarar att: ”Nej, men jag... Jag blev väl erbjuden att röka hasch. Att testa på det. Och jag gillade det ganska snabbt.”

Alfred berättar att efter haschdebuten gick det cirka en eller två månader då han rökte mer sporadiskt, men efter ett tag insåg han att det kändes ”skitbra” och att han mådde bra av det. Han förklarar att det var mycket haschrökning under de första åren, ”dagligen, hela tiden”. Bruket av narkotika eskalerade väldigt snabbt efter att Alfred börjat med hasch och tramadol som 15-åring:

Jag använde tramadol, sen använde jag mycket amfetamin på helgerna när vi festade. Det var långa helger med rave-fester och så. ... Jag tog tramadolet tills jag var sjutton kanske. Testade på subutex då... tills jag var arton-nitton tog jag subutex och lite metadon. Sen var det heroin från jag var nitton tills jag var tjugotre.

Som Alfred tydligt målar upp brukade han många och tyngre varianter av narkotika redan i ett mycket tidigt skede av sitt liv. Alfred förklarar detta med att han mått bra av att använda dessa preparat, eftersom han säger sig ha sluppit sitt dåliga mående och haft det som ett sätt för att kunna ”fly”.

¹ Fentanyl är en syntetisk opioid som är narkotikaklassad och som uppmärksammats i medier på grund av att många brukare på kort tid har avlidit genom att använda drogen. Medlet är cirka 100 gånger starkare än morfin och överdosering medför en allvarlig risk för att dö (Socialstyrelsen 2014: 10).

6.4.2 Identitet och socialt nätverk

Efter haschdebuten som 15-åring gick det ganska snabbt för Alfred att skapa en identitet inom den narkomana världen. Alfred förklarar att hela hans vänskapskrets numera består av individer som använder narkotika, och tror att han kanske enbart har två vänner som är drogfria. ”Ett par av dem är riktiga vänner. Vi har gått igenom mycket tillsammans under många år. Sen är det många vänner man säger ’tjena’ till på stan och sen ’stick med dig’ liksom.”

Kontakten med hans familj tycker Alfred har blivit bättre sedan ungefär tre år tillbaka, dvs. sedan han sökte sig till metadonmottagningen. Dessförinnan hade han struntat i allt runt omkring honom, säger han: ”Jag har skitit i familj, och har det varit någon som tyckt som inte jag har tyckt så [har jag] ’gestikulerat med mittenfingret’.”

Hans familj har enligt Alfred alltid varit medveten om hans narkotikabruk och att familjen vet allt om detta. Han berättar också att hans familj inte har haft så mycket tillit till hans nuvarande drogfrihet, då han återfallit många gånger förut. Om sina (få) drogfria och nyktra vänner berättar han:

Det har blivit att man har... De har väl inte tagit avstånd från mig, det är väl mer jag som har tagit avstånd från dem i missbruket. Men det handlar väl lite om skuld och skam och så. Tänker... Man tänker att ”nä, de vill väl inte ha med mig att göra”, du vet, man dyker upp och är helt väck ett par gånger... det är klart att de tröttnar. Det kanske inte är så att de bryr sig om det, men jag tänker det liksom. Jag vill inte lägga det på dem.

Även om Alfred själv anser sig vara en börda för sina drogfria vänner, och tar för givet att han skiljer sig från dem och att han är stigmatiserad som ”narkoman” (det som Goffman benämner *misskrediterad*), är det inte säkert att hans få drogfria vänner upplever honom på det viset. Lander (2018) skriver dock att intervjupersonerna i hennes studie (samtliga kvinnor) ansåg att bland annat tvångsomhändertaganden förstärkte deras självbild som avvikare i relation till andra individer och där samhällsingripandena, i form av institutionsvistelser, fick en stigmatiserande effekt för dem. Hon anser att man kan se myndighetsingripanden som en stor del av en exkluderingsprocess för brukaren och deras sociala position som narkotikabrukare (ibid.). Man kan se en tydlig koppling till det Lander skriver i relation till hur Alfred upplever sig själv i samband med sina vänner och även då han fortfarande är föremål för tvångsvård.

6.4.3 Inställning till narkotikarelaterat stöd och behandling

Som nämnts tidigare är Alfred vid intervjutillfället intagen med stöd av LVM. Svensson (2007/1996: 331) nämner att en person med svåra narkotikaproblem som skrivs in för att genomgå behandling på en institution regelmässigt klassas och definieras som narkoman. Svensson hänvisar till andra forskare som lyft fram det paradoxala att samtidigt som narkomanvården ska utgöra en ”övergångsvärld” och en hjälp för narkotikabrukare att lämna den narkomana världen, så förstärker den i själva verket individens narkomanidentitet. Alfred är dock positivt inställd till den LVM-vård som han genomgår, och där tvångsvården enligt honom var befogad eftersom den för hans del hade haft en livräddande funktion (se vidare Runquist 2012):

Alltså, i vissa fall är det väl nödvändigt. Jag gillar ju inte LVM. Det gör jag inte. Alltså det... Jag förstår att det måste vara låst liksom, och att det ska vara helt slutet och så. Det förstår jag, för det finns folk som inte vill vara där och hade stuckit annars liksom. Och det är bra, för jag hade förmodligen knarkat ihjäl mig på sjukhuset om jag inte hade fått ett LVM... Jag tror att det hade gått så långt... För de sa att ”får du en till infektion så kan vi inte göra något, då får vi titta på bara”, ja...

Alfred säger att han fick en insikt om att det kunde vara bra för honom att vara ”LVM:ad” under (högst) sex månader för att få hjälp att definitivt sluta med drogerna. Om den första tiden på LVM-hemmet berättar Alfred om sin förändrade inställning till behovet av metadon:

De första månaderna, då tänkte jag att jag längtade tills jag fick en P27:a² och kom in på behandlingshem så jag kunde få metadonet igen. Det var min tanke. Men så någonstans efter tre månader så märkte jag att jag mår ganska bra utan metadonet. Vad fan ska jag ha det till?

Kristiansen (2000: 46) konstaterar bland annat att behandlingseffekten påverkas av om personalen är engagerad i klienten och tror på dennes möjligheter att förändra sitt liv, motiverar klienten och finns där som stöd för hen. Alfred pratar i vårt samtal uppskattande om det stöd som han har fått av personalen på LVM-hemmet, vilket kan ha varit en viktig anledning till att hans inställning till narkotika ändrades efter att han varit inskriven ett tag.

² Med ”P27:a” avses 27 § i LVM enligt vilken klienten snarast möjligt ska ”beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form”, även om denna period fortfarande ingår som en del av tvångsvården.

Innan Alfred blev LVM-omhändertagen hade han, som framgår ovan, varit inskriven i ett metadonprogram vid en LARO-mottagning. Alfred beskriver det lite som om att ”ha en fot inne och en fot ute ur den världen”, och syftar här på den narkomana världen. Alfred menar att man vid metadonbehandling är ren ”på pappret” men att det fortfarande är narkotika som man tillför kroppen, även om det ges på laglig väg. Denna behandlingsform var som ett sista alternativ för honom, säger Alfred. Verksamheten vid LARO-mottagningar är han positivt inställd till allmänt sett, även om han för egen del omprövat sin syn på metadonbehandling:

Jag tycker att det är jättebra alltså. Jag tycker det... Jag tänker så att... När jag kommer hem ska jag försöka hålla mig nykter men om det skiter sig istället... För jag vet det att börjar jag injicera igen så får jag tillbaka blodförgiftningen igen, eftersom jag har en defekt på hjärtklaffen så sätter det sig direkt där igen. Så då tänker jag att det är bättre att jag söker in på LARO igen, så får det vara sista alternativet. Det är lite fel, för det är för lätt att komma in där.

Alfred menar att det är många brukare som är inskrivna på LARO-mottagningar enbart för att få tag i subutex eller metadon på ett enkelt sätt. Det finns enligt Alfred ”för mycket oseriöst folk” som upptar platser som andra hade varit i större behov av.

6.5 Kontakter med polis och rättsväsendet

Anledningen till varför jag väljer att skriva ett gemensamt kapitel för intervjupersonerna vad gäller deras kontakter med rättsväsendet är på grund av utrymmesbrist, men frågan om dessa kontakter är ack så viktig med tanke på att bruket av narkotika är kriminaliserat och därmed olagligt. Att bli tagen av polis eller liknande leder oftast till rättsliga konsekvenser för individen, men också att händelsen registreras i diverse databaser. På grund av detta har intervjupersonernas syn på polis och rättsväsendet formats till en skräck och oro för att bli påkommen. Åtskilliga arbetsgivare begär exempelvis utdrag ur polisens belastningsregister för att en arbetssökande ska kunna få ett arbete.

Rasmus berättar att han lever med en konstant paranoia när det kommer till oron att bli upptäckt för innehav av diverse narkotika och att bli tagen av polisen:

I feel like I'm being targeted pretty often. I feel like the way I look and the way I dress, and the way I portray myself... For some reason gives them... I don't know... Gives them a bad impression. I feel like... when they look at me they know what I do, and they know what I'm up to most of the time, for some reason.

Rasmus har vid flera tillfällen blivit kroppsvisiterad av poliser, men att detta inte sker lika ofta längre då han strategiskt valt att inte vistas på platser där han vet att han kan komma i kontakt med polis och andra vakter. Till skillnad från Rasmus säger Maria att hon *aldrig* har försatts i en situation när polis har visiterat henne eller upptäckt hennes narkotikabruk. Maria säger sig veta att hon har haft span på sig av polis tidigare, då hon umgåtts med vissa individer som haft polisen efter sig, men hittills menar Maria att hon lyckats undkomma polisen. Hon förklarar dock att hon anpassar sitt liv efter den rådande narkotikapolitiken:

Det blir att jag undviker platser med mycket människor... Men... Ja, och sen så, tåg. När jag åker tåg har jag aldrig med mig hasch, för att jag är livrädd för tull... för jag vill verkligen inte bli tagen.

Maria är således skräckslagen för att bli påkommen av polis och de konsekvenser som detta kan medföra, men trots detta väljer hon att kontinuerligt fortsätta med sitt narkotikabruk – vilket är ett risktagande av ganska stora mått. Detta handlande från Marias sida är något paradoxalt, eftersom hon samtidigt inte vill söka stöd eller behandling för att sluta med sitt bruk, eftersom hon inte vill riskera att bli stämplad som ”narkotikamissbrukare” i sjukvårdens och socialtjänstens ”register”.

I Narkotikakommissionens slutbetänkande (SOU 2000:126) framgår att tanken med att eget bruk av narkotika har kriminaliserats är för att minska mängden ungdomar som använder narkotika, samtidigt som kriminaliseringen tros ha ett förebyggande syfte. Enligt Narkotikakommissionen ska unga som upptäcks dock inte bara mötas av samhällets kontrollinsatser, utan också erbjudas den hjälp och det stöd som de kan behöva för att sluta med sitt narkotikabruk. Denna policy från samhällets sida kan dock kontrasteras med intervjupersonerna i min studie där några (däribland Maria) är negativt inställda till narkotikarelaterat stöd och behandling ju mer strikta och ramstyrda som dessa insatser tenderar att bli.

Thomas uttrycker i sin intervju att han är ”pissrädd för snutar”. Thomas beskriver en händelse där han blivit tagen av sju poliser på grund av innehav av marijuana. Konsekvensen av att Thomas hade två gram marijuana på sig var att han fick böta 7.000 kronor och ”en prick” i registret. Thomas menar att han flertal gånger sprungit från polisen, just för att undvika att bli tagen eller bötfälld för innehav, försäljning eller för bruk av narkotika. Anledningen till detta är att han vill kunna fortsätta sitt liv som hittills och inte riskera förlora sitt jobb på grund av sitt bruk och liknande, men i likhet med Maria tycks Thomas inte överväga att självant upphöra med sitt bruk för att undvika att bli lagförd för narkotikabrott. Om den svenska narkotikapolitiken och polisens agerande är han starkt kritisk: ”Jag tycker det är fruktansvärt hur man... Hur de betar sig. Punkt slut. Att man inte har brutit upp detta och sett hur genomskinligt det är... Ja... Såklart jag är nojig.”

Alfred är den av intervjupersonerna som under en stor del av sin uppväxt har haft mycket kontakt med polis och rättsväsendet, och därför är starkt stigmatiserad och stämplad som ”kriminell” i samhällets ögon. Som ungdom var han tvångsomhändertagen enligt LVU och har även varit tvångsvårdad enligt LVM vid flera tillfällen. Alfred förklarar att han haft sju fällande domar – alltifrån småinnehav till grovt narkotikainnehav, stöld, misshandel och våld mot tjänsteman. Alfred säger sig ha varit efterlyst av polis vid flertal tillfällen och han uttrycker att han har ett ”djupt hat för polisen” och att de är ”arroganta svin”. Han är välkänd av polisen. För att undvika kontakt med, eller upptäckt från, polisens berättar han att han ”tar genvägar”, och förmodligen även omvägar:

Ser man en polis så går man åt andra hållet. Man vet väl det att även om jag inte har någonting på mig så kan jag bli haffad för att jag ser lite yr ut liksom. Jag har grejer i blodet. Och sen... Sen när man har sålt saker så har man ju varit nojig.

Som ett exempel på att Alfred ständigt är påpassad av rättsväsendet kan man se en husrannsakan som genomfördes i mammans bostad för några år sedan, samt polisens agerande mot honom som person: ”Jag har haft span och så, det vet jag ju om. De har varit och knackat på dörren och velat prata med mig och så... Så nä... Man tar ju avstånd från dem. Det blir obehagligt.” Alfred har dock enligt honom själv haft ”tur” när det gäller påföljderna, då många slagits ihop vid en och samma rättegång. Eftersom han för tiden för rättegången var omhändertagen enligt LVU blev domen fortsatt tvångsvård i stället för två månaders fängelse. Han har dock dömts till böter (16.000 kronor) för grovt narkotikainnehav.

6.6 Sammanfattning av analys

Syftet med studien har alltså handlat om att undersöka individers upplevelser och erfarenheter av deras narkotikabruk över tid, samt hur deras inställning och eventuellt förekommande erfarenheter av narkotikarelaterat stöd och behandling ser ut. Frågeställningarna som brutits ned från syftet har varit: hur framställer intervjupersonerna sin väg in i ett aktivt narkotikabruk och vilka förklaringar lyfter de fram? Hur har, enligt intervjupersonerna, deras bruk av narkotika och inställning till eget bruk förändrats över tid? Vilken inställning har intervjupersonerna till narkotikarelaterat stöd och behandling?

Att narkotikabrukets debut sker i tidig ålder är något som noterats av många forskare och i olika översikter. Vad vi kan konstateras är dock att ungas motiv till att börja och sedan *fortsätta* använda narkotika varierar påtagligt och beror ytterst på deras egna livssituation. Resultatet av den första frågeställningen, gällande intervjupersonernas väg in i narkotikabruket och förklaringarna till det, kan man sammanfatta till att intervjupersonerna kom i kontakt med narkotika första gången i ungefär samma ålder (14–16 år). För alla var hasch och marijuana början på deras narkotikabruk vilket genomgående skedde i umgänget med deras vänner; inte i något fall skedde debuten fri från andra ungdomar. Intervjupersonerna beskriver sitt bruk av hasch och marijuana – men även andra preparat – närmast som ett sätt för att dämpa ångest eller att fly undan tristess, stilla sin nyfikenhet eller för att passa in i en viss umgängeskrets. Resultatet av den andra frågeställningen, gällande hur intervjupersonernas bruk av narkotika och inställning till det egna bruket har förändrats över tid, ser man att när de väl valde att fortsätta med sitt narkotikabruk efter debuten har de sedan dess valt att testa de allra flesta droger som finns, där tre av dem regelbundet har använt andra preparat jämsides med hasch och marijuana. Resultatet av den tredje frågeställningen, gällande vilken inställning intervjupersonerna har till narkotikarelaterat stöd och behandling ser man att i princip alla intervjupersoner ställer sig positiva till olika typer av behandlingsinsatser och stöd för narkotikabrukare, men de tycks var tveksamma till om exempelvis LARO-mottagningar faktiskt är ett fungerande koncept på grund av ”läckage” från vissa brukare som ingår i programmet. Alfred är den enda av intervjupersonerna som har egen erfarenhet av denna behandling och han ser den som ett sistahandsalternativ. Även om Maria principiellt är positiv till behandling så gäller detta inte för egen del.

Alla fyra intervjupersoner är stigmatiserade om man utgår från Goffmans (2011/1963) teori om stigma. Dock finns det skillnader i *graden* av stigmatisering, då de i olika utsträckning är

integrerade i, eller exkluderade från, samhället. Det finns också skillnader i deras narkotikabruk och detsamma gäller hur omfattande de negativa konsekvenserna har varit i deras vardagsliv. Trots att Maria och Thomas dagligen använder narkotika (och att Thomas säljer narkotika) har de fortfarande en fungerande vardag när det kommer till arbete, bostad, fritid, studier, vänner och dylikt och de har båda också genomgått kurser på högskolenivå. Maria är alltså inte misskrediterad, utan framstår som misskreditabel (Goffman 2011/1963). Thomas är däremot misskrediterad och stigmatiserad till följd av att han gripits och dömts för ringa narkotikabrott, men detta tycks ändå inte ha påverkat hans socialt integrerade liv i övrigt. Alfred och Rasmus är Marias och Thomas raka motsatser. Ingen av de förra lever ett socialt integrerat liv, utan de är snarare exkluderade från samhället. De har båda hamnat i "klammeri med rättvisan". De saknar arbete, sysselsättning och utbildning och uppstår försörjningsstöd. Deras liv kretsar kring narkotikan. Alfred har vistats på diverse institutioner sedan ung ålder och har drabbats av ett flertal allvarliga konsekvenser till följd av sitt bruk, men trots detta väljer han ändå att identifiera sig med narkotikan, vilket man även kan påstå att Rasmus gör. Alfred är den ende som nu säger sig använda "tung narkotika" (även om han vid tidpunkten för intervju tillfället var omhändertagen enligt LVM) och som också gjort sig skyldig till annan allvarlig kriminalitet – detta sammantaget kan förklara varför samhällets motreaktioner har varit som mest omfattande för hans del.

7. Avslutande diskussion

Avslutningsvis kan konstateras att det finns åtskilliga kunskapsluckor vad gäller hur aktiva narkotikabrukare själva ser på och upplever stöd och behandlingsinsatser från samhällets sida. De insatser som finns hade kunnat förbättras och förändras om samhället i större utsträckning hade beaktat brukarnas synpunkter. Frågan om insatser till ”tunga” narkotikabrukare är moraliskt laddad, inte minst vad gäller underhållsbehandling (Petersson 2013) och sprututbytesverksamheter (Svensson 2012). Fram till helt nyligen (våren 2017) har exempelvis tillgången till sprututbytesverksamhet varit begränsad till ett fåtal kommuner i landet, då kommuner har haft vetorätt mot att etablera sådan verksamhet i den egna kommunen – trots att verksamheten har en stark evidens för att motverka spridning av hepatit-C-virus (Socialstyrelsen 2017). Kriminaliseringen av eget narkotikabruk och förekomsten av polisens långtgående kontrollåtgärder mot narkotikabrukare kan också sägas utgöra ett hinder för att söka nödvändig hjälp och stöd från beroendevården och/eller socialtjänsten.

För att man ens ska kunna snudda vid hur man hade kunnat få fler brukare att söka eller acceptera stöd och behandling är det viktigt att peka ut *varför* de inte är villiga till att göra de i dagsläget och *hur* man ska kunna arbeta med dem på bästa sätt – vilket även är mitt förslag på fortsatt relevant forskning för socialt arbete. Det behövs också ett mer riktat fokus på just stigmatiseringen av narkotikabrukare och hur man kan motverka detta. Det är viktigt att inte skuldbelägga en individ för dennes val att nyttja droger och att inte heller kriminalisera det egna bruket, inte minst eftersom det är relativt vanligt att ungdomar använder cannabis i rekreationssyfte. I stället bör samhället i större utsträckning satsa på förebyggande arbete och uppsökande verksamheter för att motverka att en grupp ungdomar *fortsätter* att använda narkotika, vilket dock kan anses ligga på politisk nivå. Detta hade varit en bra början för att ge ungdomar en större kunskap om narkotika och dess konsekvenser och därigenom eventuellt lyckas få ett större antal unga att välja bort narkotika ur sina liv.

Referenslista

Ahrne, Göran & Peter Svensson (2015). Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber.

Ballidin, Jan & Ulf Berggren (2012). Läkemedelsbehandling vid beroendetillstånd. I: Claudia Fahlke (red.) *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning*. Malmö: Liber.

Blomqvist, Jan (2002). *Att sluta med narkotika: med och utan behandling*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Stockholms socialtjänstförvaltning.

Bryman, Alan (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Andra uppl. Malmö: Liber.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN (2017). *Drogutvecklingen i Sverige 2017*. Stockholm: CAN.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2015) Intervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber.

Goffman, Erving (2011/1963). *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. Tredje uppl. Stockholm: Norstedts.

Hydén, Lars-Christer (1997). De otaliga berättelserna. I: Lars-Christer & Margareta Hydén (red.) *Att studera berättelser: samhällsvetenskapliga och medicinska perspektiv*. Stockholm: Liber.

Jacobsen, Dag Ingvar (2012). *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

Johansson, Anna (2005). *Narrativ teori och metod: med livsberättelsen i fokus*. Lund: Studentlitteratur.

Karlsson, Lars (2012). *Psykologins grunder*. Femte uppl. Lund: Studentlitteratur.

Knapp, Caroline (1996). *Drinking – a love story*. New York: Dial Press.

Kristiansen, Arne (2000). *Fri från narkotika: om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare*. Doktorsavhandling. Vaxholm: Bjurner och Bruno.

- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Lander, Ingrid, Börje Olsson; Anita Rönnelid & Monica Skrinjar (2002). *Narkotikamissbruk och marginalisering – MAX-projektet, slutrapport*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Lander, Ingrid (2003). *Den flygande maran: en studie om åtta narkotikabrukande kvinnor i Stockholm*. Doktorsavhandling. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Lander, Ingrid (2018, kommande). *Den flygande maran. Den normativa femininitetens exkluderingsmekanismer*. Andra uppl. Malmö: Égalité.
- Larsson, Staffan (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I: Bengt Starrin & Per-Gunnar Svensson (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Leissner, Tom (2012). Beroendeframkallande droger – bruk, politik och prevention. I: Fahlke, Claudia (red.) *Handbok i missbrukspsykologi: teori och tillämpning*. Malmö: Liber.
- Lindberg, Odd (1998). *Emotioner, sociala band och ritualer – En kvalitativ analys av narkotika-karriärer*. Doktorsavhandling. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Läkartidningen (2001). SBU-rapport om riskfyllt alkoholbruk, alkohol- och narkotikaberoende. *Läkartidningen*, 98 (37): 3906–3912. [Författarens namn har inte angivits.]
- Martinell Barfoed, Elizabeth (2008). *Berättelser om adoption*. Doktorsavhandling. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Mills, Karen; Susan Brooks; Helen Sender & Dr Roger Green (2006). *Accessing Drug Service in Peterborough: A Study of Black and Minority Ethnic Communities*. Center of community research, University of Hertfordshire: Hatfield.
- Persson, Anders (2012). *Ritualisering och sårbarhet – ansikte mot ansikte med Goffmans perspektiv på social interaktion*. Malmö: Liber.
- Petersson, Frida (2013). *Kontroll av beroende. Substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik*. Doktorsavhandling. Malmö: Égalité.

Petersson, Frida & Tobias Davidsson (2016). Definitioner och diskussioner om social exkludering som begrepp och perspektiv. I: Frida Petersson & Tobias Davidsson (red.) *Social exkludering. Perspektiv, process, problemkonstruktion*. Lund: Studentlitteratur.

Prop. 2016/17:15. *Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige*.

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015). *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015). Att analysera kvalitativt material. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 2:a uppl. Stockholm: Liber.

Runquist, Weddig (2012). *Legitimering av tvångsvård. Klienter och deras socialsekreterare om LVM*. Doktorsavhandling. Lund: Lunds universitet.

Sahlin, Ingrid (2013). Sociala problem som verklighetskonstruktioner. I: Anna Meeuwisse & Hans Swärd (red.) *Perspektiv på sociala problem*. Andra uppl. Stockholm: Natur & Kultur.

SFS 1968:64. *Narkotikastrafflag*.

SFS 1988:870. *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*.

SFS 1992:1554. *Förordning om kontroll av narkotika*.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.

Simpson, Dwayne & George Joe (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy for the Addictions*, 30 (2): 357–368.

Socialstyrelsen (2014). *Narkotikarelaterade dödsfall – En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015). *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende – Slutsatser och förslag*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. Bilaga: Metodbeskrivning. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU 1967:41. *Narkotikaproblemet. Del II: Kontrollsystemet*. Betänkande av Medicinalstyrelsens Narkomanvårdskommitté.

SOU 2000:126. *Vägvalet: den narkotikapolitiska utmaningen*. Slutbetänkande av Narkotikakommisionen.

SOU 2004:3. *Tvång och förändring. Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*. Betänkande av LVM-utredningen.

Svensson, Bengt (2007/1996). *Pundare, jonkare och andra: med narkotikan som följeslagare*. Tredje uppl. Doktorsavhandling. Stockholm: Carlsson.

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

Träskman, Per Ole (2003) Narkotikapolitik och brottskontroll. I: Henrik Tham (red.) *Forskare om narkotikapolitiken*. Stockholm: Kriminologiska institutionen, Stockholms universitet. Rapport 2003:1, s. 17–25.

Tunving, Kerstin (1988). Fatal outcome in drug addiction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77 (5): 551–566.

Wenneberg, Søren Barlebo (2010). *Socialkonstruktivism: positioner, problem och perspektiv*. 1. uppl. Malmö: Liber ekonomi.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Bilaga 1 – Informationsbrev

Hej,

Mitt namn är Caroline och jag läser just nu sjätte terminen av socionomprogrammet på Lunds universitet. Jag har nu nått fram till att skriva ett självständigt examensarbete, även kallat ”C-uppsats”, där syftet för min studie kommer vara att intervjua personer som varit i någon form av aktivt narkotikabruk. Intervjun kommer att beröra din egen syn på, och erfarenheter av, narkotikabruket och hur det har förändrats över tid. Vidare är jag intresserad av din inställning, och eventuella erfarenheter, till narkotikarelaterat stöd och behandling. Det är alltså din egna berättelse om dina erfarenheter och upplevelser över tid som är väsentligt att lyfta fram i denna studie. Jag vore därför tacksam om du hade velat låta dig intervjuas! Intervjuerna beräknas ta cirka 60–90 minuter att genomföra.

Vid genomförandet av uppsatsen kommer forskningsetiska principer att beaktas utifrån Vetenskapsrådet, vilket innebär att:

1. Du som intervjuperson medverkar frivilligt och kan därför välja att avsluta din medverkan eller avstå från att svara på frågor under intervjun.
2. Du som intervjuperson kommer att oidentifieras i uppsatsen, vilket betyder att ingen förutom jag kommer veta vem som har sagt vad under de enskilda intervjuerna och att ingen obehörig kommer få ta del av intervjumaterialet.
3. Intervjun som kommer att hållas med dig kommer att spelas in och sedan transkriberas (skrivas ut) av mig. Efter det att uppsatsen godkänts vid examination kommer allt inspelat material och intervju skrifter att raderas.

Jag hoppas att du finner ämnet intressant och kan tänka dig att medverka i studien och därmed låta dig intervjuas. Du är välkommen att kontakta mig om något är oklart eller om du vill veta mer om studien jag ska göra och dylikt. Du kan nå mig på följande e-postadress:

soc15cs2@student.lu.se eller på telefonnumret: 070-XXX XX XX. Du kan också välja att

kontakta min handledare, universitetslektor Weddig Runquist, e-postadress:

weddig.runquist@soch.lu.se eller telefonnumret: 072-XXX XX XX.

Med bästa hälsningar

Caroline Svensson

Bilaga 2 – Intervjuguide

Syftet med studien: Studera individers livsberättelser kring deras upplevelser och erfarenheter av narkotikamissbruk över tid, och deras inställning samt eventuella erfarenheter till narkotikarelaterat stöd och behandling.

Intervjuns upplägg: Intervjun som kommer hållas kommer att spelas in, detta är för att jag inte ska behöva anteckna något under intervjuns gång och för att jag inte ska missa något som du berättat senare när jag använder materialet. Det kommer även bara att vara jag som handskas med materialet och eventuellt min handledare.

Information kring forskningsetiska principer: Som jag nämnt i informationsbrevet som du tidigare fått ta del av kommer jag förhålla mig till forskningsetiska principer. Det handlar som sagt om att:

- Din medverkan i intervjun är frivillig och du kan därför avsluta intervjun när du vill. Du behöver inte heller svara på alla frågor om du inte vill det.
- Du som intervjuperson kommer att avidentifieras i uppsatsen.
- Intervjun kommer att spelas in och transkriberas, därefter kommer allt material att raderas när studien är avslutad och examinerad.

Jag vill även påpeka för dig som intervjuperson att det inte finns något rätt eller fel i denna intervju. Intervjun kommer att utgå från dina egna berättelser och erfarenheter, och därför väljer du själv vad du vill berätta och hur utförligt du vill berätta. Jag uppmuntrar dock så utförliga och ärliga svar som möjligt för att jag sedan på ett så djupgående sätt som möjligt ska kunna analysera och arbeta med din berättelse. Jag vill även förtydliga att du under intervjuns gång får ställa frågor om du inte förstår vad jag menar med mina frågor och liknande.

Känns detta okej för dig? Har du några frågor innan vi sätter igång med intervjun?

1. Kan du berätta om din ingång till att börja använda narkotika i någon form, eventuellt i kombination med alkohol eller andra medel?

- Hur gammal var du vid det tillfället?
- Hur såg ditt liv ut vid den tidpunkten?
- I vilket sammanhang började du använda droger och tillsammans med vem?
- Kan du peka på någon speciell anledning till att du började använda?
- Vad hände sedan?

2. När märkte du att ditt bruk av narkotika inte längre var något du gjorde sporadiskt utan att det hade blivit en del av din vardag?

- Hur hade ditt narkotikabruk förändrats fram till det att det blev mer regelbundet?
- Anser du att du fått några negativa konsekvenser av att regelbundet använda narkotika? Om ”ja” – i så fall vilka?
- Vilka substanser/narkotika använder du i dagsläget? Hur ofta?
- Brukar du bara narkotika eller har du även tillgodosett andra med det? (Försäljning).

3. Varför tror du att du använder narkotika idag? Har dina motiv förändrats jämfört med tidigare?

- Ser du ditt narkotikabruk som ett problem för dig personligen? Dina anhöriga? För samhället?

4. Kan du beskriva en vanlig dag för dig när du varit i ditt aktiva narkotikabruk?

- Känner du att du har svårt för att göra/planera saker på lång sikt? T.ex. jobb, skola osv, umgås med anhöriga, eventuell partner.

5. Hur ser ditt sociala nätverk ut?

- Brukar de i ditt sociala nätverk narkotika eller andra substanser?
- Hur ser din kontakt med din familj/de du är uppväxt med/anhöriga ut?
- Är din familj/anhöriga medvetna om att du brukar narkotika?

6. Hur tänker/känner du kring att förhålla ditt liv till att allt narkotikabruk i Sverige är kriminaliserat och därefter anpassa ditt liv till detta?

- Har ditt liv förändrats i sociala sammanhang sedan du började använda narkotika regelbundet? T.ex. vänner, familj etc.
- Har ditt liv förändrats i praktiska sammanhang sedan du började använda narkotika regelbundet? T.ex. jobb, skola, kontakt med polis/socialtjänst/sjukvård etc.

7. Har du någon gång fått någon insats i form av stöd eller vård av socialtjänsten eller sjukvården (t.ex. avgiftning, boende, ekonomiskt bistånd eller försörjningsstöd, samtalsstöd etc.)?

- Om ”ja” – vilken typ av insatser?
- Var det du själv som tog initiativ att få detta stöd/vård?
- Hur ser du på dessa insatser?
- Har du fortfarande någon av dessa i dagsläget?

8. Hur ser du på de olika stödinsatser och vårdinsatser som finns för narkotikabrukare? (T.ex. LARO-mottagningar, frivilligvård, tvångsvård enligt LVM, bostad, självhjälpgrupper som NA. etc.)

- Varför tror du att din inställning ser ut så?
- Finns det insatser som du har velat ha men inte har beviljats? Om ”ja” – vilken och vad är anledningen till det?

9. Hur ser du på ditt liv idag och din framtid?

- Tror du att du kommer söka stöd eller vård någon gång om du upplever behov?

10. Finns det något ytterligare du vill tillägga?