LUND UNIVERSITY

"Byråkrati och narkomani går inte ihop-" : livsvillkor och vårderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika

Kristiansen, Arne; Svensson, Bengt

2004

Link to publication

Citation for published version (APA):
Kristiansen, A., & Svensson, B. (2004). *"Byråkrati och narkomani går inte ihop-" : livsvillkor och vårderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika*. (Rapport / Mobilisering mot narkotika). [Publisher information missing]. http://www.mobilisera.nu/upload/4816/rapport_narkomani_inlaga.pdf

Total number of authors:
2

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Download date: 19. Dec. 2025

”Byråkrati och narkomani går inte ihop...”

Livsvillkor och vårderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika

Innehåll

Förord 5

1. Inledning 7
1.1. Bakgrund till projektet samt dess syfte och frågeställningar 7
1.2. Metod 8
1.3. Etiska övervägande 11
1.4. Rapportens disposition 11

2. Vilka är intervjupersonerna? 13
2.1. Glenn 13
2.2. Demografiska och socioekonomiska uppgifter 14
2.3. Om intervjupersonernas missbruk 18
2.4. Om intervjupersonernas kontakter med samhället 21
2.5. Vår kommentar 22

3. Livet som narkoman 23
3.1. Veronika 23
3.2. Kortintervjuer i väntrummet på Sprutbytet 24
3.3. Missbrukets karaktär 27
3.4 Att försörja sitt missbruk 28
3.5. Boende 29
3.6. Nätverk 30
3.7. Vår kommentar 31

4. Vårderfarenheter 33
4.1. Carina 33
4.2. Vad vill brukarna ha hjälp med? 34
4.3. Nästan alla vill ha vård 35
4.4. Orimliga väntetider 35
4.5. Öppenvård 37
4.6. Institutionsvård 37
4.7. Brukarna om tvånget 39

4.8. Eftervården 40
4.9. Synen på socialtjänsten 41
4.10. Sjukvården 42
4.11. Vår kommentar 42

5. Brukarna om sina möjligheter 45
5.1. Hanna 45
5.2. Vad anser intervjupersonerna att de behöver för att kunna förändra sina liv? 46
5.3. Hur ser intervjupersonerna på sina framtids-möjligheter 50

6. Fokusgrupperna 52
6.1. Vad är viktigast för att motverka narkotikamissbruket i er kommun? 52
6.2. Hur är narkomanvården uppbyggd? 55
6.3. Hur stämmer resurserna med klienternas behov? 59
6.4. I vilken utsträckning nås missbrukarna av vårdinsatser? 61
6.5. Hur fångar ni upp klienternas synpunkter på vården? 63
6.6. Vår kommentar 64

7. Missbrukssituationen 65
7.1. Om narkotikamissbrukets omfattning 65
7.2. Brukarna om missbrukssituationen 67
7.3. De professionella om missbrukssituationen 69
7.4. Vår kommentar 74

8. Sammanfattning 76
8.1. Uppdraget 76
8.2. Metoden 76
8.3. Intervjupersonernas bakgrund 77
8.4. Livet som missbrukare 77
8.5. Vårderfarenheter 78
8.6. Brukarna om sina möjligheter 79
8.7. Missbrukssituationen i södra Sverige 81
8.8. Tre kommuner 81

Referenser 84

Bilaga 1, Intervjuguide 88
Bilaga 2, Frågor fokusgrupper 90

Förord

Under fem intensiva vårveckor har arbetet med denna rapport vuxit fram. Att det varit möjligt att på så här kort tid genomföra arbetet beror till stor del på att vi har mött många människor som varit måna om att berätta om och visa upp villkoren på narkotikaområdet. Tusen tack till alla intervjupersoner och deltagare i fokusgrupperna! Vi vill också rikta ett stort tack till personalen på sprutbytesverksamheterna i Malmö och Lund, Rådgivningsbyrån i Lund, socialtjänsten i Halmstad, Karlshamn och Kristianstad samt avgiftningarna vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, S:t Lars i Lund och UMAS i Malmö för att de hjälpte oss att förmedla kontakter med intervjupersoner.

Titeln på vår rapport har vi hämtat från intervjun med Diana, som sedan en månad är drogfri från sitt heroinmissbruk. Hon har mycket att säga om en haltande missbrukarvård som stänger ute många narkotikamissbrukare. De långa väntetiderna till avgiftning gjorde att hon fick avgifta sig själv med hjälp av svartköpt subutex. Så Diana vet vad hon talar om när hon säger: ”*Byråkrati och narkomani, det går inte ihop…*” och fortsätter: ”*Det fungerar inte. Om man vill hjälpa en narkoman så måste man anpassa sig efter det, för en narkoman kan inte anpassa sig efter det…*”. Man kan säga att Diana efterlyser en brukaranpassad missbrukarvård. Det gör vi också och vi hoppas att detta arbete kan bidra något till att missbrukarvården blir mer brukaranpassad.

Initiativet till undersökningen har kommit från Socialstyrelsen och Mobilisering mot narkotika. Socialstyrelsen har finansierat. För innehållet i rapporten ansvarar enbart författarna.

Malmö och Lund november 2003

Arne Kristiansen och Bengt Svensson

1. Inledning

1.1. Bakgrund till projektet samt dess syfte och frågeställningar

Den här granskningen av missbrukarvården ur ett klient/patientperspektiv har sin upprinnelse i en överenskommelse hösten 2002 mellan Socialstyrelsen och regeringens särskilda samordning av narkotikapolitiska insatser (MOB, Mobilisering mot Narkotika). En arbetsgrupp inom Socialstyrelsen utarbetade därefter riktlinjer för undersökningen1. Enligt riktlinjerna skulle undersökningen[1] omfatta hela landet och bygga på intervjuer med narkotikamissbrukare samt fokusgrupper med representanter från socialtjänst, polis, frivård, sjukvård och frivillig organisationer.

Ansvaret för att genomföra undersökningen gavs i februari 2003 till en forskargrupp bestående av psykolog Stig Helling, fil.dr Arne Kristiansen och docent Bengt Svensson. En uppdelning har skett i forskargruppen så att Kristiansen och Svensson har genomfört undersökningen i Skåne, Blekinge, Halland och Göteborg, Helling har ansvarat för undersökningen i landets mellersta och norra delar[2].

Denna rapport redovisar Kristiansens och Svenssons undersökning och utgör en reviderad version av den text som i maj 2003 publicerades på nätet av Mobilisering mot narkotika.

Projektet har som syfte att utifrån en intervjuundersökning göra en bedömning av hur narkomanvården uppfattas av sina klienter och presumtiva klienter. Intervjuundersökningen kompletteras med tre fokusgrupper med representanter från yrkesgrupper och organisationer som är verksamma på narkotikaområdet.

---

1. I arbetsgruppen ingick kanslichef Åsa Ekman, utredarna Abit Dundar och Annika Remaeus samt programchef Ulf Malmström.
2. Hellings rapport "Missbruksvården i ett klientperspektiv" (Helling 2003) finns på http://www.mobilisera.nu/upload/3745/norra_kartlaggning.pdf

I målsättningen finns både att göra en beskrivning – av klienternas erfarenheter av och syn på narkomanvården - men också en analys som handlar om att försöka förstå uppfattningarna i den sociala kontext som både narkomanvården och missbruksmiljön är en del av. Hur ser livsvillkor och missbruksmönster ut för narkotikamissbrukarna och hur väl är vården anpassad efter detta? Andra viktiga frågeställningar är:

- Vad har klienterna för socioekonomisk bakgrund?
- Vilka vårderfarenheter har klienterna?
- Vilket förtroende har klienterna för olika delar av missbruksvården?
- Hur upplever klienterna tillgängligheten till vård?
- Vilka viktiga vårdinsatser saknar klienterna?
- Hur ser klienterna på tvånget?
- Vad anser klienterna om missbrukssituationen i sina hemorter?

Undersökningen står på vetenskaplig grund vilket innebär att vi hela tiden har en strävan efter objektivitet i materialinsamling och analys, och att vi har strävat efter att få en mångsidighet i urvalet av intervjupersoner avseende kön, ålder, etnicitet och missbrukspreparat. Det finns dock inte resurser för att genomföra en intervjuundersökning som ger en representativ bild av svenska narkotikamissbrukares syn på svensk narkomanvård. Vår undersökning har karaktären av en fördjupad pilotundersökning som dels kan ge en översiktlig bild av tillståndet och som också innehåller en inledande analys av situationen.

1.2. Metod

Frågeställningarna för brukarundersökningen bygger på det uppdrag som gavs av Socialstyrelsen i februari 2003. Dessa har sedan omformats till intervjufrågor och aspekter att beröra för fokusgrupperna (se bilaga 1 och 2) av forskargruppen. Materialet som ligger till grund för denna rapport består av intervjuer med narkotikabrukare och av fokusgrupper i tre städer i södra Sverige. Undersökningen genomfördes under mars och april 2003. Vi har gjort 45 intervjuer fördelade på nio olika arenor där intervjuerna har genomförts. Vi ansvarar gemensamt för hela rapportens tillkomst och innehåll.

På sprutbytet i Malmö och Lund genomförde vi regelrätta fältarbeten och gjorde själva en aktiv insats i rekryteringen. På två avgiftningsavdelningar som vi kontaktat var samtliga inlagda patienter intresserade av att få bli intervjuade. I Halmstad, Karlshamn och Kristianstad fick vi hjälp av lokala socialarbetare för att rekrytera intervjupersoner. Vi fick även kontakter via personalen på Rådgivningsbyrån i Lund.

Intervjuerna följde en intervjuguide (se bilaga 1), men vi valde dessutom att i växlande omfattning fördjupa intervjun när särskilt intressanta uppgifter kom fram. Intervjuerna spelades in på band respektive minidisc och vi har själva skrivit ut dem. Dessutom förde vi anteckningar under intervjuerna. Intervjuerna, som har tagit mellan 30 och 75 minuter, har genomförts i avskilda rum. De intervjuade brukarna har visat stort intresse för intervjun, och de har till synes efter bästa förmåga försökt svara på våra frågor. Många har uttryckt en glädje över att någon utomstående äntligen har uppmärksammat den livssituation som svenska narkomaner lever under. Ett viktigt motiv för att delta har varit en förhoppning att vår undersökning ska leda till att vården blir mer lättillgänglig och mer anpassad till brukarnas önskemål. Ingen ersättning har utgått till de intervjuade.

Inom forskningen har man uppmärksammat riskerna med att låta personal själva välja ut klienter som ska ge en bild av personalens arbete (se t.ex. Kristiansen, 1995). Det är tänkbart att dessa intervjupersoner är särdeles ”tama” och slätkammade. Vår bild av de utvalda är dock att de är personer med stark integritet som inte idkar självcensur, utan efter bästa förmåga beskriver sina upplevelser av vården. De har inte målat den vård och den personal de har mött i rosenröda färger. I stället har de varvat beröm med kritik på ett sätt som har känts uppriktigt. Den grupp som har varit inne på avgiftning har gett en positiv bild av de olika avgiftningarna och vår tolkning är att detta verkligen avspeglar deras upplevelser. De har helt enkelt känt en stor lättnad över att komma in i vårdens värme efter månader ute i kylan. (Med tanke på att intervjuerna gjorts i mars-april har kylan på utsidan ofta också varit bokstavlig). Dessutom har de överlag beskrivit personalgruppen som vänlig och tillmötesgående.

Ursprungligen var avsikten att vi skulle genomföra 35 intervjuer, men antalet utvidgades till 45, eftersom så många ville delta på de platser som vi besökte. På sprutbytesprojektet i Malmö genomfördes också ett tiotal kortintervjuer/samtal som redovisas i kapitel fyra. I efterhand har vi tagit del av utskrifterna av varandras intervjuer.

Tre fokusgrupper har genomförts, först i Halmstad, sedan i Karlshamn och slutligen i Kristianstad[3]. Vi har haft hjälp av lokala nyckelpersoner i rekryteringen av deltagarna. I Halmstad avdelningschef Sigbritt Axelsson, i Karlshamn enhetschef Sirka Kahilainen och i Kristianstad enhetschef Peter Sonnsjö. De har fått direktiv från oss över vilka kategorier av deltagare vi ville ha, men har sedan fått fria mandat att bjuda in lämpliga personer.

3. Wibeck (2000:7) beskriver fokusgrupper som en form av fokuserade gruppintervjuer där en mindre grupp människor möts för att på en forskares uppmaning diskutera ett givet ämne med varandra. I analysen av grupperna används såväl det som sägs som interaktionen i gruppen.

Vi har växlat om att leda och skriftligt dokumentera fokusgrupperna. Deltagarna har i efterhand fått en skriftlig sammanställning över fokusgruppen som de har kunnat kommentera och komplettera. Varje fokusgrupp har inletts med en presentation av projektet och av den fokusgruppsmetodik som vi har använt oss av. Fokusgrupperna har varat mellan två och tre timmar. De har spelats in i sin helhet.

Vår målsättning har varit att deltagarna i fokusgrupperna själva ska stå i centrum, men att de ska diskutera teman som vi successivt har introducerat för gruppen. Vi har undvikit att göra egna inlägg men har ställt uppföljande frågor för att få kompletterande information och klargöranden. Ibland har vi också försökt att hjälpa till att lotsa in deltagare som har hamnat i skymundan. Grupperna har präglats av ett gott samarbetsklimat, och alla deltagare har getts utrymme att framföra sina åsikter.

Med tanke på att det i Sverige finns närmare 30 000 tunga narkotikamissbrukare (CAN, 2002) krävs ett avsevärt större urval än dessa intervjuer för att ge en representativ bild av svenska narkotikamissbrukares synpunkter. Men 45 intervjuer kan ge värdefulla ögonblicksbilder av läget inom missbruksvården och intervjuerna kan också illustrera viktiga tendenser och brytpunkter i mötet mellan missbrukare och myndigheter. I materialet framkommer både iakttagelser som sannolikt har en stor generell räckvidd och sådant som kan bero på lyckliga eller olyckliga omständigheter i mötet mellan enskilda individer, brukare och - i vid mening - hjälpare.

De personer som vi har intervjuat har skiftande avstånd till missbruket:

1. Aktiva missbrukare - träffade vi främst på sprutbytet i Malmö och Lund

2. Personer i avgiftning, i Göteborg, Lund och Malmö. Avståndet till missbruk varierar mellan 24 timmar och två månader.

3. Personer i öppenvårdsbehandling eller eftervård (Rådgivningsbyrån i Lund, Halmstad, Karlshamn, Kristianstad). Det aktiva missbruket ligger mellan några dagar och flera månader tillbaka.

4. Personer på utrednings-, motivations- eller inackorderingshem (i Halmstad och Kristianstad). Ungefär en månads distans till eget aktivt missbruk.

”Det som människor uppfattar som verklighet, blir verkligt i sina konsekvenser”. Detta yttrande tillskrivs sociologen W. I. Thomas och kallas Thomas teorem (Thomas & Znaniecki, 1995). Poängen med teoremet är att det är viktigare att ta reda på vad människor anser är verklighet än att försöka utröna någon form av objektiv verklighet.

Vi har gjort en brukarundersökning och presenterar därför brukarnas syn på vården och har ingen ambition att också låta berörda myndigheter komma till tals. Brukarna inrättar sina liv efter sina upplevelser av vårdande myndigheter, och i det perspektivet blir det inte så intressant att också föra fram myndigheternas motargument. Men de tre

fokusgrupperna ger dock myndighetsrepresentanter tillfälle att ge sin bild av missbruksarbetet. Den presenteras i kapitel sju.

1.3. Etiska övervägande

Att intervjua socialt utsatta människor om deras liv och erfarenheter av att vara klienter och patienter medför att man som forskare måste göra viktiga etiska överväganden. Utgångspunkten måste vara att intervjuerna inte ska få någon negativ inverkan på intervjupersonernas redan utsatta livssituationer. Att man som i denna undersökning endast träffar intervjupersonerna vid ett tillfälle och göra en förhållandevis kort intervju innebar inte att man kan ta lättare på de etiska frågorna. Inte heller det faktum att många av intervjupersonerna var måna om att få bli intervjuade och på så sätt påverka och ge uttryck för sina synpunkter på missbrukarvården får medföra att man t.ex. sänker konfidentialitetskraven. Det är helt enkelt varje forskares skyldighet att vara väl insatt i och tillämpa de etiska principer som gäller vid den här typen av forskning (se t.ex. Forsman, 1997).

Eftersom intervjuarbetet endast omfattade ett intervjutillfälle per klient och att tiden mellan intervju och avrapportering var mycket kort (4-6 veckor) var det av stor vikt att vi innan intervjuerna inleddes gav intervjupersonerna noggrann information om vad intervjuerna skulle handla om och hur de skulle användas. Vi upplyste dem också om att de hade möjlighet att efter intervjun utgå ur projektet, men att deras tid att ångra sig var begränsad då undersökningen skulle avrapporteras inom kort tid. Vi berättade vidare att vi skulle avidentifiera intervjuerna för att motverka att intervjupersonerna skulle kunna bli igenkända. Trots detta kan det förekomma att människor som läser rapporten kan känna igen dem. Genom att inför varje intervju belysa sekretessfrågorna försökte vi förebygga att intervjupersonerna berättade om sådant som de eventuellt kunde komma att ångra i efterhand att de berättat.

Allt insamlat material har behandlats konfidentiellt. De enda som haft tillgång till och avlyssnat intervjuerna är vi själva. För att motverka att intervjupersonerna ska kunna identifieras har vi i rapporten givit dem fiktiva namn. Vi har också avidentifierat och ändrat detaljer som inte har någon betydelse för det som står i fokus för undersökningen. Vi har också försökt undvika att koppla ihop ortnamn med de fiktiva namnen. I samband med vissa citat har vi avstått från att använda personernas fiktiva namn. Genom de redovisade åtgärderna räknar vi med att vi har gjort det mycket svårt för utomstående att kunna identifiera våra intervjupersoner.

1.4. Rapportens disposition

Rapporten består av åtta kapitel. Efter detta inledande kapitel, som bl.a. innehåller en redogörelse för undersökningens bakgrund, syfte och tillvägagångssätt, följer i kapitel två en redovisning av intervjupersonernas demografiska och socioekonomiska

bakgrund samt en översiktlig genomgång av deras missbruk och vårderfarenheter. I kapitel tre fokuseras hur intervjupersonerna beskriver sina livsvillkor som narkotikamissbrukare. Kapitel fyra innehåller en redovisning av hur intervjupersonerna beskriver sina vårderfarenheter. Det femte kapitlet behandlar hur intervjupersonerna ser på sina möjligheter att kunna förändra sina liv. I kapitel sex diskuteras missbrukssituationen i södra Sverige med utgångspunkt i hur intervjupersonerna och deltagarna i fokusgrupperna beskriver missbruksläget i sina kommuner. Kapitel sju handlar om hur deltagarna i fokusgrupperna beskriver bl.a. villkoren för missbrukarvården i sina kommuner. Kapitel åtta, som avslutar rapporten, innehåller en sammanfattning av studien.

2. Vilka är intervjupersonerna?

2.1. Glenn

Glenn är 26 år och ensamstående. Han missbrukar heroin. Sedan två år är han både arbetslös och hemlös. Han är född i Sverige och uppvuxen i en småstad i södra Sverige. Hans mamma kommer från ett utomeuropeiskt land, men hans pappa är svensk. Han har en storebror som är två år äldre. Mamman är undersköterska och pappan är vaktmästare på ett kontor. Glenn berättar att hans föräldrar skildes när han var två år. Han tycker ändå att han haft det ganska bra under sin uppväxt. Första gången Glenn använde narkotika var när han som tolvåring rökte hasch. Det dröjde dock ända tills i slutet av tonåren innan hans droganvändning började utvecklas till ett missbruk. Han började använda amfetamin när han var sjutton. Innan dess hade han använt mycket piller. Efter grundskolan var Glenn trött på skolan, så han började inte på gymnasiet. Istället hade han olika praktikplatser efter nian. Så småningom fick han arbete som städare på ett sjukhus. Till en början fungerade det bra att arbeta, trots att han använde narkotika. När Glenn var 21 blev han dömd till fängelse. ”*Jag hade inte injicerat innan kåken. Jag blev heroinist på kåken.*”, säger han. Efter frigivningen fortsatte Glenn med heroinet och för att finansiera missbruket involverades han alltmer i kriminalitet, vilket bidrog till att han ett år senare dömdes till fängelse igen. Efter att under en ganska kort period haft flera överdoser blev Glenn omhändertagen enligt LVM för två år sedan. ”*Men det var ingen vård. Det var förvaring. Det sjuka är att dom tar dit så många killar och dom lär sig bara mer där. Det gör mig förbannad och det finns massor av droger där.*”, berättar han. Glenn är trött på heroinet och på missbrukslivet. Han vill ha hjälp så att han kan sluta. ”*När jag söker för att få komma till behandlingshem så säger de bara att det är för dyrt.*”. Den enda hjälp han fått den senaste tiden är en plats på ett härbärge. ”*Men någon hjälp mot missbruket har jag inte fått.*”.

Glenn är en av våra 45 intervjupersoner. Av detta kapitel, som innehåller en redovisning av uppgifter om intervjupersonernas socioekonomiska bakgrunder, missbruk och nuvarande livssituationer, kommer det att framgå att Glenn i en del avseenden skiljer sig från de andra intervjupersonerna, men också att det finns inslag i hans liv som han delar med många av de andra intervjupersonerna.

2.2. Demografiska och socioekonomiska uppgifter

Av de 45 personer som har blivit intervjuade är tio kvinnor och 35 män. Den yngsta kvinnan är 22 år och den äldsta 52 år. I genomsnitt är kvinnorna 35,7 år och medianåldern är 35,0 år. Den yngsta mannen är 21 år och den äldsta 59 år. Männens genomsnittsålder är 34,9 år och deras medianålder är 35,0 år.

	Kvinnor	Män	Totalt
20-25 år	1	9	10
26-30 år	2	7	9
31-35 år	2	4	6
36-40 år	2	5	7
41-45 år	2	2	4
46-50 år	-	5	5
51-55 år	1	1	2
56-60 år	-	2	2
Totalt	10	35	45

Tabell 1; Intervjupersonernas ålder

När det gäller intervjupersonernas etniska bakgrund så har tre av de tio kvinnorna utländsk bakgrund. Av dessa har två kvinnor föräldrar som kommer från andra nordiska länder och en har föräldrar som kommer från ett annat europeiskt land. Av de 35 männen har tolv utländsk bakgrund. Tre av männen har föräldrar som kommer från andra nordiska länder, medan fem har sin etniska bakgrund i andra europiska länder. Fyra av männen är födda eller har föräldrar som är födda i länder utanför Europa.

	Kvinnor	Män	Totalt
Sverige	7	23	30
Norden utom Sverige	2	3	5
Europa utom Norden	1	5	6
Utanför Europa	-	4	4
Totalt	10	35	45

Tabell 2; Intervjupersonernas etniska bakgrund

Av de tio kvinnorna lever fyra i Göteborg eller Malmö. Fyra kvinnor lever i medelstora kommuner[4] och två i mindre kommuner[5] i södra Sverige. Av de 35 männen kommer 13 från Göteborg eller Malmö. 14 kommer från medelstora kommuner och åtta från mindre kommuner i södra Sverige.

	Kvinnor	Män	Totalt
Göteborg eller Malmö	4	13	17
Medelstor kommun	4	14	18
Mindre kommun	2	8	10
Totalt	10	35	45

Tabell 3; Intervjupersonernas vistelseorter

Sju av de tio kvinnorna har föräldrar som enligt SEI6 tillhör gruppen ”arbetare”. För tre av kvinnorna saknas uppgifter om vad deras föräldrar arbetar eller har arbetat med. När det gäller männen uppger fem att deras föräldrar är arbetare. Åtta av männen har föräldrar som är ”egen företagare”. Elva män berättar att de har föräldrar som är ”tjänstemän”. För elva av männen finns det inte uppgifter som gör det möjligt att precisera vilken socioekonomisk kategori deras föräldrar tillhör.

	Kvinnor	Män	Totalt
Arbetare	7	5	12
Tjänstemän	-	8	8
Egen företagare	-	11	11
Uppgift saknas	3	11	14
Totalt	10	35	45

Tabell 4; Intervjupersonernas socioekonomiska bakgrund

4. Med medelstor kommun avses kommun med mellan 50.000 och 100.000 invånare.
5. Med mindre kommun avses kommun med mindre än 50.000 invånare.
6. Enligt SEI (socioekonomisk indelning) indelas den förvärvsarbetande befolkningen enligt följande: *Arbetare* (facklärda och icke-facklärda arbetare), *Tjänstemän* (lägre tjänstemän, tjänstemän på mellannivå, högre tjänstemän och ledande befattningar) och *Företagare* (fria yrkesutövare med akademikeryrken, företagare och lantbrukare). Se SCB, 1982:4.

Att det saknas uppgifter om tre kvinnors och elva mäns socioekonomiska bakgrund beror i flera fall på att intervjupersonerna haft svårt att precisera vad deras föräldrar arbetat med beroende på att deras föräldrar haft svag förankring på arbetsmarknaden p.g.a. missbruk och/eller psykiska problem. Till exempel berättar Benny att när han var åtta år så tog hans far, som han bodde hos, livet av sig, vilket ledde till att han blev fosterhemsplacerad. Även bland de intervjupersoner som uppger vad deras föräldrar arbetar eller arbetade med finns det flera som berättar att deras uppväxter påverkades av att de hade föräldrar som missbrukade alkohol och/eller andra droger. Till exempel berättar Hanna att båda hennes föräldrar var missbrukare och att hennes pappa "… åkte in och ut på kåken*…", vilket var en bidragande anledning till att hon blev fosterhemsplacerad när hon var sju år. Detta betyder inte att alla eller nästan alla intervjupersoner vuxit upp under ogynnsamma förhållanden. Ungefär hälften av intervjupersonerna berättar att de vuxit upp under gynnsamma förhållanden. "*Jättetryggt*…", svarar till exempel Mats på frågan om hur han hade det när han växte upp.*

Av de tio kvinnorna är åtta ensamstående, medan två är sammanboende med män. Fem av kvinnorna har barn, men det är endast en som har hemmavarande barn. I två fall beror det på att barnen är familjehemsplacerade och i tre fall på att barnen är vuxna. Av de 35 männen är 30 ensamstående och fem sammanboende med kvinnor. Tio av männen har barn, men det är endast två av dem som lever tillsammans med sina barn.

	Kvinnor	Män	Totalt
Ensamstående	8	30	38
Sambo	2	5	7
Totalt	10	35	45

Tabell 5; Intervjupersonernas civilstånd

Tre av kvinnorna har gymnasiekompetens och en av dessa har dessutom läst några kurser på högskolan. Fem kvinnor har endast grundskolekompetens. Två har ej avslutat grundskolan. Av männen har tolv endast grundskolekompetens. Lika många har gymnasiekompetens, varav en även har läst på högskola. Elva av männen har olika typer av yrkesutbildningar, framförallt i olika typer av hantverksyrken.

7. Vi har valt att använda begreppet "hemlös" för alla av våra intervjupersoner som saknar egen bostad. Vi är dock medvetna om att de som bor hos anhöriga, t.ex. föräldrar, enligt Socialstyrelsens definition inte definieras som hemlösa (se Swärd, 1998)

	Kvinnor	Män	Totalt
Ej avsl. grundskola	2	-	2
Grundskola	5	12	17
Gymnasium	3	12	15
Yrkesutbildning	-	11	11
Totalt	10	35	45

Tabell 6; Intervjupersonernas sysselsättningssituation

När det gäller intervjupersonernas sysselsättnings- och försörjningssituation så är tre av kvinnorna förtidspensionerade. Sex av kvinnorna är arbetslösa och fem av dem lever på socialbidrag. En av de arbetslösa kvinnorna berättar att socialtjänsten inte ger henne några pengar, utan hon lever på den man hon bor hos. En kvinna praktiserar och har arbetsmarknadsersättning. Det är således endast en av kvinnorna som har förankring på arbetsmarknaden.

Även männen är svagt förankrade på arbetsmarknaden. Endast en av de 35 männen har arbete. Två har praktik och lever på socialbidrag. En studerar och har studiemedel. De andra männen är arbetslösa, sjukskrivna eller förtidspensionerade. Av de arbetslösa männen har de flesta socialbidrag. Några berättar dock att de av olika skäl inte får socialbidrag, t.ex. för att de inte lever upp till de krav som socialtjänsten ställer för att de ska få bidrag.

	Kvinnor	Män	Totalt
Arbete	-	1	1
Praktik	1	2	3
Studier	-	1	1
Förtidspension	3	6	9
Sjukskrivning	-	12	12
Arbetslös	6	13	19
Totalt	10	35	45

Tabell 7; Intervjupersonernas sysselsättningssituation

När det gäller kvinnornas boendesituation har fyra egna hyreskontrakt, medan sex är hemlösa[7]. Två av de hemlösa kvinnorna uppger att de för närvarande bor hos sina föräldrar. De andra hemlösa kvinnorna berättar att de bor på olika ställen, t.ex. hos manliga bekanta, på härbärgen eller i trappuppgångar. 15 av de 35 männen har egna

hyreskontrakt. En man äger en bostadsrätt. En av männen har LSS-boende. Tre män bor i s.k. övergångslägenheter. 15 män är hemlösa. Av de hemlösa männen bor fyra hos sina föräldrar, medan elva bor på olika ställen, t.ex. på härbärgen eller i trappuppgångar.

	Kvinnor	Män	Totalt
Hyreskontrakt	4	15	19
Bostadsrätt	-	1	1
LSS-boende	-	1	1
Övergångslägenhet	-	3	3
Hemlös	6	15	21
Totalt	10	35	45

Tabell 8; Intervjupersonernas bostadssituation

När kvinnorna beskriver hur deras sociala nätverk ser ut berättar två att de framförallt umgås med människor som inte använder droger. Tre uppger att deras umgänge består ungefär till lika stora delar av missbrukare som av icke-missbrukare. Fem kvinnor omger sig framförallt med andra missbrukare. Av männen umgås fyra framförallt med personer som inte använder droger. Åtta män berättar att de har ungefär lika många missbrukare som icke-missbrukare i sina sociala nätverk. 23 män uppger att till största del umgås med andra missbrukare.

	Kvinnor	Män	Totalt
Drogfria vänner	2	4	6
Både och	3	8	11
Missbrukare	5	23	28
Totalt	10	35	45

Tabell 9; Intervjupersonernas sociala nätverk

2.3. Om intervjupersonernas missbruk

De flesta av intervjupersonerna har i likhet med många andra narkotikamissbrukare börjat använda narkotika i tonåren (se t.ex. Kristiansen, 1999; Blomqvist, 2002). Av de tio kvinnorna har endast två debuterat efter tonåren. Det är Ann-Christin som var 24 år när hon började använda narkotika och Lena som var 20 år. Av de 35 männen är det endast Ola som uppger att han började med narkotika efter tonåren. Han var 23 när han

debuterade. Kvinnornas genomsnittliga debutålder är 16,1 år. Männens är 15,0 år. När man ser till hur länge intervjupersonernas missbruk har pågått så varierar det beroende på deras ålder. De yngre har givetvis missbrukat kortare tid än de äldre. Bland de äldre intervjupersonerna finns det en del som berättar att de missbrukat i princip kontinuerligt sedan i tonåren. Till exempel berättar Leslie som är 46 år att han ”... *har hållit på i trettiotre år.*”. Men bland de äldre missbrukarna finns det många som genom åren haft uppehåll från narkotikamissbruket och ibland i flera år. Det gäller till exempel Solveig som började missbruka amfetamin när hon var tonåring i början på 70-talet, men som hade ett uppehåll från amfetaminmissbruket från mitten av 80-talet till slutet av 90-talet.

Av kvinnorna kan sex betraktas som aktiva narkotikamissbrukare, då de tagit narkotika samma dag som de intervjuas eller senast tvåveckor innan intervjun. Av dessa kvinnor har tre amfetamin som huvuddrog[8], medan två har heroin och en heroin och bensodiazepiner som huvuddrog. Av de aktivt missbrukande kvinnorna är fem injektionsmissbrukare. En av de aktiva kvinnorna som har heroin som huvuddrog uppger att hon aldrig injicerat, utan enbart röker heroinet. Två kvinnor som har heroin som huvuddrog, och som har varit injektionsmissbrukare, har varit drogfria i en månad. En kvinna som varit injektionsmissbrukare av amfetamin har varit drogfri i två månader. En kvinna som varit blandmissbrukare av alkohol och amfetamin, men som inte injicerat, har varit drogfri i ett år.

Av männen är 26 aktiva narkotikamissbrukare. Fyra av dessa har amfetamin som huvuddrog och 15 har heroin som huvuddrog. En av de aktivt missbrukande männen använder heroin och bensodiazepiner. En annan använder läkemedel. Två av de aktiva männen har hasch som huvuddrog. Två aktivt missbrukande män är blandmissbrukare av alkohol och amfetamin, medan en är blandmissbrukare av läkemedel och hasch. Två män som är blandmissbrukare av cannabis, amfetamin och bensodiazepiner respektive amfetamin och bensodiazepiner har varit drogfria i två månader. En man som har missbrukat amfetamin har varit drogfri i fem månader. En man som missbrukat amfetamin och bensodiazepiner samt en man som missbrukat heroin har varit drogfria i sex månader. Två män som missbrukat heroin har varit drogfria i ett år. En man som har heroin som huvuddrog har varit drogfri sexton månader. En man som slutade ett långvarigt heroinmissbruk för tre år sedan använder numera enbart cannabis sporadiskt. Av männen är eller har alla varit injektionsmissbrukare, utom de tre som har

8. Med huvuddrog avses den drog en narkotikamissbrukare föredrar att använda och som de flesta andra personer i deras narkotikakretsar också föredrar att använda. Att en narkotikamissbrukare har t.ex. heroin som huvuddrog betyder vanligtvis inte att hon eller han enbart använder heroin och det behöver inte ens betyda att heroin är den drog som missbrukaren använder mest. Av olika undersökningar framgår det att även om narkotikamissbrukare ofta har en huvuddrog, så använder de vanligtvis också andra droger. Se t.ex. Andersson (1991); Bergmark et al. (1989); Grapendaal et al. (1995); Kristiansen (1999); Lalander (2001); Olsson et al. (2001); Svensson (1996).

cannabis som huvuddrog, en man som missbrukar cannabis och läkemedel, en som är blandmissbrukare av cannabis, amfetamin och bensodiazepiner samt en heroinmissbrukare som enbart röker heroinet.

	Kvinnor	Män	Totalt
Amfetamin, aktivt	3	4	7
Amfetamin+alk, aktivt	-	2	2
Heroin, aktivt	2	15	17
Heroin+benso, aktivt	1	1	2
Cannabis, aktivt	-	2	2
Cannabis+läkemedel, aktivt	-	1	1
Läkemedel, aktivt	-	1	1
Amfetamin, 2-6 mån drogfri	1	1	2
Amfet.+benso, 2-6 mån, drogfri	-	2	2
Amfet.+alkohol, 1 år drogfri	1	-	1
Heroin, 1 mån drogfri	2	-	2
Heroin, 6-12 mån drogfri	-	3	3
Heroin, 13-36 mån drogfri	-	2	2
Cannabis+amf+benso, 2 mån drogfri	-	1	1
Totalt	10	35	45

Tabell 10; Intervjupersonernas missbrukstyp

De flesta av intervjupersonerna har drabbats av infektioner p.g.a. narkotikamissbruket. Det är dock endast en av intervjupersonerna som är HIV-positiv. Men de flesta av kvinnorna och männen har drabbats av hepatit C, vilket upptill 90% av alla narkotikamissbrukare har enligt olika studier (CAN, 2002). Av kvinnorna är det endast två som inte har hepatit C och gemensamt för dem är att de inte har injicerat. Av männen uppger sex att de inte har hepatit C. För fyra kan detta förklaras med att de regelbundet hämtar rena sprutor påsprutbytesverksamheterna i Lund och Malmö, medan övriga två inte ärinjektionsmissbrukare[9].

9. Hepatit C bland narkotikamissbrukare sprids främst i samband med injicerande av narkotika.

2.4. Om intervjupersonernas kontakter med samhället

Intervjupersonerna har kontakter med olika myndigheter och vårdinrättningar. I de flesta fall är också deras narkotikamissbruk känt av socialtjänsten, kriminalvården och/eller sjukvården. Två kvinnor och åtta män uppger att de har kontakt med socialtjänsten. En kvinna och tre män har förutom socialtjänsten kontakt med kriminalvården. Fem kvinnor och 14 män har kontakter med socialtjänsten och sjukvården. En kvinna och sju män har kontakter med socialtjänsten, kriminalvården och sjukvården. En kvinna och tre män har enbart kontakt med sjukvården. Kontakterna med socialtjänsten handlar om ekonomi, boende och/eller missbrukarvård. Med kriminalvården handlar kontakterna om skyddstillsyn (men tre av kvinnorna och 21 av männen har även varit dömda till fängelse). Kontakterna med sjukvården omfattar sprutbytesverksamhet och/eller avgiftning, samt i några fall underhållsbehandling med subutex.

	Kvinnor	Män	Totalt
Socialtjänsten	2	8	10
Socialtj. + kriminalvården	1	3	4
Socialtj. + sjukvård	5	14	19
Socialtj. + krimv. + sjukvård	1	7	8
Sjukvård	1	3	4
Totalt	10	35	45

Tabell 11; Intervjupersonernas samhällskontakter

Av de 45 intervjupersonerna är det endast två kvinnor och en man som uppger att de inte varit föremål för någon form av missbrukarvård. Många har fått institutionsvård och öppenvård p.g.a. sina missbruk vid ett eller flera tillfällen. Fyra av kvinnorna och 20 av männen har varit frivilligt placerade på behandlingshem eller familjehem. Tre kvinnor och två män har både fått frivillig institutionsvård och vård enligt LVM och/eller LVU. Två män har inte varit frivilligt på behandlingshem, men däremot enligt LVM och/eller LVU. Två män har haft kontraktsvård och/eller vård enligt § 34 KvL. En kvinna och åtta män har enbart fått olika typer av öppen vård för sina missbruk.

	Kvinnor	Män	Totalt
Frivillig institutionsvård/ fam.hem	**4**	**20**	**24**
LVM/LVU	**-**	**2**	**2**
Frivillig institutionsvård + LVM	**3**	**2**	**5**
Kontraktsvård + §34	**-**	**2**	**2**
Endast öppen vård	**1**	**8**	**9**
Ej missbrukarvård	**2**	**1**	**3**
Totalt	**10**	**35**	**45**

Tabell 12; Intervjupersonernas kontakter med missbrukarvård

2.5. Vår kommentar

När man försöker skapa en helhetsbild av intervjupersonerna utifrån de uppgifter de gett om sina demografiska och socioekonomiska bakgrunder samt om deras missbruk och samhällskontakter blir det tydligt att deras livssituationer motsvarar den dystra bild av många narkotikamissbrukare som framkommer av MAX-projektet (Lander et al., 2002). Det handlar inte minst om svag förankring såväl på bostads- och arbetsmarknaden som i andra delar av det ordinarie samhället. En del av intervjupersonerna är uppenbart övergivna, inte enbart av sina anhöriga utan även av samhället. De krav som ställs på dem för att de skall få ekonomiskt bistånd, hjälp till bostad eller behandling för deras missbruk är möjligtvis rimliga om man lever socialt integrerat i samhället, men i stort sett omöjliga att leva upp till om man är en hemlös narkotikamissbrukare.

Om man ser till intervjupersonernas missbruk är det tydligt att de flesta mer än väl uppfyller de kriterier som MAX-projektet anger för s.k. ”tungt missbruk”, d.v.s. injektion av narkotika under de senaste tolv månaderna eller användning av narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste fyra veckorna, oavsett intagningssätt (Olsson et al. 2001). När det gäller vad intervjupersonerna anger som huvuddrog så är heroin den vanligaste huvuddrogen (fem kvinnor och 21 män uppger heroin som huvuddrog). Detta kan betraktas som ytterligare en bekräftelse på att heroinet är på väg att ta över som dominerande preparat när det gäller tungt narkotikamissbruk i Sverige, vilket även t.ex. MAX-projektet indikerar.

3. Livet som narkoman

3.1. Veronika

Veronika har nyligen fyllt trettio. Hon går på amfetamin sedan flera år tillbaka. Dessförinnan hade hon arbete och bostad och levde ett ordnat liv. Nu bor hon i tvättstugor, på vindar eller hos vänner. Hos sina föräldrar kan hon inte bo, även om båda har stora lägenheter. De har fått rådet från FMN att så länge hon är i missbruk ska de stänga dörren för henne. För ett par år sedan bodde hon en tid på Kvinnohärbärget. Några gånger blev hon utslängd för att hon hade missbrukat, vilket var OK. Men senast när hon var där var anklagelserna felaktiga, men hon åkte ändå ut. Då bestämde hon sig för att försöka klara sig själv i stället. Socialbyrån ligger lågt. Hon hämtar sitt socialbidrag, det är allt. Ingen ifrågasätter hur hon lever eller försöker hjälpa henne. När socialbidraget är slut stjäl hon i affärer till sitt missbruk och letar mat i containrar utanför affärer. Hellre dör hon än går ner på gatan och prostituerar sig. Om rätt hjälp erbjuds skulle hon nog kunna tänka sig att ta den, även om hon betonar att beslutet att sluta missbruka måste komma ifrån en själv.

För Veronika är sprutbytet en oas. Hon går dit minst en gång i veckan, både för att få rena sprutor och för att få tillfälle att samtala en stund med personalen. Några andra myndighetskontakter har hon inte, förutom korta visiter på socialbyråns ekonomisektion. På dagarna är hon i rörelse för att ordna mat och pengar till narkotika, när kvällen kommer gäller det att hitta någonstans att övernatta. Ofta blir hon bortkörd och lyckas bara få några timmars sömn.

”*Man blir jagad. Det är vakter och snutar. Man är inte värd ett ruttet lingon när dom kommer. Speciellt vakterna är jobbiga. Jävla amatörpoliser.*”

Som kvinnlig missbrukare är man många gånger dömd på förhand, säger Veronika.

”*Man får ett fruktansvärt otrevligt bemötande. Jag har försökt vara trevlig hur många gånger som helst men det har slutat med att jag har fått en spark i röven. Så nu har jag börjat bli otrevlig, fast jag egentligen är en glad och trevlig människa. Men jag orkar inte hur mycket som helst, till slut säger det stopp för mig också.*”

Hennes amfetaminmissbruk går i vågor. Ibland har hon pengar och det kan gå ett par gram på en dag. Ibland tar hon inget på ett par dagar. Hon ger ungefär två hundra kronor grammet. ”*Det kan komma ner till hundra spänn men då är det inte riktigt bra grejer*”. Det beror på vad man har för kontakter.

Veronika har egentligen bara varit i vård en gång. Det var 1999 som hon gjorde en månads behandling på ett tolvstegsprogram. Då hotades hon av LVM men valde i stället X-hemmet, eftersom den behandlingen var kortare.

”*Det var det mest sorgliga ställe jag har varit med om. Så fruktansvärt oseriöst och oorganiserat. Fjorton olika föredragshållare. Alla lämnade ut stenciler, inga uppföljningar, ingenting. Enda var att det var en jävla massa mat. Man åt konstant. Det var det enda som var vettigt. Sedan var det en massa grupper och annat.*”

Därefter har hon inte varit på behandling. *”Jag tappade sugen när det var sånt blaj och socialen skönmålade det. Jag blev så jättebesviken*.” Lite senare i intervjun kommer hon på en del positiva saker att säga om stället,”*... men det var lite väl mycket straffläger variant*.”

Hon ser sitt liv som missbrukare som resultatet av hennes eget val. Det är hon som en dag ska bestämma sig för att lämna missbruket, ingen annan kan fatta det beslutet åt henne. ”*Jag tror att liksom den dan då jag ballade ut så kommer den dag då jag tänker ”ah, det här är för mycket… Nu är det för bra alltså.*”.

3.2. Kortintervjuer i väntrummet på Sprutbytet

Strax efter tio på måndagsmorgonen har vi bänkat oss inne i väntrummet på Sprutbytet i Malmö. Under dagen är det mycket folk som passerar. Närmare fyrtio, män och kvinnor i alla åldrar sitter ner mellan fem och tjugo minuter och väntar på att det ska bli deras tur att komma in på den angränsande expeditionen och lämna och hämta sprutor. Vi försöker intressera många för intervjuer men totalt är det bara fem personer som följer med upp till samtalsrummen på andra våning. Däremot pratar folk gärna en liten stund i väntrummet. Så fort vi föreslår formell intervju är alla för stressade för att ha tid

att bli intervjuade. Stämningen i väntrummet är lugn och avspänd hela dagen. Här följer ett utdrag ur våra fältanteckningar. Tillsammans ger de en bild av den mångfacetterade grupp som utgör Malmöregionens aktiva injektionsmissbrukare.

1. En av de första vi träffar på förmiddagen är Knut, med hästsvans, mellan 25-30 år som idag har muckat från ett fängelsestraff på en månad. Han hade velat ha kontraktsvård men fick inte det. Vi lyckas inte intressera honom för vare sig intervju eller samtal.

2. Han pratar i stället med Janne, en veteran i femtioårsåldern.Det verkar som att Janne har något intressant att sälja för Knut och han går ut tillsammans. På eftermiddagen dyker Janne upp igen. Denna gång tar han sig tid till att hämta sprutor. Och att lämna, han har en hel plastkasse med hundratals sprutor som han ska lämna. Det ser ut som skörden från värsta ”Shooting Gallery”. Janne har hållit på med narkotika sedan sextiotalet, morfinbas tidigt sjuttiotal, började med heroin 1974 och vi har en del gemensamma bekanta från sjuttiotalets heroinister. Under några år på nittiotalet hade han metadon. Men det har han ingen lust att återvända till, säger han. Annars har han inte varit i vård. ”*Slutar man missbruka nu så dör man*”.

3. Johnny, 28+, påtänd heroinist som kommer i sällskap med sin kontaktperson från socialbyrån. Johnny är på språng och hinner inte att säga mer än att han tycker att sprutbytet är mycket bra. ”*Pumpar och kanyler borde finnas överallt”*. Avgiftningen gillar han inte. *”Det är botten att man inte får metadon när man ska tända av. Vi lever för fan i 2000-talet! Dom säger att man ska lära sig att man blir dålig för att man inte ska börja knarka igen. Men inte slutar folk att knarka för det”,* avslutar Johnny innan han far ut genom dörren i sällskap med sin solbrände kontaktperson.

4. Lars-Arne, 30+, är en arbetsklädd man med keps som samtalar vänligt med oss men som är alltför stressad för att ha tid med en intervju. Han arbetar för fullt, anställd som han är på en flyttfirma. Han tar amfetamin dagligen, vilket inte är något problem så länge han sköter sitt jobb på firman. Han har aldrig varit i behandling, förutom att han stötte på tolvstegsbehandling när han satt på kriminalvårdsanstalt. Att sluta knarka är inte så aktuellt ”*jag är van vid detta livet”*.

5. Sture, 27-28, med mössa på sig inomhus. Han tycker att sprutbytet är bra eftersom det minskar smittorisken. Sture går på amfetamin, tar varje dag. Det kostar kring 600 kr. Det som gör det svårt att sluta är att man har så ansträngd ekonomi. *”Och jag kan inte komma på något annat att göra om dagarna.Allting kostar pengar i vardagslivet. Narkomanvården är avhängig boendet, har man ingen bostad kan man inte sluta knarka”*. Sture

är hemlös nu, bor på härbärge *”med en massa folks som snor ens grejor”*. Egentligen är han konstnär, och han har haft flera utställningar.

6. Konrad, 50+, som kommer ensam till Sprutbytet och som han är mycket positiv till. Han berättar att han missbrukat amfetamin i många år. ”*Säkert tjugofem år*”. Han har dock aldrig genomgått någon behandling och han ger uttryck för en tydlig misstro mot narkomanvårdens möjligheter. ”*Jag tror inte att den hjälpt någon, särskilt inte dom som får behandling på paragraf trettiofyra, dom gör det bara för att slippa lindrigare undan från fängelset…*”. När jag frågar honom om vad som skulle kunna få honom att sluta med amfetamin svarar han att han inte vet. ”*När jag sitter på kåken knarkar jag inte. Sist satt jag inne i två år och då tog jag inget, men så fort jag kom ut började jag igen.*”. Han berättar att han suttit i fängelse åtskilliga gånger och att det numera är betydligt svårare att knarka på fängelserna, dels för att det är väldigt dyrt, dels för att personalen på fängelserna blivit skickligare på att upptäcka narkotika. Sedan ett par år har han en egen lägenhet. Det betyder mycket för honom genom att det gett honom en stabilare och lugnare tillvaro. ”*Om man ska ha kvar lägenheten måste man sköta sig. Det går ju inte att ha en massa folk som springer i trappen…*”.

7. Jens, 25, har missbrukat heroin i fem-sex år. Han berättar att han är hemlös sedan en kort tid. Skälet till det är att det tog slut med den kvinna som han bodde tillsammans med, och det var hon som stod för kontraktet på lägenheten. Precis som alla andra vi pratar med under dagen betonar denne man hur viktigt Sprutbytet är för honom. Han säger att det är ”*svårt att få hjälp*”. Han har ansökt om att få behandling mot sitt missbruk, men det blev avslag p.g.a. att ”*pengarna var slut*”. Det är för heroinmissbrukare att söka hjälp när ”*de är inne i det…*”. Även om det kräver både planering och framförhållning för att kunna missbruka heroin, så ligger fokus på nuet. Det är svårt att passa ihop med en narkomanvård som har låg tillgänglighet och långa väntetider.

8. Svante, 27, heroinist. Sitter och pratar med en kvinna, Fia i samma ålder som ser ledsen ut. Ingen av dom har tid idag att bli intervjuade. Svante är missnöjd. *”Jag har behandling klar i Canada. Behöver komma in på avgiftningen men det tar sex-sju veckor. Det finns åtta platser för hela malmöregionen. Först får man vänta ett par veckor på infotid. Sedan får man veta att man ska ringa efter fyra på onsdagar. Nu har jag ringt två onsdagar utan att få någon inläggningstid. Jag har ringt till Lund också, men de har 3-4 veckors väntetid. Och till metadonprogrammet är det två år.*”.

9. Fia säger att hon inte har försökt att få vård nu på länge. Hon hade tidigare köat länge för att få Subutex. När hon efter ett par år äntligen var framme fick

hon besked att hon inte kunde få Subutex för att hon inte hade varit sprutnarkoman i fyra år. Hon använder inte sprutor. I Malmö är det så att man måste vara kvalificerad för metadon för att kunna få Subutex, att man ska uppfylla metadonkriterierna. Så är det inte på andra ställen. Och Svante lägger till att han tycker att det är svagt att man inte får Subutex på avgiftningen. *”Sprutbytet är det enda som är bra. Dom är kompetenta och trevliga.”*

10. Joakim, 28, tycker att det är jävla idioter som jobbar på soc. Honom vill de skicka utomlands, till Dianova. Själv vill han komma på tolvstegsbehandling, men det kostar för mycket.

11. Gemytlig stämning med skratt och jargong när ”järngänget” nästan fyller väntrummet. De är fem män och fyra kvinnor i fyrtio-femtioårsåldern, som sammanstrålar i väntrummet när klockan är halvtre – en halvtimme innan Sprutbytet stänger för dagen. Det är tydligt att de känner varandra väl och sedan länge. De är rörande överens om att Sprutbytet är mycket bra och viktigt, men att narkomanvården är ”*kass*”. En av männen berättar gärna om sina erfarenheter som narkotikamissbrukare. Bland annat säger han: ”*Jag är femtiotre, så jag har varit med i fyrtio år. Jag började med preludin på den tiden och såg hur tjacket spreds från konstnärer och kulturmänniskor till rövarna.*”.

I kortintervjuerna är det bara en kvinna med, men annars var kvinnoandelen bland besökarna uppskattningsvis trettio procent under dagens lopp. De intervjuade berömmer sprutbytets personal, kritiserar socialtjänsten för en ovilja att hjälpa till med lämplig behandling och uttrycker vid ett par tillfällen missnöje med att Avgiftningen inte använder subutex vid heroinnedtrappningar. Många känner varandra, stämningen är god och vi ser exempel på den socialitet som kännetecknar narkotikavärldarna (Svensson 1996).

3.3. Missbrukets karaktär

Tillgången på narkotika är god, priserna är låga. Skillnaden är inte så stor mellan Göteborg, Skåne, Blekinge och Halland. Även i mindre städer kan den som har bra kontakter köpa narkotika till lågt pris. Med snabbtåget Kustpilens hjälp kan Blekingebor nå Köpenhamns centrum på ett par timmar, eller stiga av i Kristianstad där narkotikamarknaden är livaktig. I kapitel två redovisade vi en översikt av missbrukets fördelning bland de intervjuade. Här ska vi kortfattat ge en bild av missbrukets karaktär.

De intervjuade heroinmissbrukarna har gått på relativt höga doser, de flesta uppger närmare ett gram heroin per dygn, men förbrukningen påverkas av hur mycket pengar de lyckas ordna.Även priserna fluktuerar. För det bruna heroin som finns i södra

Sverige och Göteborg får man för ett gram ge mellan 800 och 1400 kr. Amfetaminet kostar mellan 80 och 300 kr per gram. Priserna är historiskt sett låga, lägre än exempelvis för tio år sedan.

En heroinmissbrukare från Malmö, som har stora kunskaper om narkotikahanteringen berättar:

> ”*Man säljer med hjälp av kryddmått. Ett slätstruket, fluffigt kryddmått är ett halvt gram. Det är 0.48 till 0.52 beroende på hur tunga grejorna är. Utlänningarna som säljer pratar om kvarter, men dom vet inte vad det är. Idag är en kvarter 0.3 gram. För 300 kr kan du köpa en kvarter. Till en fix. Men det ska räcka till mer åt en som inte är så hooked. Trehundra spänn ska man kunna få överdos för…*”

Att missbruka amfetamin är billigare än att missbruka heroin. Missbruket har också en annan tidscykel, intensiva missbruksperioder varvas med längre eller kortare uppehåll. Den som går på heroin däremot måste ha en tillförsel varje dag för att undvika plågsamma abstinensbesvär. Gemensamt för båda drogerna är att de ger en toleransökning, dvs. man får höja dosen undan för undan för att bibehålla samma effekt. Genom att man gör ett uppehåll kan toleransen sänkas så att det återigen går att knarka till överkomliga kostnader. Emellanåt har avgiftningsklinikerna beskyllts för att ställa upp med kravlösa avgiftningar som narkomanerna använder som en ”rundsmörjning” för att komma ner i dos. Men det var på den gamla tiden när det var lätt att få en vårdplats och kötiderna var korta.

3.4 Att försörja sitt missbruk

I fältundersökningen ”Pundare, jonkare och andra” presenterades de viktigaste-försörjningssätten bland Malmös narkomaner (Svensson 1996:288).

• Att leva på lön, besparingar, anhöriga

• Att leva på bidrag

• Att sälja sin kropp

•Att parasitera på en prostituerad kvinna

• Att stå för marktjänsten hos en man med goda inkomster

• Att stjäla eller avyttra stöldgods som huvudsyssla

• Att sälja eller smuggla narkotika som huvudsyssla

• Att förmedla och sälja narkotika och tabletter, snatta, tigga, låna, göra bedrägerier, stjäla, sälja stöldgods m.m.

Dessa sätt att dra in pengar används också av vår undersökningsgrupp. De olika försörjningssätten kombineras ofta, t.ex. i form av att stölder kombineras med narkotikahandel i mindre skala eller att socialbidrag eller sjukpenning förstärks genom snatterier. De flesta av männen i undersökningen anger olika former av kriminalitet som försörjningssätt. Under den långa väntetiden på vård har de gjort sig skyldiga till omfattande kriminalitet[10]. Några av kvinnorna prostituerar sig, andra betonar med emfas att de inte kan tänka sig att göra det. En kvinna beskriver hur hon länge kunde försörja sig som kurir, men denna verksamhet avbröts när hon åkte fast och dömdes till ett långt fängelsestraff. Flera av kvinnorna ägnar sig också åt olika typer av egendomsbrott.

Livet på utsidan beskrivs av våra intervjupersoner som tungt och krävande. Missbruket är mycket kostsamt, även om priserna är lägre för dem som har goda kontakter. För att få ihop pengar till missbruk får man tillgripa en form av nödvärnskriminalitet. Det handlar om snatterier, stölder, inbrott, personrån samt ofta egen narkotikaförsäljning. För den som har mycket goda langarkontakter är det frestande att sälja vidare till mindre lyckligt lottade kamrater. Narkotikamissbrukarna lägger mycket energi på att ordna pengar och droger på alla tillgängliga sätt, men dessa aktiviteter fyller dagarna med innehåll och ger status i gruppen och en känsla av kompetens i egna ögon (jfr Svensson 1996, Lalander 2001).

Ett par av männen har klarat av att hjälpligt sköta ett arbete parallellt med heroinmissbruk. Den ene skaffade sig ett extraarbete vid sidan av det ordinarie och klarade sig därmed utan att vara kriminell, den andre använde firmabilen för att distribuera narkotika och firmaoverallen som täckmantel när han stal varor. Båda har upprätthållet kontakten med familj och släkt och har haft egna lägenheter.

3.5. Boende

Av intervjuerna framgår det att hemlöshet är ett problem som måste lösas om t.ex. behandlingar och andra insatser ska få effekt mot missbruket. En del intervjupersoner ger uttryck för hur svårt, eller omöjligt, det är att kombinera hemlöshet med drogfrihet. I kapitel två redovisas att strax över hälften av brukarna har egen bostad, återstoden är hemlösa. Olika faktorer samverkar till att en person förlorar bostaden.

---

10. I en undersökning som polisen i Västra Götaland har gjort har man försökt beräkna narkotikamissbrukares andel av länets totala brottslighet. Man får fram att kända narkotikabrottslingar återfinns som skäligen misstänkta i 33% av alla ärenden där skälig misstänkt finns. En grupp av 250 personer med pågående narkotikamissbruk framstår som särskilt brottsaktiva. Bara polisens utredningskostnader för var och en i gruppen utgör 240 000 kronor om året. I sin sammanfattning konstaterar utredningen att insatserna mot gruppen i första hand borde syfta till att bryta själva missbruket. Avslutningsvis konstaterar utredningen ”Samhällsekonomiskt skulle även en måttligt lyckad insats vara en vinstlott” (Rönn 2002).

Markus drabbades av panikångest vilket innebar att han misskötte sina sociala kontakter, bl.a. med arbetsförmedlingen. Det gjorde att han ej ansågs berättigad till socialbidrag till hyran, vilket i sin tur medförde att han blev vräkt från sin lägenhet.

Mattias fick en lägenhet i ett kategorihus genom socialtjänstens försorg. Han blev vräkt när han återföll i missbruk.

Aron har lyckats få ett LSS-boende efter att han varit i en längre behandling. Men alla på boendet missbrukar, antingen alkohol eller narkotika. *”Det är inte mycket bättre än att vara bostadslös för vi har dom bostadslösa inne hos oss. Det är mycket spring, mycket droger och stölder. Det är inget tryggt boende”*. I det läget kan inte Aron låta bli att ta amfetamin dagligen. Eftersom han kopplar sitt missbruk till miljön diskuterar han med socialtjänsten om vistelse på ett vårdhem som ett miljöombyte. Lite samtal kan han tänka sig men behandling tycker han inte att han behöver. *”Avhållsamhet”* är viktigast.

De som har egen bostad utsätts för tryck från hemlösa kamrater att bjuda på logi, vilket ofta är en bidragande orsak till att de blir vräkta. Det blir en ond cirkel. I fallet med LSS-boendet har en boendeform inrättats där man har sänkt kraven på missbruksfrihet, men det har också sina negativa konsekvenser för de boende.

Att förlora bostaden innebär ett ökat missbruk, framhåller många brukare. Forskaren Weddig Runquist som genomfört flera undersökningar om hemlöshet betonar att det ska räcka för människor att de följer hyreslagens bestämmelser, att de sköter sin bostad så att den inte blir en sanitär olägenhet, betalar sin hyra i tid och inte stör grannar. Att dessutom kräva nykterhet/drogfrihet är inte rimligt (Runquist 2003).

De myndighetsföreträdare vi träffade i fokusgrupperna betonar svårigheterna att ordna bostäder för de hemlösa. Det gäller även på små orter. Det finns en grupp klienter som är ökända hos alla värdar. I realiteten är de hänvisade till härbärgen som ger nattlogi men utestänger sina kunder på dagtid.

3.6. Nätverk

Föräldrarna är betydelsefulla för de allra flesta, men de hjälper sina barn i växlande omfattning. Några har haft kontakt med FMN och fått lära sig att låsa ute sina barn i avvaktan på att de lämnar missbruket. Veronika beskriver med bitterhet konsekvenserna av denna hårda linje. Jimmy berättar å andra sidan om en annan linje - det är tack vare hjälp och stöd från hans föräldrar som han fortfarande är i livet. Till grund för FMN:s ställningstagande ligger förmodligen AA-importerade uppfattningar om att missbrukaren ska nå sin personliga botten för att inse sitt behov av förändring och att omgivningen inte ska låta sig bli medberoende. Dessutom ett behov av att skydda

föräldrarna mot att gå under, antingen av skuldkänslor och oro eller genom att bli utnyttjade ekonomiskt.

En f.d. heroinmissbrukare har fått en sysselsättning och ett livsinnehåll genom att hjälpa sina åldriga föräldrar med deras dagliga omvårdnad. I och med att han får underhållsbehandling med subutex finns utrymme för detta.

I narkotikamissbrukarnas vardagsliv ingår regelbundna kontakter med personer med mycket skiftande yrkesutövning - langare, hälare, socialsekreterare, behandlingsassistenter, frivårdsinspektörer men också poliser. Mellan poliser och knarkare skapas ibland oväntade allianser. En av veteranerna i narkotikabranschen, en man i femtioårsåldern har bett en polis att bli hans övervakare. En polis från Karlshamn berättar att han blir uppringd av personer som han fått kontakt med när de har varit misstänkta för brott.

> ”*Dom kan ringa väldigt ofta till oss som enskilda och ha oss som bollplank. Frågar oss om råd i en särskild situation, att dom har köpt något, har fått ett familjeproblem. Då kan dom komma upp så att man är som en dålig far ibland. Man blir ganska god vän med dom.*”

3.7. Vår kommentar

När narkomaner i vård ser tillbaka på sitt liv i missbruk är det en mörk bild de målar. Ändå återvänder många till missbrukarlivet i ett senare skede. Hur kan det komma sig? I sin fältundersökning från 1996 undersöker Bengt Svensson denna frågeställning. Vi citerar:

> Min studie visar på de betingelser som möter informanterna. Den visar på de relativa fördelar som deras knarkarliv kan ha och de brister som det alternativa, ”vanliga” livet ofta för med sig. De håller inte till godo med en marginaltillvaro i fattigdom och ensamhet. Så uselt är inte deras vardagsliv som narkomaner. Så torftigt och glädjelöst är det inte. Narkomanerna har sina skäl att stanna kvar. Visserligen innebär knarkarlivet elände, svek, bristande solidaritet, sjukdom, lidande och död, men det har också andra inslag - socialiteten, händelserikedomen, de korta perspektiven, det-ordnar-sig-alltid inställningen, känslan av kompetens, sysselsättningen i form av kriminella försörjningsformer, drogernas artificiella välbehag. Det kan ställas mot det som ofta är det vanliga livets alternativ för dem - ensamhet, arbetslöshet, fattigdom, sysslolöshet, upplevelsen av att vara överflödig. Om man tar hänsyn till informanternas personliga förhållanden och den miljö där de lever tycks de handla rationellt i ungefär samma utsträckning som vi andra (Svensson 1996:383)

Förmodligen är det så att de som söker sig till vård ser fler nackdelar och färre fördelar i det narkomana livet än de som stannar kvar. Vi vill också peka på en skillnad mellan två berättelser om livet som narkoman, den anpassade berättelsen och den subversiva (jfr Svensson 2003). Den anpassade berättelsen beskriver narkotikalivets bedrövelser. Den subversiva dess lockelser. När en person är i vård har han/hon goda skäl - både för sin egen skull och för omgivningens - att betona det negativa. Exempelvis i dagrummet på en LVM-institution eller i sprutbytets väntrum kommer berättelserna snarare handla om de positiva delarna av det narkomana livet. Eftersom de flesta som vi har träffat har varit inne i vård är det den anpassade versionen som vi får höra.

Valet att återgå till ett liv som missbrukare kan också handla om en besvikelse över vad det vanliga livet har haft att erbjuda. När Jakob (se kapitlet om vårderfarenheter) kontrasterar sitt aktiva liv som narkoman med ”pensionärstillvaron” i hans lilla socialägenhet så är det en högrisksituation för återfall som vi får ta del av.

4. Vårderfarenheter

4.1. Carina

Carina är i fyrtioårsåldern och bosatt i södra Sverige. Hon använder sedan många år heroin dagligen. Under hela det senaste året har hon försökt få vård för sitt missbruk. Hon berättar: Jag tog kontakt med min socialsekreterare för att få komma till ett behandlingshem. Vi kom efter ett tag överens om att jag skulle till X-hemmet som enbart riktar sig till kvinnor. Men dit var det långa väntetider, både för att få informationssamtal och för att sedan komma in. Dessutom skulle jag ha avgiftning och dit var också väntetiden lång. Då tog jag kontakt med en kvinna som jag känner sedan gammalt som arbetar på Y-hemmet. Hon erbjöd mig en plats omedelbart. Dom har dessutom en egen avgiftning. Men min socialsekreterare höll fast vid den tidigare planeringen. Detta hände i december. Nu, nästan fyra månader senare har jag till slut lyckats få en avgiftningsplats och jag ska in på X-hemmet. Hela tiden ute har jag varit jättekriminell och jag har stulit för flera tusen om dagen. Det har varit fruktansvärt jobbigt, inte bara för mig utan också för mina barn och mina föräldrar. Jag kunde ha dött av en överdos vilken dag som helst eller så kunde jag åkt fas för polisen. Jag har verkligen velat ha vård hela tiden. X-hemmet har varit hyggliga, dom har hållit en plats åt mig i två månader nu, under tiden jag har köat för att få avgiftning.

Carinas berättelse visar hur brister i samarbetet mellan olika myndigheter och vårdgivare leder till långa väntetider och outnyttjade platser. Det medför i sin tur onödigt lidande för klienten och hennes omgivning. Den brottslighet som Carina gör sig skyldig till för att finansiera narkotikamissbruket drabbar tredje man, i form av hemstadens butiker.

Relationen till vård hos de 45 brukarna skiljer sig åt på många punkter, några är ute i aktivt missbruk, en ganska stor grupp är i vårdkedjans första steg – avgiftning, en grupp bor på institutioner som Boendebasen i Kristianstad (BB) och Motivations- och utredningsenheten i Halmstad (MU), några går på terapisamtal i öppenvård och några har lämnat de intensiva vårdinsatserna bakom sig och är i eftervård.

4.2. Vad vill brukarna ha hjälp med?

	Män	Kvinnor	Totalt
Ej intresserad av vård	2	3	5
Önskar metadon eller subutex	12	1	13
Nuvarande behandling tillräcklig	11	1	12
Behandlingshem eller familjehem planeras	3	2	5
Egna vårdlösningar i öppenvård	2	2	4
Vill ha behandlings-hem, soc. säger nej	4	1	5

Tabell 13; Intervjupersonernas hjälpönskemål.

I gruppen som **inte vill ha vård** är samtliga inne i ett aktivt amfetaminmissbruk. De fyra som är hemlösa vill däremot ha hjälp med egen bostad.

I gruppen som vill komma in i **subutex- eller metadonprogram** finns elva av heroinmissbrukarna och båda läkemedelsmissbrukarna**.** Till kategorin har också förts de två som redan har subutexförskrivning (varav gruppens enda kvinna). Av de elva som står på väntelista har tre platser klara i programmen, två är på gång till behandlingshem som ger subutex. Sex är därmed hänvisade till en osäker väntan.

Gruppen som är **inne i behandling** får oftast terapisamtal på Rådgivningsbyrån eller vistelse och stödsamtal på Motivations- och utredningsenheten eller Boendebasen.

Fyra av de fem brukare som är på gång till **behandlingshem** eller **familjehem** har ett heroinmissbruk.

I gruppen som **fått nej** på sin ansökan om **behandlingshem** ingår både personer som har fått ett tydligt formellt avslag och en person i aktivt missbruk som vid kontakt för en tid sedan upplevde att socialtjänsten var ointresserad att ge honom den hjälp han ville ha.

4.3. Nästan alla vill ha vård

Det är på sprutbytetsprogrammen som vi träffar de fem intervjupersonerna som avvisar vårdinsatser. Tre kvinnor, två män med en medelålder på 46 år och ett amfetaminmissbruk. Männen förefaller att ha resignerat inför möjligheten att komma ifrån missbruket, kvinnornas bevekelsegrunder skiftar. En anser att hon inte har nått fram till ett eget beslut att lägga av missbruket ännu, en lever ett stilla familjeliv på landet och tycks använda amfetaminet som ett alternativ till alkohol och av gammal vana. Den tredje kvinnan lider av en svår kronisk sjukdom och

verkar även hon ha resignerat inför möjligheten till ett drogfritt liv, åtminstone om hon inte först får en bostad och sedan träffar en man som hon kan gå i behandling tillsammans med.

Med tanke på att det är i anknytning till olika vårdinrättningar som vi träffat de flesta respondenterna är det föga förvånande att övriga trettio är intresserade av vårdinsatser. Dessa hjälpönskemål kan också beskrivas på en konkret nivå. De vill ha hjälp med:

1) **praktiska problem**, främst i form av en bostad men också sysselsättning. Många klienter beskriver hur hemlösheten gör att deras missbruk accelererar. ”*Det finns ingen hemlös som somnar utan alkohol eller droger i kroppen…*”, säger en klient.

2) **emotionella problem**, mot depressioner, ångest, skuldkänslor. Flera av de intervjuade uttrycker skuld inför vad de har gjort andra människor, närstående men också främlingar. När heroinet lämnar kroppen kommer skammen över vad man har ställt till med fram och vemodet över ett förspillt liv. Heroinet täcker över alla livets motgångar och problem. När heroinet går ur kroppen blir det viktigt att bearbeta känslor av ångest och skuld.

3) **missbruksproblem**, att lära sig att leva utan drogen är ett tredje viktigt önskemål som kommer fram.

Vi återkommer till intervjupersonernas hjälpönskemål i nästa kapitel.

4.4. Orimliga väntetider

Väntetiderna till vård beskrivs som orimligt långa. Flera av brukarna framhåller behovet av att gripa tillfället i flykten. Diana säger:

”När missbrukaren vill ha hjälp då ska missbrukaren få hjälp. Dom ska inte säga ”vänta två veckor, vänta fyra veckor”… Då kan man vara död eller ha ändrat sig sextio gånger… Det kommer jag ihåg själv, jag gick ut på psyket och sa att jag måste ha hjälp. Då sa dom, du måste vänta… och sen tre, fyra dagar senare så är det inte så aktuellt..”

Socialarbetarna i Kristianstad betonar å andra sidan sitt specialistkunnande när det gäller vårdplanering. Klienterna har ofta för bråttom och behöver bromsas och förberedas inför en placering. Annars är risken stor att en person hamnar fel. Snabba lösningar ger, enligt dem, oftast negativt utfall. Varje avgiftning ska vara planerad och ha en ordnad uppföljning knuten till sig. Annars misslyckas den, menar socialarbetarna i Kristianstad.

Inom den sjukvårdsbaserade narkomanvården – Sahlgrenska och S:t Lars i Lund – finns en förståelse för behovet av akuta insatser. Flera av patienterna beskriver att de fått en snabb inläggning efter att informationssamtalet visat på en krisartad situation.

I missbruksarbetet saknas ofta personal som arbetar långsiktigt med motivation. Påfallande många av klienterna berättar att de själva har tagit initiativet till avgiftning. Det gör att många har hemmasnickrade uppföljningsprogram exempelvis ”börja på Komvux om ett halvt år” eller ”flytta hem till mina föräldrar, vara med min pappa på jobbet”. Även om planeringen förstärks med att ”gå på NA-möten” är den tunn. När avgiftningarna kräver att klienten har en fortsatt planering klar höjs tröskeln avsevärt, men möjligheterna att avgiftningen leder till en längre tids drogfrihet ökar enligt deltagarna i ett par av fokusgrupperna.

Ett par av männen beskriver att de har skapat sina egna metadonprogram under tiden som de har väntat på att få komma in i de officiella. De har fått tag i metadon i Danmark, ibland legalt via läkare, ibland på en svart marknad. Flera klienter hade svårt att se det klandervärda med att köpa illegal metadon när de förgäves hade köat i åratal för att få legal metadon. Överhuvudtaget när vi hör beskrivningar om att brukare använt metadon så är det för att tända av, inte för att använda som ett alternativt berusningsmedel. Metadon blockerar upplevelsen av heroin och är därför olämpligt att blanda med heroin. Vi har även exempel på en intervjuperson som berättar om att han förgäves försökt få underhållsbehandling med subutex. Nu försöker han undvika heroinet genom att använda subutex som han köper svart. Några intervjupersoner berättar dessutom om att de avgiftat sig själv med hjälp av svartköpt subutex.

4.5. Öppenvård

Öppenvård används som samlingsbeteckning för insatser av mycket skiftande karaktär. Den kan innebära ett samtal på en timme var fjortonde dag, men den kan också beteckna en verksamhet mellan nio och fem, från måndag till fredag. Terapeutiska samtal enligt den lösningsfokuserade modellen är en gles öppenvårdsmodell, subutexnedtrappningen på avdelning 1E vid S:t Lars i Lund är ett exempel på en tät, resursintensiv öppenvårdsinsats.

Öppenvård kan vara den primära insatsen mot ett drogmissbruk. Den kan bygga på skiftande terapeutiska modeller och den kan byggas på med s.k. substitutionsbehandling, dvs. att metadon eller subutex förskrivs till patienten. Öppenvård kan också användas som en uppföljning efter institutionell behandling. Flera klienter anser att socialtjänsten har orimliga föreställningar om att öppenvård som primär insats kan klara ett heroinmissbruk. Lösningsfokuserad öppenvård är exempelvis alltför kraftlös, menar en av heroinmissbrukarna. Erfarenheterna från Rådgivningsbyrån i Lund visar dock goda resultat för heroinmissbrukare av öppenvård som uppföljning av institutionsvård (i ena fallet Dianova, i andra Resurs).

Kristianstad är en av de svenska städer som lägger störst tonvikt vid öppenvård. Vid årsskiftet inrättades Carpe Diem som en vårdresurs för heroinmissbrukare. En av brukarna påpekar att det inte är några heroinister som går där. Inför starten av Carpe Diem engagerades missbrukare i en fokusgrupp och fick ge förslag på lämplig verksamhet. Hur kom det sig att de inte i stället föreslog ett lokalt subutexprogram, vilket skulle vara i enlighet både med heroinisternas preferenser och forskning och beprövad erfarenhet (SBU 2002)? Möjligen hade det med sammansättningen av fokusgruppen att göra. Många brukare i vår undersökning har positiva upplevelser av tolvstegsbehandling, men de allra flesta av dessa har ett amfetaminmissbruk.

4.6. Institutionsvård

De som har kontakt med avgiftningarna är genomgående positiva till dessa. Det gäller såväl avgiftningen i Malmö som avd.1E på S:t Lars i Lund[11] och avd. 83 på Sahlgrenska. Men några av patienterna på 1E berättar om negativa erfarenheter av medicineringsschemat på Avgiftningen i Malmö. Subutex uppfattas som ett mycket bättre nedtrappningsalternativ än kombinationen catapresan och doloxene som används i Malmö. 1E patienterna är positiva till att de ges ett ökat ansvar för sin egen vård genom att behandlingen ges i öppenvård och de kan bo kvar hemma.

11. Vi beskriver avdelning 1E i detta avsnitt, trots att det är en öppenvårdsinsats, eftersom man arbetar med avgiftning,

Några av patienterna på S:t Lars och Sahlgrenska uttrycker också uppskattning över att de tagits in i ett akut läge. Men problemen visar sig dyka upp när patienterna ska slussas ut efter avgiftningen. I Göteborg stannade patienterna inne extra länge för att uppföljningen inte var klar, i Lund gick patienter i flera fall ut till så gott som ingenting efter avslutad avgiftning. *”Jag köar till subutexprogrammet i Lund och väntar på att börja på Komvux till hösten.”,* berättar en man som får bo hos sin far så länge han kan hålla sig drogfri, men sedan går ut i hemlöshet. Bristen på uppföljning efter avgiftningen gör att många misslyckas med att genomföra avgiftningen. Varför ska man stanna kvar när medicinen är nästan utsatt om man inte har något vettigt att ta sig för efteråt?

De inskrivna på Boendebasen i Kristianstad och Utrednings- och Motivationsenheten i Halmstad är positiva till personal och verksamhet. De anser att insatserna har medfört att de kunnat lämna missbruket, åtminstone tillfälligt och de blir vänligt och respektfullt bemötta av personalen.

Flera som tidigare har varit på tolvstegsprogram som Pro-Krami, Provita och Resurs beskriver den behandlingen i positiva ordalag. Även om de återfallit i missbruk till slut har de haft drogfria månader efter vården, vården har fått dem att upptäcka NA och AA, och de har fått redskap för att förstå sitt drogmissbruk.

Kritik framkommer mot vårdgivare att vården ”inte ger något” och att vårdgivarna ”inte kan tillräckligt”. För dem som varit iväg till intensiva tolvstegsprogram blir glesa behandlingsprogram med tonvikt på praktiskt arbete eller vila inte särskilt trovärdiga. Det måste märkas att man är i behandling. En del intervjupersoner ger uttryck för att de känner sig ”lurade” då de kommer till institutioner där personalen är oengagerad och där det förekommer att de intagna använder droger, detta gäller särskilt LVM-vården.

En brukare och hans nyfunna flickvän tvingas lämna behandlingshemmet för att de har inlett ett kärleksförhållande. För mannens del innebar det att han fick återuppta sitt fängelsestraff, eftersom han var placerad inom ramen för kontraktsvård. Straffet för förbjuden kärlek var med andra ord högt. Hur stor andel av kvinnorna på blandade institutioner har genom åren blivit utskrivna p.g.a. parförhållanden? Vi har hört talas om denna typ av utskrivningar många gånger tidigare, under den tid vi själva arbetade i narkomanvården.

Vi intervjuar två personer som har blivit utskrivna från metadonprogrammen. De tycker att de har blivit alltför hårt behandlade vid utskrivningen och att de har fått vänta för länge på att komma in igen. Även nedtrappningen är de kritiska till. Olle berättar att när han skrevs ut från metadonprogrammet fick han en nedtrappningstid på en månad, men hade behövt fyra till sex månader för att bli uttrappad på metadon.

”Det är inte som heroin, tio dagar. Fyra månader hade jag då jag mådde riktigt risigt. Jag gick och köpte metadon i Köpenhamn och här för att få väck abstinensen. Det gick inte att få bort med heroin, ju. Metadonabstinens är hemsk, den är grym. Jag har aldrig varit med om något så drygt.”

Utskrivningsanledningen var för den ene mannen sidomissbruk, för Olle en dom för narkotikainnehav. En kvinna blev utskriven från ett subutexprogram, eftersom hon misstänktes för ett egendomsbrott. För samtliga tre innebar utskrivningen återgång till fortsatt intensivt heroinmissbruk.

4.7. Brukarna om tvånget

Hur ser brukarna på tvångsvård enligt LVM? Finns det något intresse från brukarnas sida av s.k. homeriskt tvång, dvs. att frivilligt låsas in för tvångsvård under en månad för att avgiftningen garanterat skall bli genomförd[12]? Vid slutet av månaden skall klienten få välja på fortsatt kvalificerad, frivillig vård eller att välja sina egna vägar. Avgiftningen förutsätts genomföras på ett humanitärt sätt.

Tyvärr låg frågan sent på frågelistan och hanns inte alltid med. Ytterligare en anledning till att vi avstod från att ställa frågan till halva gruppen var att vi kände det som ologiskt att tillfråga personer om frivilligt tvång, som under samtalet ingående hade beskrivit sin kamp för att få vård överhuvudtaget.

Något fler är positiva till tvång än de som är negativa, 21 jämfört med 14. Även de som själva varit föremål för tvångsvård har fler positiva (= 6) till tvånget än negativa (=4). Men det är bara sju av de 35 tillfrågade som anser att de själva under någon period av sitt missbruk hade behövt tvång.

12. Beteckningen homeriskt tvång knyter an till den grekiske författaren Homeros hjälte Odysseus. Denne lät binda sig vid masten när hans skepp passerade sirenerna för att kunna motstå deras sång, som lockat många sjöfarande i fördärvet. Hans besättningsmän hade vax i öronen och hörde vare sig den ljuvliga sången eller Odysseus enträgna befallningar att släppa honom loss och styra kursen mot sirenerna.

	Egen erfarenhet av tvång (LVM eller LVU)	Ej tvångs-erfarenhet	Summa:
Negativ till tvång	4	10	14
Andra kan behöva tvång men inte jag	2	9	11
Också jag har i perioder behövt tvång	4	3	7
Tveksam	0	5	5
Ej tillfrågad	0	8	8
Negativ till homeriskt tvång	1	1	2
Positiv till homeriskt tvång	3	13	16
Tveksam	1	4	5
Ej tillfrågad	5	17	22
Summa:	10	35	45

Tabell 14; Intervjupersonernas syn på tvånget.

Halva gruppen tillfrågades också, som nämnts, om hur de såg på ett s.k. homeriskt tvång, dvs. att klienten själv ber om tvångsvård under en månad och sedan kan välja mellan att gå ut i frihet eller gå in i fortsatt vård. Sexton av 23 tillfrågade var positiva till homeriskt tvång, men det var få av dessa som hypotetiskt hade efterfrågat vårdformen för sin egen del.

En splittrad helhetsbild, men många betonar att beslutet att upphöra med ett missbruk är ett personligt val. ”*Ingen kan tvinga någon annan till att sluta knarka.*”, är ett återkommande argument.

4.8. Eftervården

Många intervjupersoner kopplar tidigare vårdmisslyckanden till brister i eftervården. Flera ger exempel på att de efter avgiftningar och behandlingar mötts av oförändrade situationer vad det beträffar t.ex. bostäder och sysselsättning. Mattias beskriver hur han återkom till hemstaden efter sex månaders LVM utan någonstans att bo, till absolut ingenting. ”*Så jag åkte hem och bankade i mig med en gång”.* Men enbart bostad är inte tillräckligt. Jakob som nyligen har lämnat ett behandlingshem beskriver ensamhet och tristess i sin nya, drogfria tillvaro.

> ”*Har precis blivit placerad i lägenhet här när jag kom hem. Jag kan nästan ingenting annat än att knarka, så jag sitter där mest som en jävla dåre. Det blir skumt. Jag är van att vara påtänd 24 timmar om dygnet,*

flyga omkring alltså. Man blir som en pensionär. Kabel-tv. Nescafé. Cigaretter. Så sitter man där rätt upp och ner".

I fokusgruppen i Halmstad träffar vi Peter, som har ett förflutet som tung missbrukare och nu arbetar i en klientorganisation, Våga va. Han ser eftervården som oerhört viktig. De verkliga svårigheterna kommer när man kommer hem från behandling. "*Kommer du i fel umgänge är det bara en tidsfråga innan du plockar upp droger igen".* Den organisation som han varit med att grunda, Våga va, står för en drogfri gemenskap, och hämtar sin inspiration från NA och AA. Självhjälpsorganisationen NA är ett självklart alternativ för många men inte för Jakob som citatet ovan kommer ifrån. NA är olika starkt på olika platser i Sverige. Särskilt i Malmö och Lund är NA ett verkligt alternativ med gott rykte för många, men exempelvis i Göteborg förefaller organisationen ha mindre genomslagskraft, av våra intervjuer att döma (jfr också Skårner 2002).

4.9. Synen på socialtjänsten

Flera klienter klagar på att de inte har fått gehör för sina vårdönskningar. Ett exempel är Markus som har stort förtroende för tolvstegsbehandling och som placerades på ett behandlingshem med annan inriktning.

"*Jag blir inte av med mitt missbruk genom att kratta löv. Det vet väl alla att såna behandlingar inte fungerar. Utom socialförvaltningen som aldrig gör några utvärderingar av någonting. Jag var negativ redan när jag kom dit.*"

Gemensamt för Markus och Jörgen (som också kände sig överkörd av socialtjänsten vid placeringen) är att de hade negativa förväntningar på behandlingshemmet från början. När placeringarna sorgligt nog blev mindre lyckade innebar nederlaget att de fick rätt gentemot socialtjänsten. Konklusionen blir att de är viktigt att klienterna känner att de har ett avgörande inflytande över vårdplaneringen. Det är deras liv det handlar om.

Av sex klienter i stad A har fem övervägande kritiska synpunkter mot socialtjänsten. Främst rör kritiken att socialsekreterarna inte är lyhörda för klienternas vårdönskemål. Av klienterna från stad B har fem tillfrågats om sin syn på sin socialsekreterare. Samtliga ger en positiv eller mycket positiv bild av sin handläggare. I båda fallen ger brukarna en positiv bild av de som står för den direkta vården, terapeuter och vårdpersonal. Har B en mer klientcentrerad modell av behandlingsplanering än A? I övriga städer är antalet kritiska och berömmande röster ganska jämnt fördelade.

Även om många är kritiska så finns det en majoritet som ger en positiv bild av sin socialsekreterare (18 av 31). Här finns det anledning att vara varsam med generaliseringa-

rna med tanke på att de flesta som vi har intervjuat har varit inne i någon form av vård. Därmed uppfyller de förväntningarna som socialtjänsten kan ha - de är visserligen missbrukare men de försöker göra något åt sitt missbruk. Av dem som är i aktivt missbruk är det ingen som utdelar något beröm till socialtjänsten.

4.10. Sjukvården

Mötena med akutpsykiatrin är oftast negativa. *”Dom är jävligt snabba på att skylla allt på drogerna och sedan köra iväg en.”*. Möjligen beror bemötandet delvis på vem det är som söker, ett par av de prydligaste männen beskriver positiva erfarenheter. Oavsett graden av psykiska problem som personer söker för - om de blir kategoriserade som missbrukare vill psykiatrin hålla dem utanför och hänvisar till beroendevården. Också att vara inlagd för avgiftning på en psykiatriavdelning beskrivs i allmänhet i kritiska ordalag. I kroppssjukvården blir man sämre behandlad när man ses som missbrukare än annars.

Samtliga som har haft kontakt med sprutbytena i Malmö och Lund berömmer dessa. En viktig del i uppskattningen är att de blir respektfullt bemötta, en annan att behovet av nya sprutor är stort eftersom de har förbroskade vener och är svårstuckna. Flera av intervjupersonerna som är i kontakt med sprutbytesverksamheterna berättar att personalen på sprutbytena hjälper dem med mycket mer än att ge dem rena sprutor, t.ex. uppmanas de att minska eller upphöra med narkotika. Sprutbytena i Malmö och Lund tar emot missbrukare från en stor del av södra Sverige. En del av våra intervjupersoner i t.ex. Halmstad och Göteborg har använt sprutbytesverksamheterna.

4.11. Vår kommentar

För närvarande pågår stora förändringar av heroinavgiftningarna. Den tidigare nedtrappningsmodellen med catapresan-doloxen-sömnmedicin har på många ställen ersatts av subutexnedtrappning. Det gäller avgiftningarna på S:t Lars i Lund, på Sahlgrenska och på sjukhuset i Halmstad. Även inom tvångsvården har flera LVM-institutioner gått över till att avgifta med subutex. Förändringen välkomnas av heroinmissbrukarna som äntligen tycker sig ha fått effektiv hjälp mot abstinensens plågor. Avgiftningen i Malmö håller i april 2003 fortfarande fast vid den gamla modellen, vilket har lett till att färre heroinmissbrukare söker vård där. Det är rimligen en tidsfråga innan också Malmö får anpassa sig till den nya nedtrappningsmodellen. PIVA i Kristianstad följer också Malmös modell och har tappat patienter till S:t Lars i Lund.

När avdelning 1E i Lund lämnade den resurskrävande dygnsvården och gick över till dagvård innebar det närmast en revolution i avgiftningstänkandet. Förändringen kom till eftersom man hade svårt att rekrytera personal men har visat sig attrahera patienter i hög utsträckning. Vi har talat med ett tiotal personer som har erfarenhet av avgiftning

på 1E, och de ger entydigt verksamheten ett högt betyg. Men det finns också kritik från brukarhåll mot den nya modellen. Flera menar att avgiftning i öppenvård utestänger den tyngsta gruppen, och de som inte har ordnade bostadsförhållanden. Vi kan också konstatera brister i samordningen. Avdelningen tar in patienter utifrån deras vårdbehov, inte som traditionellt har skett inom missbrukarvården, när det finns en vårdplan som innehåller kvalificerad uppföljande vård. Carina får vänta i veckor fast hon har en vårdplats som står och väntar, samtidigt som Ingvar som inte har någon uppföljande planering tas in, eftersom han har köat längst. Rättvist men möjligen inte så ändamålsenligt.

Subutex har en positiv nimbus bland heroinisterna. Äntligen en medicin som hjälper mot heroinabstinensen, ja den lindrar till och med abstinensen från bensodiazepiner, den tar bort suget efter heroin. Men på många orter saknas det subutexprogram som underhållsbehandling. I Halmstad fanns ett intresse både från sjukvård och socialtjänst att ordna ett sådant. I Göteborg har företrädare för socialtjänsten hittills stoppat sjukvårdens planer på att bygga ut substitutionsbehandling med metadon och subutex. I Kristianstad har man nyligen startat en öppenvårdsverksamhet riktat mot heroinmissbrukare som inte tillhandahåller subutex med påföljd att få eller inga heroinmissbrukare lägger in sig där. Det exemplet reser en fråga. Hur har subutexens ankomst till vårdlandskapet påverkat möjligheterna att skapa intresse för drogfria vårdalternativ?

Vi vill hävda att det har inträffat ett paradigmskifte inom socialtjänsten (jfr Narkotikakommissionens betänkande, SOU 2000:126). Åttiotalets offensiva narkomanvård innebar att man försökte få alla som ville ha vård in i vård, oftast institutionsvård som på ett tydligt sätt satte en gräns gentemot det tidigare missbruket. Personer som var ambivalenta till vård försökte man övertala till vård genom s.k. motivationsarbete. I sista hand fanns en relativt omfattande tvångsvård som kunde tillgripas när någon som var i behov av vård avvisade vårdinsatser. Socialtjänsten blev en *pådrivare för vård*. Under nittiotalet förändrades bilden på flera sätt. Klienterna slussades nu in på öppenvård med mycket skiftande inriktning och intensitet i stället för till den jämförelsevis tydliga och avgränsade institutionsvården. Nu kunde en ung heroinmissbrukare som tidigare hade haft en självklar plats på institution i stället placeras i ett glest öppenvårdsprogram, t.ex. i form av samtal en timme i veckan. I stället för att socialtjänsten försökte motivera klienterna till vård blev det nu klienternas uppgift att övertyga socialtjänsten om att deras vårdintresse var äkta, att de var motiverade till vård. Med denna nya inriktning blev tvångsvård mindre aktuell och efterfrågan på LVM-platser sjönk. Socialtjänstens uppgift har blivit dels att styra över klienternas vårdönskningar från dyr institutionsvård till billigare öppenvård, men också att *bromsa vård* genom att försöka hålla omotiverade klienter ifrån sig. Den offensiva narkomanvården har blivit defensiv.

Avståndet mellan socialkontoren, avgiftningsklinikerna etc. och narkotikavärldarna är tydlig. Det saknas socialarbetare ute på fältet och systematiska kartläggningar genomförs sällan, vilket bidrar till bristande kunskaper om narkotikamissbrukarnas livs-

villkor och hur situationen ser ut bland t.ex. invandrare och kvinnor. Även utvärderingar av effekterna av vårdinsatserna saknas.

Dagens narkotikamissbrukare är inga krävande brukare. De som vi har intervjuat har i många fall tyst accepterat att de hamnat långt bak i vårdköerna. När protester har skett har dessa varit individuella och resultatlösa, som när en person som tvingats lämna metadonprogrammet skrev brev till Socialstyrelsens ansvarige för att förkorta tiden innan han fick en ny chans. Det finns inga brukarorganisationer i södra Sverige som för narkomanernas talan. I och med att narkomanvården har rustats ner på öppenvårds-sidan saknas ofta socialarbetare som har de kontakter och kunskaper som krävs för att koordinera avgiftningsplatser och uppföljande vård. Men i sista hand beror de långa vårdköerna på för få avgiftningsplatser, för få platser med substitutionsbehandling av metadon och subutex, otillräckligt utbyggda öppenvårdsprogram och kommunernas ovilja att bevilja hjälp till dyrbara (men ofta nödvändiga) institutionsvistelser.

5. Brukarna om sina möjligheter

5.1. Hanna

En avgörande grund för att människor som missbrukar narkotika ska kunna sluta med missbruket är givetvis att de är motiverade, d.v.s. att de vill och tror att det är möjligt. För att få en uppfattning om hur intervjupersonerna ser på sina möjligheter att förändra sina liv har vi frågat dem om vad de anser sig behöva för att kunna sluta med narkotika samt om hur de ser på framtiden.

> ”*Jag får ångest när jag slutar med droger.*”, berättar Hanna när vi pratar om vad hon behöver för att kunna förändra sitt liv. Hon är tjugosex år och har missbrukat heroin sedan hon var sjutton. Numera varvar hon heroinet med bensodiazepiner. Vanligtvis rohypnol, som vid intervjutillfället visar sig genom en tunn blåaktig färgning på hennes läppar. Hanna berättar att hon lärde sig använda narkotika på ett §-12 hem när hon var femton. ”*Innan dess hatade jag droger och det gör jag fortfarande. Det ska inte förstöra mitt liv, men man tar det för att man mår bra för stunden, för att hålla sig frisk. Heroin, det är en fysisk drog…*”, säger Hanna och utvecklar sin osäkerhet inför att försöka leva utan droger och varför hon idag sätter förhoppningar till att få subutex. Denna osäkerhet och tron på subutex ska förstås mot bakgrund av att Hanna sedan hon var sju år varit föremål för en rad samhälleliga behandlingsinsatser. Familjehem, ungdomshem, LVU, behandlingshem och ”*… tre gånger på LVM.*”. Efter att ha deltagit i en rad olika terapi- och behandlingsformer på behandlingshem och institutioner, där det dessutom ofta varit god tillgång på narkotika, utan att hennes missbruksproblem minskat ger Hanna uttryck för en viss skepticism till vad missbrukarvården erbjuder. Hennes bästa period i hennes vuxna liv var under det år hon fick subutex. Då hade hon lägenhet och pluggade på komvux. ”*Sen drog dom in subutexen för att jag hade med polisen att göra…*”, säger hon när hon berättar om att hon för ett år sedan fick avbryta subutexbehandlingen efter att ha köpt en stereo som visade sig vara stulen. Nu är hon återigen hemlös, vilket innebär att hon är utelämnad till människor som av olika anledningar

kan tänka sig att hon bor hos dem. ”*Han rör mig inte fysiskt, men psykiskt är han lite för mycket ibland. Han vill inte släppa mig…*”, säger hon om den medelålders man hon för närvarande brukar sova över hos. Hanna är trött på livet som heroinist och trots hennes skepticism mot missbrukarvården vill hon ha hjälp. Hon inser att hon måste få hjälp. ”*… jag vet att jag vill och kan och det här är inget liv att leva. Jag kommer att gå under om jag inte får hjälp. Jag vill verkligen komma ur det här. Det här är inte jag…*”. Men hon vill ha hjälp på sina egna villkor. ”*Jag är helt öppen för att gå i behandling, men man måste få tid. Man måste ta varje individ för sig, för alla är olika. Alla känner och tänker olika och behöver olika hjälp och sen behöver jag tillgång till en terapeut, sen skulle det hjälpa med subutex…*”. Även om mycket av Hannas tankar och energi går åt för att upprätthålla den dagliga tillvaron som heroinist tänker hon på framtiden. På frågan om hur hon tror att hennes liv ser ut om ett år svarar hon inte på vad hon tror, utan hur hon vill att hennes liv ska se ut. ”*Vad jag vill att det ska se ut, att jag har börjat studera igen, på någon folkhögskola, så är jag nästan klar med min grundskola. Jag kan bo hos någon, men ändå ha mitt eget, på ett behandlingshem kan det vara. Det ska vara frivilligt, men jag kan gärna lämna urinprov…*”.

Hannas fall som bildar inledning på detta avsnitt om hur intervjupersonerna ser på sina möjligheter att kunna förändra sina liv innehåller givetvis aspekter som är speciella för henne, men också sådana som återkommer i många av de andra intervjuerna. Vad hon har gemensamt med de flesta av de andra intervjupersonerna är att hon ger uttryck för en önskan om en förändring av livssituationen. Hon och många av de andra intervjupersonerna vill komma bort från jagandet efter pengar och droger. De önskar ett lättare liv, och för de allra flesta innebär det ett liv långt borta från narkotikakretsarna. De flesta har också i likhet med Hanna tankar och idéer om vad de behöver för att de ska kunna förändra sina liv. Men det finns också en ambivalent ton i Hannas sätt att uttrycka sig om sina möjligheter, vilket hon också delar med många av de andra intervjupersonerna. De vill, men vågar inte riktigt tro på att det ska gå. De flesta har erfarenheter av missbrukarvård som av olika skäl inte gett avsedda resultat. Varför skulle det fungera nu, när det inte fungerat tidigare? Ibland har misslyckandena underlättats av att intervjupersonerna har mött behandlingsverksamheter med kompromisslösa krav utan symptomtolerans, där återfall i missbruk eller kriminalitet medföljt utskrivning. Att Hanna gjorde sig skyldig till häleri medförde att hon stängdes av från sin subutexbehandling och i hennes fall gav programmets krav obarmhärtiga konsekvenser.

5.2. Vad anser intervjupersonerna att de behöver för att kunna förändra sina liv?

När intervjupersonerna berättar om vad de behöver för att kunna sluta med narkotikamissbruket framträder olika teman. Ett tydligt tema i många av intervjuerna kan man benämna ”trygghet”. Det handlar om att en stor del av intervjupersonerna lyfter fram

betydelsen av egen bostad och ett drogfritt socialt nätverk, som ju är viktiga grundstenar för att kunna välja att leva ett tryggt liv utan narkotikamissbruk (se t.ex. Kristiansen, 1999; Blomqvist, 2002). ”*Stöd och hjälp på alla sätt, från alla, min familj och alla och ett boende.*”, svarar Ella när hon blir tillfrågad om vad hon behöver för att kunna leva utan heroin. En stor del av intervjupersonerna saknar eller har en mycket svag förankring på bostadsmarknaden. Sex av de tio kvinnorna och 15 av de 35 männen är hemlösa. Att hemlöshet i olika avseenden innebär en stor otrygghet (se t.ex. Swärd, 1998) har de konkreta erfarenheter av. De har också insikt i svårigheterna med att leva drogfritt utan att ha en egen bostad. ”*Det krävs att man har bostad om man skall klara det. Man går ju inte och lägger sig mitt i vintern i en trappa utan droger. Den människan är inte född än…*”, uttrycker Kaj det med. Idag har han en egen lägenhet och han är drogfri sedan sex månader. Men efter att tidigare ha levt som hemlös narkoman i Malmö vet han vad han talar om. Ola har också kunskaper om hemlöshetens konsekvenser:

> ”*Får jag en lägenhet och lite möbler så lägger jag av med allt. Det är lögn i helvete att bo på härbärget om man vill bli drogfri. Det är blandat med allt, det är alkoholister, det är vi, sen är det jonkarna och tablettmissbrukarna, så det är väldigt jobbigt…*”

Ytterligare ett exempel ger Bosse som säger att om han ska kunna leva utan amfetamin så behöver han:

> ”*… ett stabilt umgänge med folk att prata med om annat än knark, som har lite intresse av till exempel idrott, som att jag går på gym till exempel. Sen behöver jag hjälp med att få egen bostad.*”

Många av de intervjupersoner som missbrukar heroin bygger på trygghetstemat med en aspekt som handlar om att de dessutom behöver trygghet mot ”suget”. Om man fått chans på chans, men ändå fortsatt med missbruket är det inte så konstigt om man tänker att heroinet har en kraft som är starkare än den egna viljan. Då kan subutex eller metadon bli en trygghetsfaktor, som ger förhoppningar om att kunna leva ett ordnat och missbruksfritt liv. Till exempel berättar Lena följande om vad hon behöver för att kunna eva ett drogfritt liv:

> ”*Ja, jag har ju kämpat för den här subutexen, det tar bort suget och jag kommer igång med livet, i och med att jag har försökt med så många behandlingar. Ja, sen boende, men soc har inga lägenheter nu och de dom har är uthyrda, men eget boende betyder mycket också.*”

De flesta av heroinmissbrukarna är betydligt mer positiva till subutex än till metadon som underhållsbehandling. Det finns dock några intervjupersoner som ställer sina

förhoppningar till metadonet och Micke är en av dem. Han säger: ”*Metadon, boende, sysselsättning. Jag tror jag är på väg att fixa det som behövs. Det krävs medicin som det ser ut för mig nu.*”.

Ett annat tema som framträder när intervjupersonerna berättar om vad de behöver för att kunna förändra sina liv kan benämnas ”meningsfullhet” eller ”en ny mening”. Efter att under år, ibland i många år, ha ägnat en stor del av sin tid åt att ordna pengar och droger blir det viktigt att fylla sin tillvaro med en ny mening, och som är meningsfullare. Detta ger Jakob uttryck för när han säger: ”*Om du ska sluta använda narkotika måste du hitta en sysselsättning du tycker om och sluta att tänka på narkotika.*” Dan säger: ”*Ett jobb jag trivs med, nytt boende, miljöombyte, behandling ett par månader på Resurs, sedan gå på NA...*”. För Dan och en del av de andra intervjupersonerna bidrar NA och tolvstegsfilosofin till att ge ny mening åt deras liv. Förutom att det ger dem förklaringar till varför de missbrukat droger och till hur de ska gå tillväga för att inte börja missbruka igen upplever de gemenskap med andra som har liknande erfarenheter som de själva. ”*Just nu krävs bara mat för dagen och en skön varm säng och tak över huvudet. Jag kräver inte mycket, jo, och att gå på NA…*”, säger Diana om hur hon ska kunna bygga vidare på sin månadslånga drogfrihet.

Ett tredje tema som intervjupersonerna ger uttryck för när de berättar om vad de behöver för att ändra sina liv är ”värdighet”. Att leva som narkotikamissbrukare medför ofta en rad konsekvenser som ger känslor av skam och ovärdighet. Det kan handla om att man är hemlös, att man måste stjäla, att man blir tvångsomhändertagen, att ens barn blir familjehemsplacerade etc. Så när intervjupersonerna nämner att de vill ha hjälp med t.ex. en egen bostad, så handlar det inte bara om att de behöver någonstans att bo, utan också om att i vår kultur så är ett hem något som är karaktäristiskt för ett ”värdigt” liv. När Alexander svarar på frågan om vad som skulle behövas för att han skulle sluta med heroinet så framträder värdighetsaspekten: ”*Stöd, stöd av samhället. Jag vill ha tillbaka mitt körkort. Du förstår nu är jag bara en halv man. Jag har inget körkort. Jag har inget jobb, ingen inkomst…*”. Ett annat exempel kommer fram i intervjun med Mehdi när han säger:

> ”*Det som är viktigt för mig nu är att jag klarar mig mer och mer på egen hand, det är en sak som är klar. Det som är viktigt, jag har ju ingen utbildning mer än gymnasiet och man måste ju utvecklas. Det måste finnas mer arbetsmöjligheter, sysselsättningsmöjligheter, det skulle samhället ställa upp med mer…*”

När Kent besvarar frågan om vad han behöver för att kunna leva utan droger blir det tydligt att det också är en fråga om värdighet. Han berättar om hur det kändes för honom när han efter att ha avslutat en behandling återvände till sin hemkommun och blev hänvisad till en i det närmaste tom lägenhet. Det är inte utan viss bitterhet mot socialtjänsten som han säger.

”*Det enda jag begärde när jag kom därifrån var att jag skulle få hjälp, en normal lägenhet. Den där lägenheten jag fick var bara på prov i sex månader, sen skulle jag få flytta igen. Dom kunde väl ha fixat mig en liten etta med TV och lite möbler och jag kunde väl åtminstone fått ett startpaket från IKEA…*”

När Solveig säger ”*Jag vill ha tillbaka mina barn…*” är det inte bara ett uttryck för hennes kärlek till sina familjehemsplacerade barn, utan det kan också tolkas som ett uttryck för att det skulle ge henne tillbaka en del av den värdighet som försvann när hon inte längre ansågs vara kapabel att ta hand om sina egna barn.

Solveig talar inte bara om att hon vill ha tillbaka sina barn då hon försöker beskriva vad hon behöver för att förändra sitt liv. I intervjun med henne tydliggörs dessutom ett fjärde tema, nämligen ”ambivalens”. Ambivalensen handlar om att även om många av intervjupersonerna önskar ett missbruksfritt liv ger de uttryck för osäkerhet om de vill det och om det är möjligt för dem att uppnå det. Solveig säger:

”*Jag bara hoppas att jag gör det jag ska. Det är att våga satsa helhjärtat igen. Men det är så jävla jobbigt, så jag är vacklande. Det är inte så lätt, jag kan fortfarande inte sova på nätterna och det går inte en dag utan att jag har en kriminell tanke i huvudet. Det är det som är jobbigast…*”

När John får frågan om vad han behöver för att leva utan narkotika säger han:

”*Jo, det har jag tänkt mycket på och just nu har jag inte så mycket svar på det för tillfället. Jag vet inte riktigt vad som krävs för jag kommer på mig ofta med att jag tänker, ”… sen när jag börjar igen”. Jag vet inte riktigt, förmodligen måste jag vänja mig vid det här livet som jag ska börja leva nu, för just nu är allting jäkligt tråkigt. Man har inte lika många vänner och jag vet inte alls hur jag ska få tiden att gå. Allt är tråkigt, men jag hoppas att jag får nya saker att göra. Det är svårt att säga att jag aldrig mer ska knarka.*”

Ett annat exempel på ambivalens inför möjligheterna att sluta med narkotika ger Filip när han besvarar frågan om vad han behöver för att lämna drogerna bakom sig:

”*Jag har ju inte bestämt mig för att jag ska, men en flickvän och sådana grejer, fast det är ingen garant heller, jag vet inte, men det finns så många möjligheter eller risker att jag skulle börja igen, så jag vill inte, man kan inte vara helt säker. Det enda är väl att jag verkligen bestämmer mig, men*

det har jag gjort så många gånger och sen fallit dit igen. Jag vet inte om jag faller dit imorgon…"

5.3. Hur ser intervjupersonerna på sina framtidsmöjligheter

Intervjupersonerna syn på sina framtidsmöjligheter fokuserades genom frågan om hur de tror att deras liv ser ut om ett år. Att framtidssynen ofta påverkas av hur nusituationen ser ut (se t.ex. Kristiansen, 1999) framgår tydligt av deras svar. De mest resignerade svaren gavs av en del av dem som befann sig i ett aktivt narkotikamissbruk och som hade svag förankring på såväl bostads- som arbetsmarknaden. En av de mest resignerade och mest utsatta intervjupersonerna var Kajsa som svarade: "*I och med att jag har hiv och att jag kan dö när som helst så vet jag inte…*". En annan av de resignerade är Bertil. Han är hemlös och han säger att det därför är svårt att upprätthålla hygienen. "*Det känns ibland som att detta är det sista kapitlet i den bok jag lever…*", säger han. Även Kent, som inte använt tung narkotika på tre år, men som trots det haft svårt att få en plats på arbetsmarknaden, tillhör de som ser med resignation på framtiden.

"*Det vet man aldrig, jag tror att jag får förtidspension. Det blir väl det, för allt är så hopplöst. Helst skulle jag vilja ha ett jobb, men det går ju inte. Det kommer väl att bli som vanligt…*"

En viss resignation, eller åtminstone sorglöshet, ger Jakob uttryck för när han säger: "*Jag jobbar eller annars går jag på heroin. Det är en ganska skön drog.*".

Många av intervjupersonerna ser dock med hoppfullhet på framtiden. Några ger uttryck för en tämligen reservationslös hoppfullhet. Glenn som befinner sig på avgiftning och har förhoppningar om att få komma till ett behandlingshem säger: "*Då är jag drogfri. Det är jag säker på. Har tillbaka min tjej. Jag pluggar, tror jag. Jag vill bli behandlingsassistent och jobba med ungdomar.*". De flesta av de hoppfulla ger dock uttryck för det med en viss försiktighet. "*Då hoppas jag att jag ska ha min egen lägenhet och sysselsättning och att jag är drogfri förutom subutexen. Den kommer jag att behöva ett tag tills jag känner mig trygg, men jag har bestämt mig…*", säger till exempel Lena som nyligen fått löfte om att hon ska få underhållsbehandling med subutex. Zoran, som har missbrukat heroin har varit drogfri i nästan ett år. Han har nyligen flyttat in i en egen lägenhet efter att ha genomgått behandling som han är mycket nöjd med. När han får frågan om hur han tror att hans liv ser ut om ett år säger han:

"*Jobb, lägenhet, flickvän och jag är fortfarande drogfri, men grejen är att man ska vara försiktig. Alltså jag vill leva ett drogfritt liv och det tror jag*

att jag kommer att göra. Men så bra jag har det nu, det har jag aldrig haft det och det blir bara bättre och bättre, bara man tar det lugnt och tar en dag i taget. Nu är jag på rätt väg, men det är osäkert. Man är nervös, allting är nytt…"

Den försiktiga hoppfullheten visar sig också när Leslie svarar på frågan om framtiden: "*Förhoppningsvis har jag ett stabilt jobb och en stabil inkomst, körkort, är drogfri. Jag har kanske träffat en fin kvinna. Olika puzzelbitar har kommit i plats i mitt liv…*".

En annan form av försiktig hoppfullhet inför framtiden ger de av intervjupersonerna uttryck för, som gör det med reservation för att vissa villkor uppfylls, t.ex. att de får den hjälp de önskar. Max, som sedan ett år har arbetat hårt för att få underhållsbehandling med subutex, säger:

"*Om jag skulle få subutex så skulle jag kanske plugga på universitetet och skulle ha kraft och lust att ta om alla dessa år… Men får jag inte subutex så vet jag inte vad som händer, ibland har jag tänkt att göra något betydelsefullt…*"

Ann-Christin, som ganska nyligen flyttat till ett nytt samhälle med sin sambo, anger inte lika ödesmättade reservationer som Max när hon pratar om hur hon tror att hennes liv ser ut om ett år:

"*Jag har kanske slutat då, men det är ganska nytt som vi har det nu, så det hänger lite på hur det går med grannar och så. Det beror ju lite på hur man blir accepterad, för går det så långt att man blir hembjuden och känner att man ska bjuda tillbaka, då passar inte det här in liksom. Jag skulle inte kunna hålla på om jag hade relationer till vanligt folk, för jag kan inte hyckla med det…*"

6. Fokusgrupperna

> Vi har arbetat fram en bra modell på Våga Va och har kunnat hjälpa många missbrukare. Vi erbjuder ett livsinnehåll och en ny gemenskap. Det största problemet är inte att sluta med missbruket. Det är att ta sig tillbaka in i samhället. Vi visar vad vi har gjort för att sluta missbruka. Vi ger ett alternativ och exempel. Så arbetar vi med att den enskilda människan ska lära sig att ta sitt eget ansvar. Då växer självkänslan, vilket är oerhört viktigt. Men vi kan bara erbjuda hjälp för dem som själva vill komma ifrån sitt missbruk. Det finns en grupp som inte vill sluta missbruka. De kommer gärna in en månad för att vila upp sig, så går de ut och kör ett race igen. De vill inte sluta missbruka. De går upp på socialen för att de vill ha pengar till sitt missbruk. För dem är socialtjänsten och fängelserna stora möjliggörare för dom är bundna av sina lagar (Peter, en av grundarna till självhjälpsorganisationen Våga Va i Halmstad.)

Tre fokusgrupper har genomförts med deltagare från Halmstad, Karlshamn och Kristianstad. I sammansättningen av grupperna har vi tagit med viktiga aktörer i arbetet mot narkotikamissbruk - socialtjänsten, polisen, kriminalvårdens frivård, psykiatrisk narkomanvård, lokala behandlingsprogram och frivilliga organisationer. I Karlshamn deltog också en representant från tullen och stadens folkhälsosamordnare. Med hjälp av materialet från fokusgrupperna vill vi belysa hur tjänstemän och organisationsföreträdare i svenska städer resonerar om viktiga narkotikafrågor. De ståndpunkter som förs fram säger inte bara en hel del om situationen i tre svenska kommuner utan också något om det sociala landskap, det samhälleliga kontext som finns runt narkotikamissbruket i Sverige överhuvudtaget[13].

6.1. Vad är viktigast för att motverka narkotikamissbruket i er kommun?

Fokusgruppen i **Karlshamn** anser att primärpreventiva och kontrollerande insatser är viktiga för att motverka utvecklingen av narkotikamissbruket. ”*Vi måste hindra nyrekrytering bland ungdomar…*”, säger en i fokusgruppen som förespråkar såväl betydelsen av ANT-information som att få ta urinprov på skolelever. ”*Att man inte får ta*

urinprov på barn under 15 år är en katastrofal miss…”, säger en av polisens företrädare.

Karlshamns folkhälsosamordnare, säger:

> ”*En motkraft som är välutvecklad här i kommunen är de åtta fritidsgårdar som vi har med kommunalt anställd personal, i en kommun med 32 000 invånare. Ganska unikt. Det finns verksamheter för ungdomar på vardagskvällarna här. Men en viktig grupp att nå är föräldrarna. De behöver bli mycket mer tydliga, mycket mer engagerade, mer ansvarstagande i värderingar och attityder.”*

Folkhälsosamordnaren har också förhoppningar på kommunens nya drogpolitiska handlingsprogram som man håller på att arbeta fram: ”*Det är viktigt med visioner, viktigt med handlingsplaner för att nå mål.*”.

Deltagarna i fokusgruppen är också överens om att det behövs ett förbättrat samarbete mellan olika myndigheter för att bättre kunna motverka narkotikamissbruket i kommunen. Detta är inte minst viktigt med tanke på att alla myndigheter varit föremål för nedskärningar i sina verksamheter.

I **Kristianstad** framhåller polisens representant att det är viktigt att engagera föräldrarna. Ett sätt att göra det är genom s.k. föräldrautbildningar. Han betonar också betydelse av att nå ungdomarna i tid innan de börjar använda narkotika. Även psykakutens representant lyfter fram föräldrarollens betydelse: ”*Viktigt att få med föräldrarna och öka deras kunskaper, så att de vågar vara föräldrar.*”. En av socialtjänstens representanter efterlyser mer ANT-undervisning i skolorna. Hon säger:

---

13. Under våren 2003 genomförde socialstyrelsen en kartläggning av den svenska narkomanvården. Den byggde på en elektronisk enkät till kommuner och landsting. Vi citerar från sammanfattningen: ”Trots att de större kommunerna och landstingen i ganska stor utsträckning utnyttjar en bred flora av resurser finns en påfallande otillfredsställelse över resursläget. En mycket hög andel av dem menar att tillgången till olika resurser antingen är något otillräckliga eller mycket otillräckliga. På kommunsidan är resursbristerna särskilt uttalade vad gäller olika former av boenden, avgiftning och verksamheter för metadon- eller subutexbehandling. Inom landstingen pekar man på ungefär samma brister, men framhåller särskilt eftervård, psykosocial behandling och mellanvård som eftersatta områden” (Socialstyrelsen 2003:6). Som kommer att framgå av detta kapitel passar Karlshamn, Kristianstad och Halmstad väl in i den beskrivningen.

”*Jag är lite rädd för inställningen att man kan reglera allting medicinskt håller på att bredda ut sig mer och mer. En risk i det är att alkohol och narkotika bara blir en del i detta, de är ett allmänt accepterande att läkemedelsindustrin skall lösa våra problem.*”

Frivårdens representant menar att det är viktigt att det finns vuxna i ungdomarnas miljöer. En av socialtjänstens representanter säger också att det är viktigt att motverka både utbud och efterfrågan på narkotikamarknaden och i det arbetet spelar polisen en viktig roll.

Också i fokusgruppen i **Halmstad** anlägger deltagaren från polisens narkotikarotel ett brett förebyggande perspektiv när det gäller att motverka narkotikamissbruk. ”*Grunden är att ungdomar lär sig att läsa och skriva ordentligt. Att skolorna får de resurserna att de kan ge ungdomarna ett självförtroende”*. Han pekar också på de tydliga sambanden mellan narkotikamissbruk och brottslighet. ”*Kan vi lyckas med att få färre som blir missbrukare så slipper vi en stor del av vår vardagsbrottslighet.”*. Och det är skolan som har en central roll för att förhindra nyrekryteringen till missbruk. Fler i gruppen håller med om att misslyckanden i skolan är en vanlig drivkraft till missbruk. ”*Man känner skam för att man misslyckas”*, säger den andre polisen och representanten från Våga Va fyller i ”s*kam är en drivkraft för allt missbruk”*. Socialtjänstens deltagare instämmer i att det bästa naturligtvis är att unga människor säger att de inte vill ha narkotikan. Men det gäller också att ha attraktiv vård att erbjuda. ”*Om vi skapar en attraktiv öppenvård kommer vi att träffa människor som vi inte har kontakt med idag*”. Halmstad har en väl utbyggd öppenvård för personer från 15-25, men ingenting för den äldre gruppen.

De insatser som de tre grupperna föreslår är av likartad karaktär. Det finns också en stor samsyn mellan olika yrkeskategorier. Fokus ligger på insatser för att minska efterfrågan och här tänker man sig att primärpreventiva insatser som siktar in sig på skolan är särskilt viktiga. I Halmstadgruppen framhåller deltagaren från frivilligorganisationen att det finns klara beröringspunkter mellan det som fungerar i behandling och det som ger en gynnsam utveckling i skolan. *I missbruksvården måste man arbeta med identiteten och få människorna att känna att de duger som de är. Och det är samma mekanismer som gäller för barnen – att de får känna att de duger som de dom är.*

Det kan vara värt att notera att fokusgruppdeltagarna inte alls tar upp ökade vårdsatsningar som ett medel att få ned missbruket. Kanske ger det en antydan om svårigheterna att få fram resurser till narkomanvård ute i ekonomiskt hårt pressade kommuner. Andra behov bedöms som viktigare, även bland de som direkt arbetar med narkotikafrågan.

6.2. Hur är narkomanvården uppbyggd?

I **Karlshamn** finns inom socialtjänsten Fält- och missbruksgruppen. Där arbetar tre socialsekreterare, två behandlingsassistenter, två fältassistenter och två boendeassistenter. Dessutom har kommunens alkoholrådgivning två anställda. Det socialtjänsten i första hand har att erbjuda till missbrukarna är individuella samtalskontakter. I en del fall används behandlingshem, men omfattningen av är ganska begränsad och omfattar cirka 3000 vårddagar per år. ”*Den stora utmaningen är att hitta verksamheter där emellan. Tidigare har funnits öppenvårdsverksamhet, men det finns inte längre. Också lågtröskelinsatser när det gäller att komma in på arbete och sysselsättning skulle behövas.*”, säger en av socialtjänstens företrädare. Vad som också vore önskvärt ur socialtjänstens perspektiv vore en tillnyktringsenhet, ett akutboende samt ett inackorderingsboende. ”*Då skulle vi slippa att ha dom i portar och på gator, och då kunde vi jobba mer aktivt med dom.*”.

Ett stort problem inom narkomanvården är de bristande avgiftningsmöjligheterna. De möjligheter som psykiatrin erbjuder är otillräckliga. Bristen på tillnyktring och avgiftning blir ett hinder när det gäller att få in klienter i behandling. En av socialtjänstens företrädare berättar:

> ”Vi vill gärna ha narkotikamissbrukarna avgiftade inom dom ska in i behandling och då brukar vi skicka in dom några dagar eller en vecka på avgiftning för att kunna konstatera att drogen är borta på dom. De flesta behandlingshem tar inte emot klienter om det finns det allra minsta benso i dom eller någon annan drog. Det är ett problem att få till avgiftningen. Klienter som har plats klar går och väntar vecka efter vecka och blir inte avgiftade.”

En viktig målsättning för socialtjänstens missbrukarvård är att de klienter som varit på behandlingshem eller i fängelse ska ha bostad efter avslutad behandling respektive avtjänat straff. Detta fungerar i de flesta fall, men kräver att socialtjänsten blir underrättade i tid, inte veckan före muck från anstalt som ibland förekommer. Ett annat skäl till att det inte alltid går att ordna bostad till alla klienter som varit drogfria handlar om att en del fastighetsägare inte vill ta emot socialtjänstens klienter, vilket även gäller det kommunala bostadsbolaget. ”*Dom är dom svåraste. De privata har ställt upp bättre. Trots vårt avtal med det kommunala bolaget…*”. En viktig roll i Karlshamns missbrukarvård spelas av RIA som är ansvariga för RIA-gården med både dagverksamhet och härbärge för missbrukare. Förutom lönebidrag, så drivs verksamheten till stor del med hjälp av ideella krafter, vilket medför problem om man tar in klienter med ett aktivt missbruk av alkohol eller narkotika.

Även i **Kristianstad** diskuteras avgiftningsmöjligheterna. Problemen handlar inte om köer - två avgiftningsplatser finns reserverade på psykakuten, men vanligtvis har man endast en patient inskriven för avgiftning. En av socialtjänstens representanter berät-

tar att många missbrukare var missnöjda med avgiftningen på psykakuten, vilket bland annat beror på att de tycker det är svårt att vara tillsammans med de psykiskt sjuka patienter som finns på avdelningen. Ett annat problem med avgiftningen är att den är för kort. Vanligtvis skrivs missbrukarna ut efter tre dagar.

På grund av de bristande lokala avgiftningsresurserna använder socialtjänsten sig också av avgiftningarna i Malmö och Lund. Avgiftningen i Lund är poliklinisk och för heroinmissbrukarna pågår den under tre veckor med stöd av subutex. Det har dock visat sig svårt för missbrukarna att fullfölja den polikliniska avgiftningen, och de flesta som avgiftats i Lund har återupptagit missbruket direkt efter avgiftningen. Ett skäl till svårigheterna kan vara att kommunikationen mellan kliniken i Lund och socialtjänsten varit bristfällig. Detta beror enligt en av socialtjänstens representanter på sekretessproblem, men också vad hon beskriver som ”kulturskillnader” mellan sjukvården och kommunen.

Frivårdens representant berättar att en hel del avgiftningar sker på häktet, och att detta oftast fungerar bra, vilket beror på att häktespersonalen utvecklat sina kunskaper om avgiftningar. Psykakutens representant berättar att de ibland ger råd och hjälp till häktet i samband med avgiftningar. Enligt en av socialtjänstens representanter medför svårigheterna att få avgiftning att klienter avgiftar sig utan hjälp av sjukvården. Det förekommer att klienter därför köper subutex på den svarta marknaden. Amfetaminister klarar ofta sin avgiftning på egen hand genom vila och sömn.

Det händer att klienter ringer och vill ha omedelbar hjälp med t.ex. behandlingshem, omtalar socialtjänstens deltagare. Men om de inte är kända från tidigare måste det göras en utredning. Man försöker inleda en kontakt så snabbt som möjligt och ofta går det att ordna samma dag. Det är dock vare sig möjligt eller lämpligt att direkt skicka iväg en klient till behandlingshem. I stället försöker man att börja med att tillsammans med klienten försöka skapa en ordentlig bild av dennes problem innan behandlingsplaneringen sker. ”*Det som ger resultat är det långsiktiga, där man lär känna klienten och bygger motivationen. Det är viktigt med planering…*”. Socialtjänsten betonar också att det vanligtvis är en lång process att sluta med narkotika. I denna process är en behandlingshemsvistelse en liten del och den uppföljande vården har en avgörande betydelse. Socialtjänsten i Kristianstad använder förhållandevis lite vård på behandlingshem, cirka 20 platser per år, men man har en väl utbyggd öppenvård med bl.a. lösningsfokuserade och psykodynamiska verksamheter. Den senaste öppenvårdsverksamheten är Carpe Diem som riktar sig till yngre heroinmissbrukare. Carpe Diem bygger på tolvstegsmodellen.

En central roll i Kristianstads missbrukarvård spelar Boendebasen och Ungdomsbasen som erbjuder boende och stöd för missbrukare. Boendebasen har tolv platser, Ungdomsbasen tio. Boendebasen har också öppet hus dagtid. Socialtjänstens representanter anser att tillgängligheten till deras missbruksverksamheter är god. ”*Man kan alltid komma in på boendebasen, utom på onsdag eftermiddag då det är personalmöte…*”.

När det gäller samarbetet mellan de olika verksamheterna som finns representerade i fokusgruppen är i synnerhet frivården och socialtjänsten nöjda. ”*Vi är unika, det är till exempel aldrig några problem med kontraktsvård.*”, säger frivårdens representant.

Av fokusgruppen i **Halmstad** framgick att en särskild missbruksenhet nyligen öppnats inom sjukvården. Där genomförs avgiftningar, där det finns en ordentlig uppföljning efteråt. Enligt överläkaren som deltog i gruppen är ambitionen att väntetiden inte skall överstiga en vecka. Heroinmissbrukare trappas ner med subutex under sex dagar. Men man gör inte akuta inläggningar av narkotikamissbrukare, dels av resursskäl men också för att erfarenheterna är dåliga av akuta inläggningar. ”*När verksamheten projekterades hade vi räknat med ett större tryck på avgiftningar än vad vi har fått*”, konstaterade en av representanterna från missbrukssjukvården. Representanten från socialtjänsten replikerade att ett skäl till det var att man inte tar akuta avgiftningar. Både i fokusgruppen och i de brukarintervjuer vi gjorde påpekades just bristerna när det gäller akuta insatser. Fram till senaste årsskiftet fanns en särskild tillnyktringsenhet, men den har omvandlats till en institution med högre ambitioner än att avgifta. ”*Vi har fjorton platser. Hos oss kommer man på sjunde dagen efter en planerad inläggning. Vi arbetar med motivation och med olika program för aktivitet. Men vi kan inte ta in folk som är påverkade. Det har vi inte resurser till”,* berättade deltagaren från institutionen med det något missvisande namnet ”Utrednings- och akutenheten”.

Precis som Kristianstad och Karlshamn lägger Halmstad tonvikten vid öppenvård. *”Den särskilda gruppen för boendestöd arbetar både med personer med missbruksproblem och psykiatriska problem. Gruppen har tillgång till särskilda lägenheter för skyddat boende, men står också för boendestöd för personer med egen bostad”,* meddelar socialtjänstens representant. Kommunen har också en verksamhet som utgör en förarbetsträning på väg tillbaka till samhället efter en tids drogfrihet, men den viktigaste öppenvårdsinsatsen i missbruksarbetet är Althea, som täcker åldersgruppen 15-25 år. ”*Vi har tolv anställda varav sex arbetar på Althea ungdom. Förra året var sextio familjer aktuella på Althea Ungdom. Nu finns utrymme för minst hundra familjer.”*, berättar deltagaren från Althea. För åldersgruppen över 25 år finns f.n. ingen öppenvård.

”I Halmstad är vi restriktiva med att ge vård på behandlingshem”S, framhåller socialtjänsten. *”I fjol hade vi 27 placeringar inkluderat alkoholmissbrukare, narkomaner, LVM-ärenden. Sex LVM var det. Vi har relativt få som åker på behandlingshem, men jag vill hellre ha en egen öppenvård för gruppen över 25 än att vi börjar skicka iväg fler till behandlingshem”.*

På fokusgruppen framkommer ett gemensamt intresse mellan sjukvård och socialtjänst att starta en öppenvårdsverksamhet som bygger på subutexförskrivning. Sjuk-

vården skulle stå för den medicinska biten, socialtjänsten ta hand om motivation, boende, sysselsättning och behandling.

Även om kommunerna skiljer sig åt i storlek har de en gemensam linje när det gäller behandlingshem - man ska ha så få placeringar som möjligt. Det är ett ställningstagande som både bygger på en anpassning till knappa ekonomiska resurser och en övertygelse om öppenvårdens förtjänster. De brukare som vi träffar i Göteborg, Lund och Malmö övertygar oss om att inställningen är likartad i dessa städer. Det finns en stor skepsis inom socialtjänsten gentemot den institutionella narkomanvården. Brukarna är betydligt mer positiva.

Men hur skiljer sig de svenska städer som vi har besökt i brukarundersökningen i sina satsningar på missbruksvård? Med hjälp av statistik från Socialstyrelsen (2002) har vi sammanställt följande jämförelse. Uppgifterna avser år 2001.

	Vårddygn bistånd boende	Vårddygn frivillig boende	Antal personer i frivillig inst.vård	Invånarantal 31/12-02
Göteborg	366 262	38 820	370	474 921
Halmstad[14]	3 617	4 234	27	86 585
Karlshamn	3 703	5 871	30	30 739
Kristianstad	16 472	3 945	39	74 951
Lund	27 045	14 273	93	100 402
Malmö	76 657	49 039	388	265 481

Tabell 15; Undersökningskommunernas satsningar på institutionsvård.

Som synes är skillnaden avsevärd mellan de olika kommunerna, även om man tar hänsyn till invånarantalet. Det kanske mest anmärkningsvärda är skillnaden i resursallokering till missbruksvård mellan å ena sidan Lund och å andra sidan Kristianstad och Halmstad. Av denna statistik att döma intar Halmstad en bottenplats och lägger mindre kostnader på missbruksvård än Karlshamn, trots att Halmstad har nästan tre gånger så många invånare.

14. Siffran för boendestöd från Halmstad kommer från kommunens egen redovisning. Uppgift saknas i Socialstyrelsens material.

På avgiftningssidan skiljer sig situationen åt mellan städerna. Halmstad har en nystartad verksamhet som tar hand om planerade avgiftningar och som använder sig av den medicinering som heroinmissbrukarna vill ha - subutex. I Kristianstad och i Karlshamn sker avgiftningen inom ramen för akutpsykiatrin. I alla tre kommunerna är det svårt med akuta insatser. Här handlar det inte om att fånga tillfället i flykten som Diana föreslår i kapitel fyra. Nej, avgiftningarna ska vara planerade och kopplade till en uppföljning. Rätt så tycker de flesta av representanterna från sjukvård och socialtjänst.

Inte bara i dessa tre kommuner utan över hela Sverige har möjligheterna minskat för missbrukare att få bostäder i det vanliga beståndet. Ofta tillämpas en form av boendetrappa där missbrukaren undan för undan får kvalificera sig till ett allt bättre och självständigare boende. Det finns likheter i verksamhetsinnehåll mellan Kristianstads ”Boendebasen” och Halmstads ”Utrednings- och akutenheten”, som båda utgör ett av stegen i en boendetrappa. Boendestöd och särskilda lägenheter för missbrukare finns i alla tre städerna. I Karlshamn och Kristianstad har ansvaret för härbärgen överförts på frivilliga organisationer. Halmstad har inget härbärge utan försöker lösa akutboendet på annat sätt.

6.3. Hur stämmer resurserna med klienternas behov?

Fokusgruppen i **Karlshamn** ger uttryck för att man i kommunen skulle kunna göra mer för att motverka narkotikamissbruk om det fanns större resurser. Socialtjänstens företrädare återkommer vid denna fråga till sin ”önskelista” med en tillnyktringsenhet, ett akutboende och ett inackorderingshem. Man skulle också vilja ha en verksamhet där en del missbrukare som har behov av det skulle få träna sig i eget boende. Idag finns det missbrukare som slåss ut från bostadsmarknaden därför att de t.ex. stör sina grannar. Kommunens folkhälsosamordnare pekar på betydelsen av att möta ungdomar och andra grupper som riskerar att utveckla drogmissbruk i tid.

En av socialtjänstens företrädare berättar om klienter som har orealistiska förväntningar på vården när dom vill ha hjälp att komma ifrån drogerna.

”*Då vill dom ha en hjälp som går snabbt, som helst går smärtfritt, helst ska andra göra det åt dom. Jag brukar fråga, hur länge har du missbrukat. Ja, en tio, femton år. Dom är i trettioårsåldern. Så vill dom bli av med sitt missbruk på 2-3 månader. Längre kan dom inte gå med på. Då säger jag, har du drogat så länge, så tar det också längre tid att gå ur det.*”

Ett problem i **Kristianstad**, med konsekvenser för missbrukarnas möjligheter att förändra sina liv, är att samarbetet med arbetsförmedlingen kunde varit bättre. Arbetsförmedlingen kräver sex månaders drogfrihet innan de sätter in några åtgärder.

Psykakutens representant konstaterar att när det gäller avgiftning så stämmer inte resurserna med klienternas behov. Region Skåne har fått göra stora nedskärningar vilket har drabbat psykiatrin hårt och gjort att man får säga nej till akutinläggningar av missbrukare och får arbeta med korta vårdtider vid avgiftningar. En av socialtjänstens representanter noterar att ett problem när man diskuterar matchningen mellan resurser och behov är att ”*... ofta så stämmer inte klienternas önskemål med vad vi anser är deras behov.*”.

Även i fokusgruppen i **Halmstad** tar socialtjänsten upp bristande samstämmighet mellan klient och socialarbetare i vårdplaneringen.

> *”Många klienter vill ha och behöver bostad och sysselsättning och det kan vi inte alltid matcha. Vi är inte heller alltid överens när det är dags för det. En del klienter har attityden ”ge mig ett jobb så blir livet glatt” och det anser vi inte är tillräckligt. En del accepterar inte det.*”

Deltagaren från frivilligorganisationen Våga Va lägger till att det finns en grupp som inte vill sluta missbruka, och att den gruppen inte är hjälpt av att få en kravlös hjälp.

Diskussionen kommer in på möjligheten att starta ett sprutbytesprogram i Halmstad, nu när det börjar öppnas möjligheter för en sådan insats. Såväl de båda sjukvårdsrepresentanterna som deltagaren från Våga Va välkomnar ett sprutbytesprogram i Halmstad. En av representanterna från sjukvården säger:

> *”Både subutexbehandling och sprutbyte behövs. Det finns en grupp som fortsätter att missbruka. Vi måste göra någonting också åt den gruppen. Man har sett goda hälsoeffekter av sprutbytesprogrammet i Lund”*

Socialtjänsten har ännu inte tagit ställning i frågan, medan de lokala polisrepresentanterna förhåller sig skeptiska till idén om utdelning av sprutor.

”*Om man ska gå på vad missbrukarna vill ha skulle man ju ge dom heroin också. Jag tycker att det är viktigt att visa hårdhet mot missbruket. Ju mer jag blir jagad som missbrukare, ju mer intresserad blir jag av att sluta”.*

Både från polishåll och socialtjänsten konstateras att resurserna i arbetet mot narkotikan har skurits ner. Deltagaren från socialtjänsten vill ha ökade statliga insatser mot narkotikamissbruket. *Nu krävs att vi ska ha en supersatsning mot narkotikan. Det finns för*

lite pengar i kommunen till aktiva insatser mot narkotikan. Samma ekonomiska ramar år för år. Det följer inga pengar med dessa satsningar. Här borde staten gå in och ge stöd så att narkomanvården kan stärkas.

Enigheten är stor mellan representanter från olika myndigheter, organisationer och kommuner. Resurserna till insatser mot missbruket har minskat[15]. Pengarna räcker inte till för att upprätthålla den önskvärda ambitionsnivån. Som framgår av kapitel sex har dessutom missbrukssituationen i de tre kommunerna försvårats på senare år.

När det sedan gäller det konkreta arbetet pekar representanterna från socialtjänsten på att det inte alltid är enighet mellan socialtjänst och brukare om hur resurserna ska användas. Här anser sig socialtjänsten ha ett tolkningsföreträde, det är de som vet vad som är bäst för klienterna. Som framgår av kapitel fyra har brukarna ofta en annan åsikt.

6.4. I vilken utsträckning nås missbrukarna av vårdinsatser?

Företrädarna för socialtjänsten i **Karlshamn** säger att det förmodligen finns ett omfattande dolt missbruk, som det finns små möjligheter att komma åt. De påpekar också att både invandrare och kvinnor är underrepresenterade inom socialtjänstens missbrukarvård, vilket dels kan bero på att det förekommer mindre missbruk i dessa grupper, men också för att vården är bättre anpassad för män än för kvinnor. Både p.g.a. ekonomi och personalbrist har den uppsökande verksamheten mer eller mindre upphört, vilket också bidragit till att det finns grupper som inte nås av missbrukarvården.

En grupp inom missbrukarvården som syns tydligare än tidigare är de s.k. dubbeldiagnoserna. Karlshamns kommun har startat en boendeverksamhet med sex lägenheter för dubbeldiagnoser. Vad det beror på att denna grupp ökat är inte helt enkelt att besvara, men enligt en av socialtjänstens företrädare har det påverkats av att ”... *psykiatrin inte tar tillräckligt stort ansvar och att man inom psykiatrin är dåliga på att upptäcka missbruk.*”.

---

15. Av Kristianstads socialförvaltnings verksamhetsberättelse från 2002 framgår att antalet externa vårddagar för vuxna missbrukare gick ner från 9 921 år 1993 till 5 368 år 2002. Under 1990 gjorde Bengt Svensson en kartläggning av missbruksarbetet i staden (Svensson 1990). För det året beräknades kostnaden för institutionsplaceringar ligga på 15 miljoner och han beräknade antalet vårddygn till 20 000. Visserligen var Boendebasens föregångare behandlingshemmet Norreport stängt delar av året, vilket ökade trycket på externa placeringar och öppenvården har byggts ut sedan 1990, men siffrorna visar ändå på kraftiga nedskärningar av missbruksvården sedan storhetstiden runt 1990. Liknande exempel kan säkert hämtas från andra svenska kommuner.

Även polisens företrädare menar att det finns många dolda missbrukare som inte nås av samhället. En väg att komma åt detta problem är genom att man upptäcker droganvändning och använder sig av att åtala för ”ringa missbruk”. Enligt polisen motverkas också upptäckten av missbrukare ibland av tystnadsplikten mellan olika myndigheter.

Enligt socialtjänstens representanter i **Kristianstad** är fältgruppen viktig för att nå unga i riskzon, men fältgruppen arbetar inte enbart med missbruk. Frivårdens representant pekar på svårigheterna att nå kvinnliga missbrukare med barn, eftersom de inte vill söka hjälp för att de är rädda att mista vårdnaden om sina barn. En av socialtjänstens representanter tar upp svårigheterna att hjälpa människor med dubbeldiagnoser.

I fokusgruppen i **Halmstad** hävdar en av poliserna att fler missbrukare skulle söka hjälp om hjälp erbjuds.

> ”*Inga av dem som vi från polisen träffar vill fortsätta. Men det är en marknadsföreningsgrej att inte fler söker. Många blir intresserade av att göra något åt sitt missbruk, när de får kontakt med oss. Tidigare har livet med missbruk rullat på, men när de har nåtts av en lagföring tänker de till och hjulet slutar snurra.* ”

Representanten från frivilligorganisationen Våga Va pekar på att finns en stor grupp som inte söker kontakt med socialtjänsten, som har en hyfsad social situation, men som inte vill bli kända hos myndigheter. Från frivården framhålls att de flesta av deras klienter nog har haft någon form av kontakt med vårdkedjan, men det finns också en del som inte vill ha kontakt. ”*Många tycker att vården inte är attraktiv, men man vet att den finns”*.

Ur diskussionerna i fokusgrupperna framträder fyra grupper som inte nås fullt ut av vårdinsatserna - personer med invandrarbakgrund, kvinnor som har barn, personer med dubbeldiagnoser och personer som är angelägna om att hålla sitt missbruk dolt. Till dessa kan föras människor som inte vill förändra sitt missbruk och sådana som inte anser att de vårdinsatser som erbjuds är attraktiva. Utsikterna förefaller inte särskilt goda att narkomanvården ska bli effektivare i att nå missbrukare, eftersom den inte längre har någon uppsökande verksamhet. I en situation när det är svårt att få fram vårdresurser till de som söker vård minskar rimligen också intresset att få kontakt med nya, vårdkrävande grupper.

6.5. Hur fångar ni upp klienternas synpunkter på vården?

I **Karlshamn** finns det inga organiserade former för att fånga upp klienternas synpunkter på missbrukarvården. Socialtjänstens företrädare nämner ASI[16], som en väg att fånga upp klienternas synpunkter. Hitintills har man dock använt ASI inom socialtjänsten i Karlshamn i begränsad omfattning. Frivårdens företrädare säger: ”*De flesta som har hållit på länge är inte intresserade av behandling.*”. En av socialtjänstens företrädare instämmer:

> ”*De äldre tunga missbrukarna uttrycker att de inte vill bli av med sin drog. Dom vill ha en stadig inkomst och en liten bostad och bli lämnade i fred. Och så vill dom helst att polisen låter dom vara ifred.*”

Socialtjänstens representanter i **Kristianstad** menar att de har en god bild av hur klienterna ser på den vård som kommunen erbjuder: ”*Vi pratar med dom, vår personal är duktig och har bra kontakt med klienterna.*”. Dialogen mellan personal och klienter underlättas av att Boendebasen inte bara är ett boende för klienter, utan den inrymmer även socialsekreterarnas kontor. De berättar att det i princip inte finns några väntetider för att komma in på Boendebasen. ”*Man får visserligen inte vara full eller påtänd om man ska uppehålla sig där, men man kan få prata med sin kontaktperson även om man är påverkad.*”. Inför starten av Carpe Diem anordnade socialtjänsten fokusgrupper med missbrukare för att ta reda på hur de ansåg att en öppen vård för unga heroinister skulle utformas.

Också i **Halmstad** tillfrågades brukarna inför en förändring av verksamheten, nämligen sjukvårdens missbruksenhet. *Inför vår omorganisation så hjälpte oss socialtjänsten med att fråga kunderna vad de ville ha. Det tog vi hänsyn till. Det här med att avgiftningen skulle vara smärtfri och så vidare.* En konsekvens av att brukarna tillfrågades var följaktligen att man började med subutexavgiftningar. Socialtjänsten berättar att de använder ASI vid intervjuer av de som har varit i behandling.

Det gäller alla. ”*Det är lika viktigt att fråga dom som det har gått åt skogen för….mer att lära av dom antagligen*”. På utrednings- och akutinstitutionen tillfrågas klienter

---

16. ASI (Addiction Severity Index) är en strukturerad intervju som är avsedd för människor med missbruksproblem. ASI-modellens frågor fokuserar på klientens hela livssituation, från arbete, hälsa, umgänge mm till bruk av droger. Detta för att få en rättvis och heltäckande bild av klientens livssituation med de hinder, möjligheter och behov som finns. Utifrån svaren kan därefter socialarbetaren och klienten gemensamt bedöma vilken hjälp som är mest relevant i förhållande till klientens livssituation.

som avbrutit behandlingen när de senare återkommer. Vad var det som gick snett förra gången, frågar vi. Deltagaren från öppenvårdsprogrammet Althea gjorde föregående år en intervjuundersökning bland ett tiotal missbruksklienter som visade att de tyckte att det var viktigt med f.d. missbrukare i vården. *Personer som med utgångspunkt från sina egna erfarenheter kan stötta och hjälpa, som kunde beskriva hur det känns och som man kunde identifiera sig med.*

Av fokusgrupperna framgår att myndigheterna i de tre kommunerna ännu inte har börjat genomföra systematiska brukarundersökningar av det slag som genomförs inom exempelvis äldreomsorg. Man nöjer sig med att försöka skapa ett samtalsklimat där klienterna framför sina synpunkter. Två exempel ges också på mindre brukarundersökningar inför starten av en ny verksamhet. Värt att notera är att de riktade sig till samma klientgrupp - heroinmissbrukare, men att den ena ledde till skapandet av ett drogfritt tolvstegsprogram och den andra gav upphov till att subutex började användas vid avgiftningar.

6.6. Vår kommentar

Genom fokusgrupper gjorde vi nedslag för att undersöka narkotikamissbruk och vårdinsatser i tre svenska kommuner. Vi kunde konstatera att narkotikafrågan engagerade deltagarna, och att det fanns ett stort intresse att upprätthålla en hög ambitionsnivå i arbetet mot narkotikan. Samstämmigheten mellan deltagarna var frapperande, och de enda kontroverserna som uppstod handlade om ett visst gnissel i samarbetet mellan sjukvårdens avgiftningsinsatser och socialtjänster, och att företrädare för polis och sjukvård hade olika synsätt i förhållande till sprutbytesprogram. I Karlshamn kände alla deltagare varandra i förväg, i de båda andra städerna var en inledande presentationsrunda nödvändig. Uppenbart var att det inte fanns någon organiserad motsvarighet till den typ av sammankomst som vi tagit initiativ till. Med andra ord så träffas inte representanter från socialtjänst, sjukvård, frivård, polis, frivilliga organisationer, tull regelbundet för att ge varandra lägesbeskrivningar och för att samordna insatser. I en svensk stad känner vi till att sådana möten arrangeras regelmässigt - Lund. Dessa kallas för ”Övergripande möten” och är en effektiv metod för att snabbt sprida kunskaper om olika aspekter av narkotikafrågan. Men också i Lund saknas representanter för en viktig aktör - brukarna.

Vår bild från de tre kommunerna fick ett viktigt komplement just genom brukarintervjuerna. För även om vi hade fått hjälp av myndighetsrepresentanter (och en frivillig organisation) för att rekrytera intervjupersonerna utgjorde dessa inte en slätkammad och följsam grupp som okritiskt upprepade myndighetens uppfattningar. I stället mötte vi en grupp engagerade och kunniga personer som - vilket torde ha framgått av tidigare kapitel - hade många viktiga saker att säga om missbruksvården och narkotikasituationen.

7. Missbrukssituationen

7.1. Om narkotikamissbrukets omfattning

Sedan i slutet av 1990-talet har en rad undersökningar visat att såväl bruket som missbruket av alkohol och andra droger har ökat i Sverige. Flera undersökningar pekar också på förändringar när det gäller vilka grupper som använder droger, vilka typer av droger som används och hur drogerna används (Olsson et al., 2001; Lander et al., 2002; CAN, 2002). På narkotikaområdet har det skett en ökning av det s.k. tunga narkotikamissbruket. Enligt MAX-projektets kartläggning fanns det 26.000 tunga narkotikamissbrukare i Sverige år 1998, vilket är en kraftig ökning i jämförelse med de nationella kartläggningar som genomfördes 1979 och 1992 som visade på 15.000 respektive 19.000 tunga narkotikamissbrukare[17]. Detta innebär att det tunga narkotikamissbruket ökade med 2% per år under åren 1979-1992 och med 6% per år under åren 1992-1998. Efter att under många år varit begränsat ligger idag nyrekryteringen av unga människor till tungt narkotikamissbruk på nästan samma nivåer som på 1970-talet. Det tunga narkotikamissbrukarna har en stark anknytning till socialt och ekonomiskt utsatta grupper och det är också i sådana grupper som en stor del av nyrekryteringen sker (Olsson et al., 2001)

Vad som också framkommer av MAX-undersökningen är att det skett en tydlig försämring av den socioekonomiska situationen för många av de tunga narkotikamissbrukarna. Idag finns det en stor marginaliserad grupp narkotikamissbrukare med mycket svag förankring på arbets- och bostadsmarknaden (Olsson et al., 2001; Lander et al., 2002).

17. MAX-undersökningen kalkylerar med en nettoökning av det tunga missbruket med ca 600-700 per år. Det innebär att totalsiffran för 2003 skulle landa på ca 30 000 tunga missbrukare.

Det finns även tecken på förändringar i karaktären på narkotikamissbruket. Det tunga narkotikamissbruket i Sverige har länge dominerats av amfetamin, men en del studier tyder på att heroinet håller på att ta över dominansen när det gäller tungt narkotikamissbruk. Detta är redan ett faktum bland yngre narkotikamissbrukare i storstadsområdena (Lander et al., 2002). När det gäller heroin, som tidigare framförallt har injicerats, så är en annan förändring att det blivit vanligare med rökning av heroin (CAN, 2002).

Även den s.k. experimentella användningen av narkotika bland ungdomar har ökat. Andelen ungdomar som har använt narkotika har tredubblats under den senaste tioårsperioden. 1988 uppgav 6% av de som mönstrade för militärtjänsten att de vid något tillfälle hade använt narkotika. 2002 uppgav 18% av de mönstrande att de hade använt narkotika. 1989 uppgav 3% av flickorna och 3% av pojkarna i årskurs nio att de hade provat narkotika. 2002 uppgav 7% av flickorna och 7% av pojkarna i nionde klass att de någon gång använt narkotika (CAN, 2002). Antalet har dock sjunkit sedan föregående år.

MAX-undersökningen (Olsson et al., 2001) ger också en del uppgifter om missbruksutvecklingen i Malmö och Göteborg. Malmö är fortfarande den kommun i Sverige som i förhållande till folkmängden har störst andel tunga narkotikamissbrukare. Enligt MAX-undersökningen fanns det i Malmö år 1998 1.080 tunga narkotikamissbrukare per 100.000 invånare i åldern 15-54 år, vilket är en något högre än siffrorna för Stockholm stad (1.026) och avsevärt högre än siffrorna för Göteborgs stad (739). När det gäller de andra kommuner som vi genom denna undersökning kommit i kontakt med dels via fokusgrupper och dels genom brukarintervjuerna ger inte MAX-undersökningen några närmare uppgifter om, mer än att det tunga missbruket är större i storstadslänen än i övriga län. 1998 fanns det i storstadslänen 814 narkotikamissbrukare per 100.000 invånare i åldern 15-54 år, medan siffran för övriga län var 437.

Stockholms stad	**1.026**
Göteborgs stad	**739**
Malmö stad	**1.080**
Storstadslän	**814**
Övriga län	**437**

Tabell 14. Antal tunga narkotikamissbrukare per 100.000 invånare i åldern 15-54 år (enligt Olsson et al., 2001)

Brukarna och deltagarna i de olika fokusgrupperna har från olika perspektiv närkontakt med narkotikaområdet. Vad anser de om narkotikasituationen i sina kommuner? Motsvarar deras uppfattningar de ökningar och förändringar av narkotikamissbruket

som MAX-undersökningen visar på? Vår undersökning omfattar både kommuner i ett s.k. storstadslän och s.k. övriga län. Finns det skillnader i narkotikamissbruket mellan kommunerna i storstadslänet Skåne och de kommuner som finns i Hallands och Blekinge län?

7.2. Brukarna om missbrukssituationen

Narkotikamissbrukare är i många avseenden ”experter” på narkotikaområdet. De vet t.ex. hur man kan få tag på narkotika, hur man gör för att inta narkotikan och hur man döljer droganvändningen för människor utanför narkotikakretsarna. Narkotikamissbrukare kan ofta bedöma om det skett förändringar i missbrukssituationen i de miljöer där de rör sig. Men det finns några faktorer som medför att det kan vara riskabelt att allt för lättvindligt ta narkotikamissbrukarnas uppgifter om missbrukssituationen ad notam. Narkotikamissbruk sker vanligtvis inom kretsar som är väl avgränsade, inte bara mot det ordinarie samhället, utan även mot andra narkotikakretsar särskilt gentemot sådana som använder andra typer av narkotika. Med andra har narkotikamissbrukare ofta goda kunskaper om missbrukets utveckling inom deras egna kretsar. Men när det gäller att ge en helhetsbild av missbruket i t.ex. en hel kommun blir deras uppgifter osäkrare. En annan faktor som kan göra missbrukarnas uppgifter osäkra är att om man till stor del umgås med människor som använder narkotika, vilket många narkotikamissbrukare gör, finns det en risk att man övervärderar antalet människor som använder narkotika. Med dessa reservationer vill vi understryka att vi ser brukarnas uppgifter om missbrukssituationen i de kommuner där de rör sig som mycket viktiga för att få en bild av olika förändringar i missbruket. Vi har frågat 45 narkotikamissbrukare i södra Sverige om vad de anser om missbrukssituationen. Ingen av dem har sagt att narkotikamissbruket är mindre omfattande idag än för ett par år sedan. Man kan därför säga att de bekräftar resultaten från MAX-undersökningen (Olsson et al., 2001). Men i en del fall har deras uppgifter bidragit till intressanta nyanseringar av den dominerande bilden av narkotikamissbrukets utveckling.

Enligt de narkotikamissbrukare som vi intervjuat i Malmö har heroinmissbruket ökat. Tillgången på heroin är idag större än för ett par år sedan. ”*Det är mycket lätt att få tag i heroinet, åtminstone för mig.*”, säger en av intervjupersonerna. Unga människor rekryteras till heroinmissbruk i högre utsträckning än för ett par år sedan. Flera av intervjupersonerna uttrycker oro över situationen. En av dem säger till exempel: ”*Det har förändrats. När det gäller jonket så är det fler ungdomar. Jag vet flera stycken som är sjutton, arton år som går på gatan för att tjäna ihop pengar. Så på den sidan har det gått lite för långt.*”. En del menar att heroinet håller på att tränga ut amfetaminet: ”*Men heroinmissbruket avancerar, amfetaminmissbruket blir mindre och mindre, heroinet tar sig in överallt.*”. Bland intervjupersonerna med kunskaper om situationen i Malmö är det flera som också menar att det skett förändringar när det gäller vilka droger ungdomarna börjar använda: ”*Jag tror det har ökat och det värsta är att det inte var som innan att man började röka brass. Nu är det direkt på rökheroin.*”.

När intervjupersonerna beskriver situationen i Lund ger de en bild som i många avseenden påminner om narkotikasituationen i Malmö. En av intervjupersonerna som bor i Lund berättar:

> ”*Jag tror att hela drogbilden har ändrats. Innan var det mycket amfetaminister och haschare, men nu är det mest heroinister som springer och yrar i stan. Men det är centrerat till samma platser ändå, nere vid stationen och så.*”

En annan intervjuperson säger:

> ”*Det har blivit mer och mer heroin. Tyvärr så är nyrekryteringen lavinartad och det är skrämmande att se. Nu för tiden går dom direkt på heroinet och det är fruktansvärt mycket piller, rohypnol och kodein.*”.

Även i Helsingborg, Landskrona och några mindre kommuner i nordvästra Skåne finns det, enligt intervjupersonerna som bor i dessa kommuner, ett omfattande narkotikamissbruk och även där har heroinet en framträdande position. En av intervjupersonerna uppger att han känner till mellan 50 och 100 personer som missbrukar heroin i Landskrona. En intervjuperson som bor i en mindre kommun i nordvästra Skåne säger. ”*Det finns massvis med heroin. Det är många som håller på med heroin i X-stad. Trettio, fyrtio kanske. Blandat killar och tjejer.”*.

Kristianstad i nordöstra Skåne har också fått ett omfattande heroinproblem, enligt de intervjupersoner som har kunskaper om läget i Kristianstad. En av intervjupersonerna i Kristianstad berättar:

> ”*Det är alldeles för mycket jonk. Många av mina polare har gått över till det. Flera är döda och sen alla dom här unga som inte är mycket mer än strax över tjugo. Det är skrämmande. Det är något som förändrar en människa. Inte för att jag ska försvara amfetaminet, men heroinet har tagit över.*”

Cirka fem mil nordost om Kristianstad ligger Karlshamn. Där har vi gjort två brukarintervjuer och enligt dessa har inte heroinet drabbat Karlshamn på samma sätt som många kommuner i Skåne. Men de menar att det finns gott om andra typer av narkotika. När en av intervjupersonerna i Karlshamn beskriver narkotikasituationen i kommunen säger han:

”*Jag tror att det är mycket mer faktiskt. Förr kunde det vara jobbigt att få tag på. Men nu finns det hur mycket amfetamin som helst, och nu har det börja komma lite heroin också. Men det har inte slagit igenom lika mycket som i till exempel Malmö. Där är det ju hur mycket som helst. Men hasch har alltid funnits.*”.

I Halmstad intervjuade vi fyra personer, som gav en ganska samstämmig bild av narkotikasituationen. En bild som har många likheter med de beskrivningar vi fick av intervjupersonerna i nordvästra Skåne. ”*Det finns mycket mer nu. Förr var det bara hasch och amfetamin nästan. Nu är det skrämmande. Det är bara tung narkotika och mycket heroin.*”, säger en intervjuperson. En annan säger: ”*Jag ser också snorungar som sitter och röker heroin.*”. Tillgången på amfetamin tycks också vara god i Halmstad, vilket ett par av intervjupersonerna berättar. En av dem säger: ”*Det finns gott om amfetamin. Det säljs bland annat på krogar. Priserna är låga.”*.

Efter att under lång tid haft en narkotikamarknad som dominerats av amfetamin har situationen förändrats i Göteborg. Från att ha varit ganska ovanliga har antalet heroinmissbrukare ökat kraftigt sedan i mitten av 1990-talet. Detta intygar också de sex personer som vi intervjuar i Göteborg. Till exempel berättar en av dem: ”*När det gäller heroin har det gått mycket snabbt när det gäller ungdomar. Det är tragiskt. Det är ganska lätt att få tag i heroin.*”. Enligt de flesta av intervjupersonerna i Göteborg har dock amfetaminet fortfarande en stark position på narkotikamarknaden i Göteborg, vilket en intervjuperson syftar på då han säger: ”*Amfetamin är det som det finns mest av. Men det finns också mycket heroin och bens. Hasch vet jag inte så mycket om, det är inte min drog.*”. En annan intervjuperson berättar: ”*Tillgången är aldrig dålig på amfetamin. Inte som heroinet där det kan bli tvärstopp. Då trissas priserna upp eftersom en heroinist betalar vad som helst för att få i sig.*”.

7.3. De professionella om missbrukssituationen

De yrkesgrupper som i sina arbeten möter narkotikamissbrukare är också intressanta för att kunna skapa en bild av hur missbruksutvecklingen ser ut. I likhet med brukarna kan de också i olika avseenden anses ha expertkunskaper om narkotikaområdet. Det handlar om att t.ex. socialarbetare har kunskaper om vilken hjälp samhället kan erbjuda missbrukare. Men många socialarbetare liksom t.ex. poliser och sjukvårdspersonal har ofta också en god bild av hur narkotikasituationen ser ut i de kommuner där de arbetar. Men i likhet med narkotikamissbrukarna finns det faktorer som kan ha negativ inverkan på tillförlitligheten i de professionellas uppgifter om narkotikasituationen. En sådan faktor är att de professionella sällan möter missbrukarna i missbruksmiljöerna. Vanligtvis möter de missbrukarna på sina arbetsplatser och i situationer där missbrukarna ofta har anledning att inte ge en helt korrekt bild av hur missbruket ser ut. En hjälpsökande missbrukare kan ha anledning att överdriva situationen. En missbrukare som vill undvika ett tvångsomhändertagande har anledning att tona ner situationen.

Precis som med brukarna menar vi ändå att de professionellas kunskaper är viktiga för att få kunskaper om missbrukssituationen. Redogörelsen som följer här bygger på hur deltagarna i fokusgrupperna i Halmstad, Karlshamn och Kristianstad beskriver narkotikasituationen i sina respektive kommuner. Även de bekräftar resultaten från t.ex. MAX-undersökningen, d.v.s. de menar att det skett en ökning av narkotikamissbruket, men deras beskrivningar ger också en del intressanta upplysningar om narkotikasituationen som är speciella för de olika kommunerna.

Deltagarna i fokusgruppen i Halmstad är eniga om att narkotikasituationen i kommunen har försämrats under de senaste åren och ingen hade invändningar mot en av polisens representanter när han berättade:

> ”*Det har aldrig funnits så mycket narkotika i Halmstad som nu. Både uppgifter från tipsare, och det faktum att drogerna har blivit billigare tyder på detta. Nya grupper har börjat med narkotika, fler ungdomar debuterar.*”

Enligt socialtjänstens representant har det skett en förändring i attityderna till narkotika som innebär att många har en mer tillåtande hållning till narkotika. Hon berättar också att det blivit vanligare med heroin i Halmstad och att det även används av ungdomar. En av polisens representanter berättar att det första heroinbeslaget i Halmstad gjordes redan 1992, men att det är först under de senaste åren som heroinet fått en större spridning bland missbrukarna. Även psykiatrins representanter har märkt av att heroinmissbruket ökat. En av dem säger:

> ”*Vi kan konstatera ett ökat heroinmissbruk vilket är allvarligt eftersom heroin är den farligaste drogen. Förr var heroinmissbruk sista stadiet i en narkotikakarriär, nu kan vi stöta på unga människor som har börjat sitt missbruk med heroin.*”

När det gäller situationen för de tunga missbrukarna menar frivårdens representant att de har svårare att få bostäder idag, vilket gör att de blir tidigare och snabbare utslagna. Socialtjänstens representant säger att det inte finns så många öppet hemlösa i kommunen, men att det finns en dold hemlöshet och att de inom socialtjänsten beräknar att det finns ett par hundra personer där missbruket har varit skälet till att de har blivit av med bostaden, även om många också har psykiatriska problem. Hon säger: ”*Nu bor dessa provisoriskt, hos kamrater, mostrar, sina gamla mammor, f.d. flickvänner och så vidare.*”.

På frågan om hur situationen ser ut för kvinnor som missbrukar narkotika säger Våga Vas representant att det ”*... bland de yngre är det mer utjämnat när det gäller missbruk. Det finns mer unga kvinnor som håller på.*”. Även en av polisens represen-

tanter anser att det skett ett ökat narkotikamissbruk bland kvinnor. ”*Kvinnorna börjar närma sig männens missbruksnivåer.*”, säger socialtjänstens representant. Hon fortsätter:

> ”*Vi ser fler unga flickor som söker sig till vård nu. Förra året var det fler tjejer än killar som sökte sig till Althea. Det är första året det har varit så. Kvinnor tar stryk snabbare och blir därmed mer benägna att söka vård tidigt.*”.

Fokusgruppens deltagare berättar också om ett ökat missbruk bland yngre invandrare i Halmstad. Socialtjänstens representant säger: ”*Fler söker hjälp nu än tidigare. Tidigare bad men inte om hjälp, det gör man nu. Kanske för att man har upptäckt att det egna nätverket inte räcker.*”. En av psykiatrins representanter säger: ”*Bland heroinisterna är många unga invandrare.*”. Han fortsätter: ”*I den äldre gruppen invandrare träffar man aldrig på några missbrukare. Det är i stället de som är under trettio, ännu mer mellan femton och tjugofem.*”.

Även i Karlshamn fanns det en stor samstämmighet bland deltagarna i fokusgruppen att det skett förändringar i narkotikasituationen i kommunen under de senaste åren. Dessa förändringar handlar framförallt om att det finns mer narkotika i kommunen och det har blivit vanligare att ungdomar använder narkotika. ”*Man skyr inte narkotikan som förr…*”, säger en av fokusgruppens deltagare. Flera menar att det i vissa grupper blivit socialt accepterat att använda ”piller” av olika slag. Det vanligaste narkotiska preparatet är fortfarande cannabis, men det har också kommit nya typer av droger såsom ecstasy, rohypnol och GHB. Dessa förändringar bekräftas bl.a. av de drogenkäter som genomförts i länet de senaste åren. Men det finns också en nyrekrytering av ungdomar till tungt missbruk av narkotika. Det finns exempel från de senaste åren på att socialtjänsten kommit i kontakt med tonåringar som injicerat narkotika. Likaså finns exempel på att unga människor har börjat involvera sig i avancerad droghandel. Det tunga narkotikamissbruket i Karlshamn har tidigare dominerats av amfetamin, men nu har det även börjat komma in heroin på marknaden. Under de senaste åren har det skett ett par dödsfall i samband med heroinmissbruk i Blekinge. Några av deltagarna i fokusgruppen menar dock att det finns ett motstånd mot heroin bland narkotikamissbrukarna i Blekinge.

Karlshamn är en hamnstad med såväl passagerar- som godstrafik till olika länder. Under det senaste året har tullen i Karlshamn gjort flera stora narkotikabeslag av bl.a. amfetamin. Deltagarna i fokusgruppen menar dock att huvuddelen av den narkotika som kommer in via hamnen i Karlshamn passerar förbi narkotikamarknaden i Karlshamn och går vidare till större städer. I stället menar man att narkotikamarkanden i Karlshamn i huvudsak försörjs genom missbrukarnas kontakter med bl.a. Malmö, Köpenhamn, Helsingborg och Kristianstad.

När det gäller att uppskatta hur många narkotikaanvändare det finns i Karlshamn vill ingen i fokusgruppen ange några siffror. Fokusgruppen är dock överens om att det skett en markant ökning på senare år, vilket både inbegriper användning av s.k. partydroger, som mera traditionella missbruksformer av narkotika. Gruppen menar dock att situationen i Karlshamn inte är värre än i länets övriga kommuner.

De som tillhör gruppen tunga missbrukare i Karlshamn tycks vara en väl avgränsad grupp av framförallt män, som är välkända inom socialtjänsten, polisen och kriminalvården. ”*Dom blir äldre och äldre men dom fortsätter i samma takt. Vi har några stycken som åker ut och in i fängelse med jämna mellanrum…*”, säger en i fokusgruppen. Många av de tunga missbrukare har svag förankring på såväl arbets- som bostadsmarknaden. I detta avseende har det skett en negativ förändring på senare år. Det finns dock få hemlösa bland de tunga missbrukarna. ”*Det är två, tre, högst fyra vi pratar om. Dom andra har vi fått in i bostäder med enmånadskontrakt, sköter dom sig en* månad får dom förlängt ytterligare en månad...”, säger en av socialtjänstens företrädare.

Fokusgruppen känner till få kvinnor med ett tungt narkotikamissbruk. ”*Mellan fem och tio kan man nog säga…*”, säger en i fokusgruppen. Enligt en av socialtjänstens företrädare tillhör dessa kvinnor en svårmotiverad grupp:

> ”*Jag har jobbat med att försöka motivera dom att gå in i behandling, men där är motståndet mycket större än bland männen i de åldrarna. Männen kan tycka att det är skönt att komma iväg i vård, men för kvinnorna är det annorlunda. Jag har t.ex. två kvinnor som är i slutet av fyrtioåren, och jag har tjatat på dom i flera, flera år att gå in i behandling. Men det går inte.*”

Bland de yngre missbrukarna finns det dock en större andel kvinnor. Flera i fokusgruppen ger uttryck för oro över ungdomar i kommunen som håller på att utveckla ett avancerat missbruk av narkotika. ”*Om fem, tio år har vi dom på socialen, kanske rätt såg nedgångna…*”, säger en av socialtjänstens företrädare. Det finns också en grupp ungdomar som kommer från ekonomiskt marginaliserade förhållanden och som genom att ägna sig åt narkotikahandel förbättrat sin ekonomiska status. En av polisens företrädare berättar:

> ”*De ser hur andra killar och tjejer har det, man vill bli något, skapa sig en identitet, skaffa sig snabba pengar. Andra ungdomar i den åldern åker på utlandssemestrar, charterresor, varför ska inte jag kunna göra det?*”

När det gäller narkotikamissbruk bland invandrare så uppger socialtjänstens företrädare att det finns få invandrare bland deras klienter:

”*Vi känner ju till att det är många invandrare som använder narkotika och säljer narkotika, men dom hamnar nästan aldrig hos oss i socialtjänsten. Jag har inte en enda klient med utländskt namn och nationalitet.*”

Polisen uppger att man har kunskap om att det förekommer rökningen av heroin bland några invandrargrupper i kommunen. Det finns också ett ungdomsgäng med invandrarbakgrund som enligt olika uppgifter använder och handlar med narkotika. ”*Det är ju inte bara invandrare som säljer narkotika i Karlshamn.*”, säger en i fokusgruppen för att nyansera bilden av invandrare och narkotika i Karlshamn.

Deltagarna i fokusgruppen i Kristianstad var också eniga om att det skett markanta förändringar i narkotikasituationen i Kristianstad under de senaste åren. Förändringarna handlar om att det skett en nyrekrytering av unga människor till tungt narkotikamissbruk och att heroinet tagit över som dominerande preparat bland de tunga missbrukarna. Men många av missbrukarna blandar olika typer av droger, t.ex. bensodiazepiner, heroin och amfetamin. ”*Man tager vad man haver...*”, som en av deltagarna i fokusgruppen uttryckte det.

Fokusgruppen beskriver också en attitydförändring till narkotika, som bl.a. innebar att många av dem som använder narkotika förnekar att det är ett missbruk med hänvisning till att de inte injicerar. Frivårdens representant säger: ”*Sjuttiotalsattityderna har kommit tillbaka, det finns dom som säger släpp det fritt!*”. En av socialtjänstens representanter berättar om att det för några år sedan visade sig att en stor grupp ungdomar hade använt amfetamin i samband med att de firade att de tog studenten. Skälet var att de snabbt ville nyktra till från sin alkoholberusning och hade fått reda på att amfetamin hade den effekten.

Heroinet användes av enstaka personer i Kristianstad i början av 90-talet. I mitten av 90-talet var det känt att rökheroin förekom. För fyra-fem år sedan började det bli tydligt att det fanns ett ganska omfattande heroinmissbruk i kommunen. Heroinet har periodvis varit mycket billigt i Kristianstad, vilket en av socialtjänstens representanter menar förmodligen är ett sätt att marknadsföra heroinet. Socialtjänsten har kontakt med cirka 40 heroinmissbrukare, vilket förmodligen betyder att det finns fler. Enligt polisens uppgifter finns det 100 heroinmissbrukare i Kristianstad. Frivårdens representant säger att det är svårt att ange hur många som missbrukar heroin, men det är helt klart att det finns en del heroinmissbrukare som inte är kända av socialtjänsten eller andra myndigheter.

När det gäller andra preparat än heroin, så verkar förekomsten av GHB vara låg. Ecstasy var vanligare för några år sedan. Tillgången på hasch är konstant hög. Fokusgruppens deltagare säger att det är svårt att säga något om amfetaminet har minskat eller ökat. Klart är i alla fall att en del klienter som tidigare missbrukade amfetamin, numera miss-

brukar heroin. ”*De gamla pundarna är borta.*”, som en i fokusgruppen uttryckte det.

Det finns en grupp tunga missbrukare med svag eller ingen förankring varken på arbets- eller bostadsmarknaden. När det gäller de som är hemlösa finns det ett härbärge som drivs av kyrkan och som kan ta emot 15 till 20 personer. Bland de som bor på härbärget är inte alla missbrukare, utan det finns en ganska stor andel människor med psykiska sjukdomar. Hemlösa missbrukare bor också på Boendebasen.

Bland de tunga missbrukarna finns en grupp kvinnor som lever i mycket utsatta livssituationer. De flesta av dem har varit utsatta för olika former av övergrepp, och en del av dem prostituerar sig för att finansiera sina narkotikamissbruk. Prostitutionen sker företrädesvis inte i Kristianstad, utan i Malmö och Stockholm. Socialtjänsten och frivården känner också till att det finns yngre kvinnor som rör sig i missbrukarkretsarna, men de är svåra att upptäcka och blir vanligtvis inte synliggjorda förrän deras missbruk börjat ge dem negativa konsekvenser. Men det är tydligt att en del yngre kvinnor gör ”korta karriärer”, d.v.s. de går från att t.ex. röka hasch till att injicera heroin på några månader.

När det gäller invandrare så finns det i Kristianstad få som är aktuella p.g.a. missbruk inom socialtjänsten, vilket också gäller frivården.

7.4. Vår kommentar

Brukarna och de professionella i fokusgrupperna bekräftar i flera avseenden resultaten från MAX-undersökningen. De anser att narkotikamissbruket ökat. Tillgången på narkotika är god, priserna är låga. De flesta berättar om en tydlig ökning av heroinmissbruket. På flera platser har eller håller heroinet på att ta över som dominerande preparat bland de tunga narkotikamissbrukarna.

Vad som är särskilt oroväckande, och som också framkommer av MAX-undersökningen, är att det under de senaste åren skett en ökad nyrekrytering av ungdomar till tungt narkotikamissbruk och ofta till heroinmissbruk. Uppgifterna om antalet unga heroinmissbrukare i en del skånska kommuner är mycket allvarliga och bör undersökas närmare.

En del talar om att heroinet tränger tillbaka amfetaminet, men det är viktigt att vara uppmärksam på att det fortfarande finns gott om amfetamin. Ingen av de amfetaminmissbrukare vi har intervjuat har klagat på tillgången. Tvärtom har de sagt att tillgången är god och priserna låga. Även om det uppenbarligen finns mycket heroin i Göteborg, så finns det uppgifter i intervjuerna som tyder på att narkotikamarknaden i Göteborg fortfarande domineras av amfetamin.

Narkotikasituationen i södra Sverige ser allvarlig ut. Narkotikaanvändningen är minst lika vanlig idag som den var i början av 1970-talet. Det är därför glädjande att olika intressenter engagerar sig i frågan. Men vi vill uppmärksamma att en del av det som förs fram i diskussionen tillhör ofta återkommande föreställningar i retoriken kring narkotikaproblemet. Ett exempel är påståenden om att ”missbruket går djupare ner i åldrarna”, som då och då hörs i narkotikadiskussionen. Faktum är att många undersökningar, såväl svenska som utländska[18], visar att detta inte stämmer. Ändå sedan det nuvarande narkotikaproblemet började etableras i Sverige i slutet av 60-talet har en majoritet av dem som utvecklat ett narkotikamissbruk börjat använda narkotika i tonåren. Redan i slutet av 60-talet förekom det att barn i början av tonåren använde narkotika i Sverige.

Flera intervjupersoner och deltagare i fokusgrupper har berättat om att många ungdomar inte följer vad man kan kalla den traditionella missbrukskarriären, utan att vägen till tungt missbruk har kortats och att många börjar direkt med heroin. Givetvis är det så att den ökade tillgången på heroin medför att fler prövar och missbrukar heroin. Även det faktum att heroinet inte bara injiceras, utan numera ofta intas genom rökning, har förmodligen medfört att det blivit enklare och mindre normbrytande att använda heroin. Men påståendet att den ”korta karriärvägen” är ett nytt inslag på narkotikaområdet måste nog också ses som en del i narkotikaretoriken. Antagligen förekommer det att ungdomar börjar direkt med heroin, men frågan är hur vanligt det är. Av våra heroinmissbrukande intervjupersoner, varav flera kan räknas som unga missbrukare, är det ingen som direkt har börjat med heroin, utan alla har under kortare eller längre tid använt andra droger, som t.ex. cannabis och ecstasy, innan de började med heroin. Dessutom är den ”korta karriärvägen” inte något nytt fenomen. Det finns ”korta karriärvägar” beskrivna i tidigare forskning t.ex. när det gäller hur kvinnors narkotikamissbruk har utvecklatsq[19].

Att vi ifrågasätter en del påståenden från intervjupersonerna och deltagarna i fokusgrupperna som en del av retoriken kring narkotikan handlar inte om att vi vill tona ner narkotikaproblemet. Tvärtom vill vi understryka att vi anser att narkotikasituationen i södra Sverige är allvarlig, förmodligen allvarligare än någonsin tidigare. Men vi anser att när man förhåller sig till narkotikaproblemen så är det viktigt att ta utgångspunkt i befintliga kunskaper och bygga vidare på dessa. Tar man allt som sägs i narkotikadiskussionen för sanningar riskerar man att bli blind för befintliga kunskaper. Det finns t.ex. en hel del kunskaper som kan bidra till att förklara varför tonåringar använder narkotika, liksom varför en del personer går snabbt från narkotikadebut till att bli tunga narkotikamissbrukare.

---

18. Se t.ex. Andersson et al (1986); Andersson (1991); Bergmark et al. (1989); Byqvist (1996); Crawford et al. (1983); Faupel (1991); Grapendaal et al. (1995); Kristiansen (1999); Lauritzen et al. (1997); Prins (1995); Stenbacka (1990); Svensson (1996); Svensson et al. (1998); Tops och Silow (1997).
19. Bergmark et al (1989); Nelson-Zlupko et al. (1995:45); Söderholm Carpelan (1992:67); Tunving och Nilsson (1985:379).

8. Sammanfattning

8.1. Uppdraget

Det var Socialstyrelsen och MOB (Mobilisering mot narkotika som gav oss uppdraget att göra en granskning av missbrukarvården ur ett klient/patientperspektiv. En arbetsgrupp inom Socialstyrelsen utarbetade sedan de riktlinjer för undersökningen som vi har arbetat efter.

Projektet har två syften. För det första att utifrån en brukarundersökning göra en bedömning av hur narkomanvården uppfattas av sina klienter och presumtiva klienter. För det andra att beskriva och analysera det sociala kontext som både narkomanvården och missbruksmiljön är en del av. Viktiga frågeställningarna är bland andra: Vad har brukarna för bakgrund? Hur ser deras liv i missbruk ut? Vilka vårderfarenheter har de? Hur ser de på vårdens innehåll och tillgänglighet? Vad anser de om tvångsvård? Vad krävs för att de ska kunna förändra sina liv?

Hur ser missbrukssituationen ut i södra Sverige? Hur ser narkomanvård och andra samhällsinsatser mot narkotikamissbruket ut?

8.2. Metoden

Undersökningen, som har genomförts under mars-april 2003, bygger på kvalitativa intervjuer och fokusgrupper. Intervjuer har genomförts med 45 personer med aktuella narkotikaerfarenheter. Dessutom ingår informella samtal med ett tiotal aktiva narkotikamissbrukare på sprutbytesprojektet i Malmö. Tre fokusgrupper med deltagare från socialtjänst, behandlingsprojekt, kriminalvårdens frivård, sjukvård, polis, tull (i ett fall) och frivilliga organisationer har genomförts i Halmstad, Karlshamn och Kristianstad. Brukarintervjuerna har utförts i Göteborg, Halmstad, Karlshamn, Kristianstad, Lund och Malmö. Vi har rekryterat brukare på sprutbytesprogrammen i Lund och Malmö, på avgiftningskliniker i Göteborg, Lund och Malmö och på Rådgivningsbyrån i Lund. Dessutom har vi fått hjälp av socialtjänst och en frivillig organisation att skaffa fram intervjupersoner på de orter där vi har genomfört fokusgrupper. Särskilt de som var inne för avgiftning ville gärna låta sig intervjuas, medan besökarna på sprutbytesprogrammen ofta hade alltför bråttom för en intervju.

8.3. Intervjupersonernas bakgrund

Av de intervjuade är tio kvinnor och 35 män. Medelåldern för kvinnorna är 35,7 år, för männen 34,9 år. Tre av de tio kvinnorna har utländsk bakgrund, dvs. antingen är de själva eller minst en av föräldrarna födda utomlands. Av de 35 männen har tolv utländsk bakgrund.

Åtta av kvinnorna är ensamstående, två är sammanboende med män. Fem av kvinnorna har barn, varav en har hemmavarande barn. Av de 35 männen är 30 ensamstående och fem sammanboende med kvinnor. Tio av männen har barn, varav två lever tillsammans med sina barn.

Gruppen har en svag ställning på arbetsmarknaden. Trettioen av de trettiofem männen är arbetslösa, sjukskrivna eller har pension. Övriga har deltidsarbete, arbetspraktik eller är studerande. Av kvinnorna har en praktik, sex är arbetslösa och tre förtidspensionerade. Bostadssituationen för gruppen är bättre, 21 har egen lägenhet, 21 är hemlösa och tre har lägenheter med specialkontrakt.

Sex av kvinnorna och 26 av männen har använt narkotika under den senaste två veckorsperioden. De flesta av dessa (tre kvinnor och 19 män) har heroin som huvuddrog, i växlande omfattning kombinerat med bensodiazepiner. Sju intervjupersoner (tre kvinnor och fyra män) har amfetamin som huvuddrog. Två män har hasch som huvuddrog, en man har läkemedel. De övriga fyra aktivt missbrukande männen har olika kombinationer av blandmissbruk. Även bland de tretton som har mer än två veckors drogfrihet dominerar heroinmissbrukarna, sju personer (två kvinnor och fem män). Något färre, tre män och två kvinnor, har amfetamin som huvudpreparat. Slutligen ingår en man med ett blandmissbruk.

Intervjupersonernas livssituationer motsvarar den dystra bild av gruppen ”tunga narkotikamissbrukare” som framkommer av tidigare forskning. Det handlar inte minst om svag förankring såväl på bostads- och arbetsmarknaden som i det ordinarie samhället. En del av intervjupersonerna är uppenbart övergivna, inte enbart av sina anhöriga utan även av samhället.

8.4. Livet som missbrukare

Livet som narkoman beskrivs av våra intervjupersoner som tungt och krävande. Missbruket är mycket kostsamt, även om narkotikapriserna är lägre för dem som har goda kontakter. För att få ihop pengar till narkotikan får man tillgripa en form av nödvärnskriminalitet. Det handlar om snatterier, stölder, inbrott, personrån samt ofta egen narkotika-

försäljning. För den som har mycket goda langarkontakter är det frestande att sälja vidare till mindre lyckligt lottade missbrukare.

De intervjuade heroinmissbrukarna har gått på relativt höga doser. De flesta uppger närmare ett gram heroin per dygn, men förbrukningen påverkas av hur mycket pengar de lyckas ordna. Även om priserna fluktuerar är de historiskt sett låga, lägre än för tio år sedan. Också amfetaminmissbrukarna berättar om höga doser, god tillgång och låga priser.

Livet har gått upp och ner för undersökningsgruppen. Flera har haft ganska långa drogfria perioder, då de ofta arbetat eller studerat, men dessa följs av återfall. Som orsaker till återfallen anges den tomhet, sysslolöshet och ensamhet som följer när man lämnar narkotikan. Det kontrasterar mot den intensiva socialitet som finns i missbrukarvärlden.. För att narkomanerna ska kunna etablera sig som drogfria i samhället igen krävs att de hittar ett nytt livsinnehåll, kommer in i en ny gemenskap och lär sig att fylla det tomrum som drogen lämnar.

Intervjupersonerna framhåller att det är närmast omöjligt att kombinera bostadslöshet med drogfrihet. Bostadsfrågan måste lösas om t.ex. behandlingar och andra insatser ska få effekt mot missbruket.

8.5. Vårderfarenheter

Brukarna som intervjuats har varit i vård tidigare och har nu sökt sig till vård igen. Undantagen är den grupp på närmare tjugo personer som vi träffar på sprutbytesprogrammen. Många i den gruppen uttryckte en resignation inför möjligheten att få del av knappa vårdresurser. Några hävdar att för dem är missbrukarlivet att föredra jämfört med ett drogfritt liv. De intervjuade som vill ha vård beskriver hur deras missbruksperioder (med påföljande personligt lidande och omfattande kriminalitet) har förlängts på grund av de långa vårdköerna. Det handlar om väntetider av två slag främst – i själva beslutsfattandet samt inför avgiftning.

Att tolvstegsmodellen har en stark ställning i missbruksvården visar sig i intervjuerna. Många unga har varit på Pro-Krami, av de äldre är Resurs och Provita vanligast. Klienterna är överlag imponerade av vårdprogrammen men inte av eftervården. Bristerna i eftervården är förmodligen ett större skäl till att människor med missbruksproblem återfaller i missbruket än brister i vårdprogrammen. Flera av intervjupersoner ger exempel på att de efter avgiftningar och behandlingar möts av oförändrade situationer vad det beträffar t.ex. bostäder och sysselsättning.

Subutex har snabbt fått ett mycket gott anseende bland heroinisterna. Vid avgiftningar lindrar det abstinensen, tar bort ”suget” och gör avgiftningen mycket mindre plågsam

än tidigare. Även de som har eller har haft subutex som underhållsbehandling talar väl om preparatet. I jämförelse med metadon har subutex avsevärt mindre biverkningar, enligt de intervjuade som har prövat båda preparaten. Det finns en stor efterfrågan efter underhållsprogram där subutex kombineras med sysselsättning och socialt och emotionellt stöd. Flera heroinister berättar att de har tvingats konstruera sina egna, illegala underhållsprogram, eftersom det inte finns plats i de legala. En snabb utbyggnad av kvalificerade underhållsprogram framstår som en insats med stor efterfrågan i samtliga undersökta städer förutom Karlshamn.

Av brukarintervjuerna att döma har det under de senaste tio åren skett ett paradigmskifte inom socialtjänsten. Tidigare arbetade socialarbetarna intensivt för att söka upp och motivera narkotikamissbrukare till att söka vård. Nu är det i stället så att missbrukarna får lägga mycket kraft på att övertyga socialtjänsten om sitt behov av vård. Särskilt svårt är det att få tillgång till kvalificerad institutionsvård. Kommunerna föreslår öppenvårdsinsatser även i situationer där forskning och beprövad erfarenhet visar att dessa inte är framgångsrika.

I Skåne har det blivit något lättare att komma till avgiftning för heroinister sedan öppenvårdsavgiftningen startade i Lund. Tyvärr fungerar inte samordningen med socialtjänsten tillfredställande och många saknar adekvata uppföljande insatser efter avgiftningstiden, vilket leder till snabba återfall. Amfetaminmissbrukarna hänvisas numera i stor utsträckning till att själva organisera sin avgiftning, vilket är svårt att genomföra om de saknar bostad och personliga nätverk som kan ge stöd.

Tvångsvården är en perifer verksamhet som berör få. Hälften av de tillfrågade är positiva till att det finns möjligheter att ingripa med tvång mot narkotikamissbrukare som förlorat kontrollen på sitt missbruk, men få anser att de själva skulle ha behövt det. De flesta som tillfrågas om homeriskt tvång är positiva till det.

I och med att narkomanvården har rustats ner på öppenvårdssidan saknas ofta socialarbetare som har de kontakter och kunskaper som krävs för att koordinera avgiftningsplatser och uppföljande vård. Men i sista hand beror de långa vårdköerna på för få avgiftningsplatser, för få platser med substitutionsbehandling av metadon och subutex, otillräckligt utbyggda öppenvårdsprogram och kommunernas ovilja att bevilja hjälp till dyrbara (men ofta nödvändiga) institutionsvistelser.

8.6. Brukarna om sina möjligheter

De flesta har erfarenheter av missbrukarvård som av olika skäl inte gett avsedda resultat. Ibland har misslyckandena underlättats av att brukarna har mött behandlingsverksamheter med kompromisslösa krav inför tillfälliga återfall, att vården har avbrutits i förtid av ekonomiska skäl eller - som i ett fall - att klienten tvingades lämna behandlingen eftersom han inlett ett kärleksförhållande med en annan klient. Konsekven-

serna av att klienter skrivs ut ur programmet mot sin vilja tycks nästan undantagslöst vara återfall i tungt missbruk.

Klienterna är negativa till traditionella heroinavgiftningar, men betydligt mer positiva till subutexavgiftningar. När Halmstad gick ut och frågade klienterna sa de att avgiftningarna inte skulle vara plågsamma. Därför började man använda subutex. Många har stora förhoppningar knutna till att få subutex förskrivet som underhålls-behandling. Men även om många av intervjupersonerna ger uttryck för att de är osäkra på att klara sig utan subutex, så finns det intervjupersoner som vill bryta sig loss från heroinmissbruk och försöka att leva utan vare sig subutex eller metadon.

Även bland dem som finns i eller nära vården finns det en tveksamhet inför möjligheten att leva drogfritt. Men många av intervjupersonerna var också hoppfulla till att kunna få ett drogfritt liv, under förutsättning att de får hjälp av olika slag. Förmodligen missar vi en del av de resignerade, eftersom vi mest har sökt kontakt via vården. Genom sprutbytesprogrammen får vården kontakt också med människor som präglas av en uppgivenhet inför sina möjligheter att lämna missbruket och som känner en skepsis gentemot myndigheter och ”vårdapparaten”, Den dag narkomanvården återigen börjar med uppsökande verksamhet och motivationsarbete är sprutbytesprogrammen en viktig kontaktyta till de personer som förefaller att vara fast i ett tungt missbruk.

De intervjupersonerna som har haft kontakt med sprutbytesverksamheterna i Malmö och Lund beskriver dessa i mycket positiva ordalag, både för att de hjälper dem att undvika olika typer av infektioner, men också för att personalen behandlar dem med värdighet och respekt. Sprutbytesverksamheterna är ett exempel på verksamheter som tar sin utgångspunkt i narkotikamissbrukarnas livsvillkor.

Tre teman framträder i många av intervjuerna när de talar om nödvändiga betingelser för att kunna lämna missbruket. *Trygghet* - vilket innebär betydelsen av egen bostad och ett drogfritt socialt nätverk. I detta tema ingår också att känna trygghet gentemot heroinsuget med hjälp av substitutionspreparat. *Meningsfullhet* - att hitta en ny mening med livet och något att fylla tomrummet efter heroin med. *Värdighet* - handlar om en återupprättelse som samhällsmedlem, att få tillbaka respekten från släkt och familj, att kunna ta hem sina omhändertagna barn, att bli betrodd med körkort. Men av berättelserna framgår också att det hos brukarna finns en *ambivalens* inför det nya livsprojektet, klarar jag att lämna det gamla livet, finns det en plats för mig i samhället, går det att leva ett liv utan droger?

Brukarna har tillfrågats om hur de tror att deras liv ser ut om ett år. Att framtidssynen ofta påverkas av hur nusituationen ser ut framgår tydligt av deras svar. De mest resignerade svaren gavs av en del av dem som befann sig i ett aktivt narkotikamissbruk och som hade svag förankring på såväl bostads- som arbetsmarknaden. Många

var hoppfulla, men grundade sitt hopp på förväntningar att inom överskådlig tid få tillgång till önskad vård, t.ex. subutexförskrivning eller behandlingshemsvistelser.

8.7. Missbrukssituationen i södra Sverige

Sedan i slutet av 1990-talet har en rad undersökningar visat att såväl bruket som missbruket av alkohol och andra droger har ökat i Sverige. Det finns ett samband mellan hög alkoholanvändning och narkotika. Flera undersökningar pekar också på förändringar när det gäller vilka grupper som använder droger, vilka typer av droger som används och hur drogerna används. Brukarna och de professionella i fokusgrupperna bekräftar i flera avseenden denna bild. De anser att narkotikamissbruket ökat. Tillgången på narkotika är god, priserna är låga. De flesta berättar om en tydlig ökning av heroinmissbruket. På flera platser har eller håller heroinet på att ta över som dominerande preparat bland de tunga narkotikamissbrukarna. Skillnaden är inte så stor mellan de olika regionerna, bortsett från att Blekinge tycks ha mindre av heroinmissbruk än övriga regioner.

Vad som är särskilt oroväckande, och som också framkommer av MAX-undersökningen, är att det under de senaste åren skett en ökad nyrekrytering av ungdomar till tungt narkotikamissbruk och ofta till heroinmissbruk. Men även om heroinet tränger tillbaka amfetaminet, är det viktigt att vara uppmärksam på att det fortfarande finns gott om amfetamin och att priserna är låga. I exempelvis Göteborg finns det uppgifter i intervjuerna som tyder på att narkotikamarknaden fortfarande domineras av amfetamin.

En ofta förekommande uppgift är att ”missbruket går ner i åldrarna” och att ”nu går ungdomar direkt på heroin utan att tidigare har använt annan narkotika”. Det bör påpekas att ända sedan sextiotalet har det funnits ungdomar i 12-13 årsåldern som har börjat med narkotika. Det framgår också i denna undersökning, även om kvinnornas genomsnittliga debutålder är 16,1 och männens 15,0 år. Också när det gäller snabba karriärvägar har detta också förekommit tidigare, särskilt när det gäller unga flickor. Det innebär att det finns viktiga kunskaper också i befintlig forskning när det gäller att förebygga och åtgärda ungdomars missbruk.

8.8. Tre kommuner

Tre fokusgrupper har genomförts med deltagare från Halmstad, Karlshamn och Kristianstad. I grupperna ingår viktiga aktörer i arbetet mot narkotikamissbruk - socialtjänsten, polisen, kriminalvårdens frivård, psykiatrisk narkomanvård, lokala behandlingsprogram och frivilliga organisationer. I Karlshamn deltog också en representant från tullen och stadens folkhälsosamordnare. Fokusgrupperna belyser hur tjänstemän och organisationsföreträdare i svenska städer resonerar om viktiga

narkotikafrågor. Allmänt kan konstateras att det fanns en stor samstämmighet i synsättet, både mellan kommunerna och mellan de olika aktörerna.

På frågan om vad som är viktigast för att motverka narkotikamissbruket i kommunen föreslog de tre grupperna insatser för att minska efterfrågan, främst primärpreventiva insatser som siktar in sig på skolan. Det kan vara värt att notera att fokusgruppdeltagarna inte alls tar upp ökade vårdsatsningar som ett medel att få ned missbruket.

Även om kommunerna skiljer sig åt i storlek har de en gemensam linje när det gäller behandlingshem - man ska ha så få placeringar som möjligt. Det är ett ställningstagande som både bygger på en anpassning till knappa ekonomiska resurser och en övertygelse om öppenvårdens förtjänster. De brukare som vi träffar i Göteborg, Lund och Malmö övertygar oss om att inställningen är likartad i dessa städer. Det finns en stor skepsis inom socialtjänsten gentemot den institutionella narkomanvården. Brukarna är betydligt mer positiva.

På avgiftningssidan är det i alla tre kommunerna svårt med akuta insatser. Avgiftningarna ska vara planerade och kopplade till en uppföljning. Villkoren och kraven för att få avgiftning och vård har medfört att det finns en tungt belastad och marginaliserad grupp av narkotikamissbrukare som stängs ute från vården. I denna grupp finns såväl kvinnor som män

Inte bara i dessa tre kommuner utan över hela Sverige har möjligheterna minskat för missbrukare att få bostäder i det vanliga beståndet. Ofta tillämpas en form av boendetrappa där missbrukaren undan för undan får kvalificera sig till ett allt bättre och självständigare boende. I Karlshamn och Kristianstad har ansvaret för härbärgen överförts på frivilliga organisationer. Halmstad har inget härbärge utan försöker lösa akutboendet på annat sätt.

Samtliga fokusgrupper framhåller att resurserna till insatser mot missbruket har minskat. Detta har skett parallellt med att missbrukssituationen i de tre kommunerna har förvärrats. När det sedan gäller det konkreta arbetet pekar representanterna från socialtjänsten på att det inte alltid är enighet mellan socialtjänst och brukare om hur resurserna ska användas. Här anser sig socialtjänsten ha ett tolkningsföreträde. Det är de som vet vad som är bäst för klienterna. Brukarna har ofta en annan åsikt.

Ur diskussionerna i fokusgrupperna framträder fyra grupper som inte nås fullt ut av vårdinsatserna - personer med invandrarbakgrund, kvinnor som har barn, personer med dubbeldiagnoser och personer som är angelägna om att hålla sitt missbruk dolt. Till dessa kan föras människor som inte vill förändra sitt missbruk och sådana som inte anser att de vårdinsatser som erbjuds är attraktiva. Utsikterna förefaller inte särskilt goda att narkomanvården ska bli effektivare i att nå missbrukare, eftersom uppsökande

verksamhet saknas. När det är svårt att få fram vårdresurser till dem som söker vård minskar rimligen också intresset att få kontakt med nya, vårdkrävande grupper.

Av fokusgrupperna framgår att myndigheterna i de tre kommunerna ännu inte har börjat genomföra systematiska brukarundersökningar av det slag som genomförs inom exempelvis äldreomsorg. Uppenbart är också att det inte finns några organiserade sammankomster i kommunerna där representanter från socialtjänst, sjukvård, frivård, polis, frivilliga organisationer och tull regelbundet träffas för att ge varandra lägesbeskrivningar och för att samordna insatser.

Referenser

Andersson, B. & Fridell, M. & Nilsson, K. & Tunving, K. (1986) *Sjuttiotalets narkomaner. Patienter vårdade vid St Lars sjukhus 1970-1978*. Lund: Lunds universitet, Institutionen för psykiatri och neurokemi.

Andersson, B. (1991) *Att förstå drogmissbruk. Praktiken, situationen, processen*. Lund: Arkiv.

Bergmark, A. & Björling, B. & Grönbladh, L. & Oscarsson, L. & Segraeus, V. (1989) *Klienter i institutionell narkomanvård. Analyser av bakgrund, behandling och utfall*. Uppsala: Pedagogisk forskning i Uppsala 89, Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet.

Blomqvist, J. (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. Stockholm: FoU-rapport nr 2002:2. Stockholms socialförvaltning, FoU-byrån.

Byqvist, S. (1996) Cannabis, amfetamin eller opiater? Narkotikamissbrukares val av preparat från debut till inskrivning i vård, *Nordisk alkoholtidskrift*, Vol 13, 1996:5-6.

CAN (2002) *Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2002*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

Crawford, G. A. & Washington, M. C. & Senay, E. C. (1983) Careers with Heroin, *The International Journal of the Addictions*, 18(5):1983 (sid. 701-715).

Faupel, C. E. (1991) *Shooting dope. Careeer Patterns of Hard-Core Heroin Users*. Gainesville: University of Florida Press.

Forsman, B. (1997) *Forskningsetik. En introduktion*, Studentlitteratur, Lund.

Grapendaal, M. & Leuw, E. & Nelen, H. (1995) *A World of Opportunities. Lifestyle and economic behavior of heroin addicts in Amsterdam*. New York: State University of New York Press.

Helling, S. (2003) *Missbrukarvården ur ett klientperspektiv* http://www.mobilisera.nu/upload/3745/norra_kartlaggning.pdf

Kristiansen, A. (1995) *Socialtjänst, missbrukare och ungdomar. En rapport om socialtjänstens missbrukar- och ungdomsvård i Vilhelmina kommun*. Umeå: Umeå universitet, Uppsatser från Institutionen för socialt arbete nr 3.

Kristiansen, A. (1999) *Fri från narkotika. Om kvinnor och män som har varit narkotikamissbrukare*. Umeå: Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.

Kristianstads socialförvaltning (2003) *Verksamhetsberättelse 2002*

Lander, I. & Olsson, B. & Rönneling, A. & Skrinjar, M. (2002) *Narkotikamissbruk och marginalisering. MAX-projektet, slutrapport*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).

Lalander, P. (2001) *Hela världen är din. En bok om unga heroinister*. Lund: Studentlitteratur.

Lauritzen, G. & Waal, H. & Amundsen, A. & Arner, O. (1997) A nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings, *Nordisk Alkohol- och Narkotikatidskrift*, vol. 14. 1997 (english supplement), (sid. 43-63).

Nelson-Zlupko, L. & Kauffman, E. & Dore Morrison, M. (1995) Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women, *Social Work*, Vol. 40, No 1, 1995 (sid. 45-54).

Olsson, O. & Byqvist, S. & Gomér, G. (1993) *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Stockholm: CAN:s rapportserie nr 28, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Prins, E. H. (1995) *Maturing out. An empirical study of personal histories and processes in hard-drug addiction*, Van Gorcum, Assen.

Runquist, W (2003) personligt meddelande till författaren, e-post

Rönn, Peter (2002), *Narkotikamissbrukares kriminalitet i Västra Götaland,* Underrättelserapport, Polismyndigheten Västra Götland Länskriminalpolisen, Underrättelseroteln

SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, vol I-II,* Stockholm: rapport från SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering)

SCB (1982:4) *Socioekonomisk indelning (SEI)*. Stockholm: Meddelanden i samordningsfrågor, Statistiska centralbyrån, 1982:4, Nytryck 1995.

Skårner, A, (2002) *Skilda världar.* Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs

universitet, (ak.avh.)

Socialstyrelsen (2002) *Missbrukare och övriga vuxna – insatser 2001*, Stockholm: Statistik socialtjänst 2002:8

Socialstyrelsen (2003) *Organisation, resurser och insatser inom offentlig narkomanvård (Orion)*

http://www.mobilisera.nu/upload/3745/norra_kartlaggning.pdf

SOU 2000:126 (2000) *Vägvalet. Den narkotikapolitiska utmaningen*. Slutbetänkande av Narkotikakommissionen, Stockholm: Socialdepartementet

Stenbacka, M. (1990) Initiation into intravenous drug abuse, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1990:81 (sid. 459-462).

Svensson, B, (1990) Missbrukssituationen i Kristianstad, Kristianstad: Socialförvaltningen (stencil)

Svensson, B. (1996) *Pundare, jonkare och andra. Med narkotikan som följeslagare*.

Stockholm: Carlssons.

Svensson, B. & Svensson, J. & Tops, D. (1998) *Att komma för sent så tidigt som möjligt. Om prevention, ungdomskultur och droger*. Helsingfors: NAD-publikation nr 34, Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD).

Svensson, B (2003) *Knarkare och plitar - tvångsvården inifrån*. Stockholm: Carlssons

Svärd, H. (1998) *Hemlöshet. Fattigdomsbevis eller välfärdsdilemma?* Lund: Studentlitteratur.

Söderholm Carpelan, K. (1992) *Unga narkotikamissbrukare i en vårdkedja - en studie av 208 ungdomar vid Maria ungdomsenhet i Stockholm*. Stockholm: Rapport i socialt arbete nr 59, Stockholms universitet, Socialhögskolan.

Thomas, W. I. &. Znaniecki, F. (1995, original 1918-1920) *The Polish Peasant in Europe and America. A Classic Work in Immigration History*, University of Illinois Press, Urbana.

Tops, D. & Silow, M. (1997) *En ny generation heroinmissbrukare i Malmö (”Det finns inget rökheroin”). En beskrivning av unga heroinister med svensk och utländsk bakgrund*. Lund: Meddelanden från Socialhögskolan 1997:10, Socialhögskolan, Lunds universitet.

Tunving, K. & Nilsson, K. (1985) Young Female Drug Addicts In Treatment A Twelve Year Perspective, *Journal of Drug Issues*, 1985, 15 (sid. 367-382).

Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

Brukarundersökning:
Intervjuguide

Bakgrund

Ålder

Födelseland, Föräldrarnas födelseland

Socioekonomisk bakgrund

Civilstånd

Sysselsättning

Utbildning

Försörjning

Boende

Socialt nätverk

Missbruk

Typ av missbruk

Debutålder, narkotika

Hur länge har missbruket pågått?

HIV

Hepatit

Myndighets- och samhällskontakter

Vilka myndigheter har du kontakt med?

Vad är skälet till kontakterna? Eller till att du ej har kontakt?

Vårderfarenheter

Har du fått vård/behandling för ditt missbruk? Om ja, av vem, när, vilken typ, hur många gånger? Vilken typ av vård har fungerat? Vilken typ av vård har ej fungerat?

Har du under det senaste året (de senaste två åren) sökt hjälp från socialtjänsten? Om ja, motsvarade den hjälp du fick dina förväntningar, hur blev du bemött, vad gav det för resultat?

Om du ej sökt hjälp från socialtjänsten under det senaste året (de senaste två åren), vad är skälet till det?

Har du under det senaste året (de senaste två åren) sökt hjälp från sjukvården? Om ja, motsvarade den hjälp du fick dina förväntningar, hur blev du bemött, vad gav det för resultat?

Om du ej sökt hjälp från sjukvården under det senaste året (de senaste två åren), vad är skälet till det?

Vad vill Du ha för typ av hjälp?

Hur ser du på utformningen/innehållet i missbrukarvården?

Hur ser du på missbrukarvårdens tillgänglighet/väntetider?

Hur ser du på tvångsvården? Homeriskt tvång?

Vad krävs för att du ska upphöra med ditt missbruk?

Missbruksläget

Hur ser missbrukssituationen ut i din kommun?

Livsinställning

Hur tror du att din livssituation ser ut om ett år? Har det skett en förbättring eller försämring? Vad är det viktigaste för att det ska kunna ske en förbättring?

BILAGA 2

Frågor fokusgrupper

1. Hur bedömer ni narkotikasituationen allmänt i staden?

Har det skett förändringar under de senaste åren?

2. Hur ser situationen ut för särskilda grupper som

- tunga missbrukare

- kvinnor

- ungdomar

- invandrare

Har det skett förändringar för någon av dessa grupper under de senaste åren?

3. Vad har dessa grupper för särskilda behov?

4. Vad anser ni är viktigast för att motverka narkotikamissbruket i er kommun?

5. Hur är narkomanvården uppbyggd i er kommun?

6. I vilken utsträckning nås missbrukarna av vårdinsatser? Finns det grupper som ni inte når?

7. Hur ser tillgänglighet/väntetid ut?

8. Vilka viktiga aktörer finns i staden i arbetet mot narkotikamissbruk? Finns det något som är specifikt för arbetet mot narkotikamissbruket i er kommun?

9. Hur ser samarbetet ut? Finns det aktörer som bör inlemmas i samarbetet?

10. Hur stämmer resurserna med klienternas behov?

11. Hur fångar ni upp klienternas synpunkter på vården?