

Omtanke eller misstanke? En studie av hur ombud för
Svenska Brukarföreningen beskriver
substitutionsbehandling

Mats Ekendahl & Patrik Karlsson

SAMMANFATTNING

Substitutionsbehandling (i Sverige kallad läkemedelsassisterad behandling eller rehabilitering, sk LARO) innebär en kontrollerad tillförsel av metadon eller buprenorfin till opiatberoende personer. Vårdformen har länge varit kontroversiell i Sverige, och även om den ofta beskrivs som det bästa alternativet för opiatberoende omgärdas den i de allra flesta vårdssystem världen över av restriktivitet och kontroll. I denna studie undersöker vi hur svenska brukare av substitutionsbehandling beskriver och förhåller sig till den verksamhet som pågår på mottagningar och kliniker landet över. Särskilt fokus ligger vid att belysa de problem- och utvecklingsområden som de anser vara viktigast att lyfta fram. Studien kan därmed ge inblick i brukarnas synsätt på och önskemål kring en ofta dold praktik. Ambitionen är att lyfta fram och förstå hur vårdformen beskrivs av personer som är engagerade i uppgiften att föra patienternas talan, det vill säga lokala ombud för Svenska Brukarföreningen. Vi har analyserat dessa brukarrepresentanters tal om substitutionsbehandling med fokus på såväl problemdefinitioner som lösningsförslag.

Totalt genomfördes 16 intervjuer med representanter för Svenska Brukarföreningens lokala avdelningar i olika regioner i landet. Intervjumaterialet tematiserades i två steg. I en första strukturering placerades samtliga intervjuutsagor i olika kategorier baserat på deras innehåll. Exempel på dessa kategorier är "beskrivning av mediciner", "inflytande", "krav och kontroll" samt "lokala variationer". Efter denna översiktliga strukturering genomfördes en detaljerad analys av respondenternas tal med fokus på kategoriövergripande teman. Analysen visade att respondenterna förhöll sig till substitutionsbehandlingen utifrån olika grundläggande roller eller perspektiv, till exempel så de att vissa personer generellt sett har svårare för att sköta sig än andra och att vissa tenderar att ges mer inflytande över behandlingen än andra. Vi tolkade detta som uttryck för förekomsten av olika subjektpositioner, vilka föreföll vara relaterade till olika verklighetsbeskrivningar. Begreppet subjektposition refererar till specifika beskrivningar av verkligheten, till specifika handlingsmönster och till specifika roller.

Slutligen organiserade vi materialet utifrån Bacchi's (2009) idé om att politiska och eller på annat sätt värderande utsagor om verkligheten innehåller beskrivningar av problemet, dess orsak, samt lösningsförslag. Genom detta kunde vi identifiera tre centrala teman som redogör för tre olika subjektpositioner och som sammanfattar vad intervjuerna handlade om. Dessa var: 1) "Missbrukarens dilemma" - att vara sjuk och bli bemött som frisk, 2) "Patientens dilemma" - att inte samtidigt kunna få vara både sjuk och frisk och 3) "Brukarens dilemma" - att vara frisk och bli bemött som sjuk. Denna tematisering prövades sedan igen i förhållande till materialet. Då merparten av resonemangen i intervjuerna kunde kopplas till denna tematisering bedömdes den vara trovärdig och väl förankrad i empirin.

Resultaten från studien bekräftar den bild av svensk substitutionsbehandling som finns dokumenterad i Svenska Brukarföreningens egen undersökning av patienternas syn på verksamheten. Respondenterna beskriver en tacksamhet över att slippa alla de fysiska/psykiska/sociala problem som ett aktivt heroinbruk är förknippat med, samtidigt som de reser omfattande kritik mot det strikta regelverk och den kontroll av opiatberoende personer som verksamheten bygger på (Svenska Brukarföreningen, 2012). Behandlingen ses som mycket repressiv och inflytandet från brukarna själva på utformning och innehåll beskrivs i stort sett som obefintligt. Respondenterna ger många exempel på att godtycklighet och moralism är ständigt närvarande inom behandlingen och att verksamheten snarare motverkar än gynnar deras rehabiliteringsprocess. Inget indikerar att respondenterna ser på verksamheten som innehållande något utöver medicinering mot abstinensbesvär. Den officiella benämningen av substitutionsbehandling (läkemedelsassisterad behandling eller rehabilitering) förefaller missvisande utifrån deras berättelser, eftersom den antyder att läkemedlen endast utgör en mindre del av innehållet i behandlingen.

Ett antal av de problem som lyfts fram förefaller vara rotade i substitutionsbehandlingens motsägelsefullhet. Det framstår enligt detta som oförenligt att betona å ena sidan säkerhet och kontroll, och å andra sidan brukarmakt och inflytande. Att opiatmissbruk ses och bemöts som en behandlingsbar medicinsk åkomma i vissa sammanhang men inte andra, samt det faktum att begreppet brukare kopplas ihop med både en patientroll och en roll som missbrukare är exempel på detta. En generell slutsats vi drar utifrån intervjuerna är att begreppet "brukare" – i meningen en individ som rationellt och egenmäktigt använder de insatser som finns tillgängliga – framstår felplacerat inom substitutionsområdet i Sverige. En brukare av "substitutionsbehandling" kommer alltid samtidigt att vara en brukare av "narkotika", vilket i sig signalerar att hans/hennes inflytande bör minimeras och endast avse triviala aspekter. Vi menar att i den mån brukarbegreppet ska användas inom substitutionsbehandlingen i Sverige krävs tydlighet från myndighetshåll kring vad brukarinflytande i realiteten kan avse. Att som i nuläget använda ett begrepp som tycks sakna förankring i praktiken kan leda till orealistiska förväntningar från olika parter och kan också skapa falska förhoppningar avseende programdeltagarnas utrymme att själva påverka behandlingen.

Nedan följer några huvudresultat och rekommendationer för hur verksamheten kan utvecklas i överensstämmelse med patienternas önskemål:

- Som representanter för en större grupp av patienter vill inte respondenterna förmedla kritik mot substitutionsbehandlingen som sådan, enbart sättet som den är utformad på. Substitutionsbehandlingen ses tvärtom som helt nödvändig för opiatberoende personer och utan denna skulle deras situation förvärras avsevärt. Däremot behöver behandlingsformen göras mer flexibel utifrån enskilda patienters behov, önskemål och livssituation.
- Substitutionsbehandlingen i Sverige kännetecknas enligt respondenterna av en djup motsägelsefullhet som försvårar motivation till livsstilsförändring och rehabilitering. Opiatberoende ses och bemöts omväxlande som en behandlingsbar medicinsk åkomma och som ett moraliskt problem. Detta sätter patienterna i en svår situation. De tvingas till exempel enligt egen utsago censurera vad de berättar för personalen av rädsla för vad de ser som repressalier. Vi hävdar att detta avgörande problem måste lösas om verksamheten ska kunna uppnå önskade rehabiliteringsmål.
- Behandlingssammanhanget upplevs som oförutsägbart och personalens bemötande som godtyckligt. Denna oförutsägbarhet ses utifrån respondenternas erfarenheter nästan som en självklarhet. Utifrån detta resonemang bör alltså bevekelsegrunderna för olika behandlingsrelaterade beslut göras mer transparenta.
- Substitutionsbehandlingen (läkemedelsassisterad behandling eller rehabilitering) beskrivs med tonvikt på dess medicinska inslag. Psykosociala insatser spelar en mycket undanskymd roll i berättelserna om verksamheten och i förhållande till vad respondenterna efterfrågar. Kontakter med mottagningarna sägs bestå av korta rutinartade möten, och substitutionsbehandling anses i allt väsentligt enbart utgöra utdelning av medicin och urinprovstagning. De psykosociala insatsernas osynlighet pekar rent allmänt mot att det verkar saknas långsiktiga rehabiliteringsmål som är tydliga för enskilda patienter. För patienter som upplever ett hjälpbehov förefaller det centralt att vårdutbudet är brett och lättillgängligt, särskilt i behandlingens inledande faser.

- Respondenterna menar att det faktiska brukarinflytandet inom behandlingen är så gott som obefintligt. Det begränsade inflytande de nämner förefaller enbart vara relaterat till triviala aspekter. Mot denna bakgrund anser vi att begreppet brukare - i meningen individer som rationellt och egenmäktigt använder de insatser som finns tillgängliga – är missvisande inom substitutionsområdet i Sverige. Mot bakgrund av rådande restriktiva narkotikapolitik och bestämmelser om medicinsk säkerhet ges de inte möjlighet att bestämma över det de vill bestämma om (t ex val av substitutionsmedicin, dosnivå, hämtningsfrekvens osv).

TACK

Författarna önskar rikta ett stort tack till Svenska Brukarföreningen och alla enskilda personer som frikostigt delade med sig av sina erfarenheter. Författarna är ensamt ansvariga för de slutsatser som dras och för eventuella felaktigheter i texten.

INLEDNING

Substitutionsbehandling (i Sverige kallad läkemedelsassisterad behandling eller rehabilitering, sk LARO) innebär en kontrollerad tillförsel av metadon eller buprenorfin (subutex, suboxone) till opiatberoende personer; den kan ses som ett slags kontrakt där hälso-/sjukvården erbjuder substitutionsmedicin mot att individen slutar missbruka. Behandlingsformen har länge varit kontroversiell i Sverige. Att förskriva narkotikaklassade preparat till missbrukare rimmar enligt många illa med en restriktiv narkotikapolitik och strävan efter ett narkotikafritt samhälle. Även om vårdformen internationellt ofta beskrivs som en guldstandard för behandling av opiatberoende omgärdas den generellt sett, i de allra flesta vårdssystem världen över av restriktivitet och kontroll (Waal & Haga, 2003; WHO, 2009). Grundtanken är att enbart de patienter som inte kan sluta med sitt beteende på annat sätt ska erbjudas substitutionsbehandling. Vidare att förskrivningen av substitutionsmedicin ska ske på ett effektivt och medicinskt säkert sätt, utan att dessa sprids till den svarta marknaden. För den enskilda individen kan detta innebära att tillgängligheten på vårdformen inte alltid motsvarar de upplevda behoven, och att den kontroll som behandlingen är förenad med anses bidra till känslan av stigmatisering och att inte vara en normal och fullvärdig samhällsmedborgare. För att motverka sådana upplevelser, och för att på effektivast möjliga sätt tillgodose opiatberoende personers ofta mycket komplexa vårdbehov (Kakko, 2011), har det ansetts nödvändigt att erbjuda en substitutionsbehandling som består av både medicinering och psykosociala interventioner av typen terapi, stödsamtal och praktisk hjälp (Socialstyrelsen, 2009).

I denna kvalitativa studie ställer vi oss frågan hur brukare av substitutionsbehandling beskriver och förhåller sig till den praktik som pågår på mottagningar och kliniker landet över. Särskilt fokus ligger vid att belysa de problem- och utvecklingsområden som de anser vara viktigast att lyfta fram. I förlängningen kan denna kvalitativa inblick användas för att förbättra rådande praktik och göra den mer förenlig med patienternas synsätt och önskemål. Vi kommer att utgå från befintlig kunskap som anger att brukarna beskriver sig vara i kläm mellan en livsnödvändig men strikt reglerad substitutionsbehandling, och ett omgivande samhälle som diskriminerar och därmed marginaliserar opiatberoende personer (Fraser & Valentine, 2008). I denna studie försöker vi lyfta fram och förstå hur vårdformen beskrivs av personer som själva är patienter men som också har tagit på sig uppgiften att föra andra patienters talan, det vill säga lokala ombud för Svenska Brukarföreningen. Genom att strukturera och analysera deras tal med fokus på problemdefinitioner och lösningsförslag kan vi både öka förståelsen för varför de säger som de säger, och bidra med kunskap om vad det innebär att medverka i substitutionsbehandling idag. Detta kan i förlängningen öka förutsättningarna för att jämka samman brukarperspektiv och myndighetsperspektiv på verksamheten.

Under senare år har enskilda individers upplevelser av hjälpinsatsers relevans blivit allt mer centrala inom såväl politik som vetenskap. Denna utveckling, där de som blir föremål för samhällets interventioner betraktas som brukare eller konsumenter med autonomi, rättigheter och inflytande, kan skönjas inom både hälso-/sjukvård och andra välfärdssektorer. Beträffande missbrukarvård har också WHO (2000) starkt betonat vikten av att mäta och ta brukarnas perspektiv på allvar för att utveckla en effektiv verksamhet. Att se brukarperspektivet som en hörnsten, tillsammans med klinisk expertis och aktuellt kunskapsläge, stämmer väl med vad som idag anses känneteckna en evidensbaserad praktik (Satterfield et al., 2009). Inom missbruksområdet råder det dock ofta en diskrepans mellan politiska rekommendationer och faktisk praktik (King, 2011) och forskningen har enbart i begränsad utsträckning intresserat sig för brukarnas perspektiv (Orford, 2008). Denna kunskapsbrist är särskilt problematisk i förhållande till substitutionsbehandling, där det på många områden saknas information om vad Sveriges närmare 5000 brukare tycker om de interventioner de blir föremål för. Brukarperspektivet är viktigt inte minst eftersom att olika opiatberoende personer (när det gäller t ex kön, etnicitet, social situation och förekomst av samsjuklighet) kan antas ha olika behov av stöd och hjälp för att kunna hantera och lösa sin svåra situation.

Internationell forskning om substitutionsbehandling består av två huvudfrågor. Den ena utgörs av experimentstudier som visar på goda effekter när det gäller hälsa, kriminalitet, social funktion och retention (Amato et al., 2005), samt hur kombinationer av medicin och stöd/terapi kan öka effektiviteten (Amato et al., 2008). Den andra utgörs av främst kvalitativa studier med fokus på hur olika aktörer uppfattar och ger mening åt verksamheten (t ex Doukas, 2011; Fraser, 2006; Gomart, 2004). En viktig slutsats därifrån har varit att substitutionsbehandling visserligen ökar opiatberoende personers livskvalitet, men att den rigorösa kontroll som medicineringen är förknippad med gör det svårt att leva autonomt (Fraser & Valentine 2008). Studier visar också att patienterna överlag är nöjda, men upplever brist på flexibilitet när det gäller öppettider för doshämtning (Madden et al., 2008). Den refererade forskningen visar att brukares upplevelser och möjligheter styrs av dels behandlingstilltro och egen motivation (Gifford & Humphreys, 2007) och dels av hur de bemöts av omgivningen (Bergschmidt, 2004; Bourgois, 2000). Hur väl dessa resultat speglar svenska förhållanden är dock oklart. Den svenska substitutionsbehandlingen sägs vara präglad av "kurativa" (rehabiliterande) ambitioner, vilket kan jämföras med till exempel Danmark (Järvinen, 2008) och övriga Västeuropa där den även inkluderar "palliativa" (lindrane) ambitioner för patienter med särskilt stora problem (Asmussen Frank, Bjerger & Houborg, 2013; Järvinen & Andersen, 2009). Myndigheternas fokus i Sverige på den psykosociala "behandling" som ska "assisteras" av läkemedel understryker att patienterna inte bara ska sluta med heroin utan förändra sin livsföring på djupet (Ekendahl, 2009&2011; Petersson, 2013; SOU, 2000; Waal, 2007). Denna målsättning saknas i många andra länder.

Sammantaget pekar forskningsområdets komplexitet mot vikten av att synliggöra brukarnas perspektiv, till exempel på balansen mellan skadelindring och rehabilitering, mellan medicin och psykosociala interventioner samt mellan autonomi och kontroll. I studier av individnivån på området bör dock inte skillnaden mellan skadelindrane och rehabiliterande substitutionsbehandlingar tas för given eller tillmätas allt för stor betydelse. Dessa modeller har olika mål och syften, men kan vara lika när det gäller hur behandlingen läggs upp (Neale, Nettleton & Pickering, 2011) och hur problem med opiatberoende definieras (Ekendahl, 2012). Det finns också forskning som pekar mot att patienterna inte alltid är nöjda med de mål och de regler behandlingen förknippas med (Järvinen, 2008). Det är alltså uppenbart att det finns många perspektiv på verksamheten och att det behövs mer, och aktuell, kunskap om patienternas erfarenheter. I Sverige har Svenska Brukarföreningen (SBF) varit en aktiv och framgångsrik aktör när det gäller opiatberoende personers rättigheter och önskemål. Den har ett stort kontaktnät av engagerade medlemmar med inblick i och åsikter om hur substitutionsbehandlingen bedrivs i Sverige idag. Med ambitionen att snabbt och resurseffektivt belysa och analysera brukarperspektivet har vi i denna studie valt att göra urvalet av respondenter från denna förening.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med rapporten är att studera hur representanter för Svenska Brukarföreningen beskriver substitutionsbehandlingens praktik med specifikt avseende på följande frågor:

- Hur beskriver representanterna substitutionsbehandlingens vardag och hur resonerar de kring programdeltagares möjlighet att påverka den behandling de får?
- Hur beskrivs skillnader mellan olika regioner när det gäller utformning av och tillgänglighet på substitutionsbehandling?
- Hur beskrivs upplevelsen av att vara inskriven i substitutionsbehandling, och hur hanteras motstridiga känslor av att till exempel vara både normal/frisk och onormal/sjuk?
- Vilka behandlingsmål och behandlingsinnehåll anses vara rimliga för olika typer av opiatberoende personer?

METOD

Då ambitionen med projektet var att alstra individnära och fördjupad kunskap om hur substitutionsbehandling beskrivs och uppfattas genomfördes kvalitativa intervjuer (Neale et al., 2013). Ett välkänt problem i studier av detta slag är svårigheten att rekrytera deltagare (Watters & Biernacki, 1989). Ett sätt att översiktligt och resurseffektivt få en inblick i brukarnas perspektiv på och åsikter om den aktuella substitutionsbehandlingen var att intervjua representanter för brukarkollektiv/-föreningar. Dessa personer har kontakt med Svenska Brukarföreningens riksavdelning och är därmed möjliga att kontakta. Detta tillvägagångssätt innebar en lösning på de administrativa svårigheter som är förenade med att komma i kontakt med, rekrytera och intervjua tidigare okända patienter i program.

Totalt genomfördes 16 intervjuer med representanter för Svenska Brukarföreningens lokalavdelningar i Falun, Göteborg, Hudiksvall, Kalmar, Nyköping, Jönköping, Linköping, Lund, Sundsvall, Umeå och Stockholm. Svenska Brukarföreningen (SBF) har spelat en nyckelroll för rekrytering av deltagare i projektet. Via SBF har vi fått listor på tänkbara respondenter som vi sedan har kunnat kontakta själva. SBF har även gått ut på sin hemsida och via Facebook uppmanat medlemmar att ställa upp på intervju om vi som forskare skulle höra av oss. Första intervjun gjordes i maj och sista intervjun i september 2014. Intervjuerna baserades på en halvstrukturerad intervjuguide som i förekommande fall anpassades till lokala förhållanden. Den var strukturerad kring tre övergripande teman: "Lokala verksamheter som bedriver substitutionsbehandling", "Brukarinflytande i praktiken", samt "Utveckling av substitutionsbehandling och det omgivande samhället". Dessa teman hade i sin tur ett antal underfrågor och stödord kopplade till sig som användes för att stimulera respondenterna att dela med sig av sina upplevelser.

Några intervjuer (7 stycken) gjordes per telefon och resten ansikte mot ansikte på platser som respondenterna valde själva. Samtliga var i åldern 30-55 år, och fem av 16 var kvinnor. Graden av formell organisering och mötesfrekvens i lokalavdelningarna som respondenterna representerade varierade mellan olika kommunerna. Det bestående intrycket efter datainsamlingen var att representanterna för Brukarföreningen tyckte att det var viktigt och stimulerande att bli intervjuad om detta, enligt dem, underutforskade och ignorerade ämne. Intervjuerna varade mellan ca 30 och 60 minuter och en forskningsassistent transkriberade dem ord för ord. I resultaten nedan är alla namn fingerade och personliga omständigheter har tagits bort eller förändrats för att bevara respondenternas anonymitet. Alla har dock flerårig erfarenhet av substitutionsbehandling (med metadon eller buprenorfin) och merparten har vid tiden för intervjuerna tilldelats eget ansvar för medicinhanteringen. De besöker därmed klinik/mottagning någon gång per vecka eller mer sällan, för att hämta ut medicin och ibland lämna urinprov.

Med hjälp av Nvivo (dataprogram för kvalitativ analys) analyserade vi sedan centrala teman i det transkriberade materialet. Det är känt sedan tidigare att patienter i substitutionsbehandling ofta är kritiska till verksamheten och detta framgick också av de initiala genomläsningarna av intervjuerna. Vår bearbetning av materialet var dock både deduktiv och induktiv. Analyser och tolkningar kretsade dels kring det som tidigare forskning (deduktivt) berättar om hur det är att leva som narkotikabrukare i Sverige idag, om substitutionsbehandling som "kontrakt" och om de krav på skötsamhet och rehabilitering som vanligen ställs på klienter i svensk missbrukarvård. Utöver detta präglades vissa faser i analysarbetet av ett mer förutsättningslöst (induktivt) lyssnande på vad respondenterna hade att berätta om sina unika situationer och lokala omständigheter. Det rörde sig då till exempel om hur enskilda individer beskrev och förstod betydelsen av substitutionsmedicin för möjligheten att leva ett gott liv och vad brukarinflytande kan innebära i behandlingens vardag.

Tematiseringen av intervjuerna genomfördes i två steg. En första strukturering innebar att vi placerade samtliga intervjuutsagor i olika kategorier beroende på deras innehåll. Detta resulterade i

kategorier som "beskrivning av mediciner", "brukarinflytande", "krav och kontroll", "lokala variationer" och så vidare. Vid en djupare analys visade det sig att respondenterna beskrev och värderade substitutionsbehandlingen med utgångspunkt i olika grundläggande roller eller perspektiv. Vissa personer ansågs generellt sett ha svårare för att sköta sig än andra och vissa ansågs få mer inflytande över behandlingen än andra. Vi tolkade denna typ av resonemang som uttryck för förekomsten av olika subjektpositioner. Subjektpositioner är relaterade till specifika beskrivningar av verkligheten, till specifika handlingsmönster och till specifika roller. De beskriver idealtypiska karaktärer i idealtypiska berättelser om substitutionsbehandling, och säger därmed något om hur uttalandet ser på sig själv och på andra aktörer i sin omgivning (Edley, 2001). Till exempel tydde intervjuerna på att personer nyligen inskrivna i substitutionsbehandling generellt anses ha andra förutsättningar än de som varit länge i programmet.

För att ytterligare stärka studiens kvalitativa och teoretiska aspekter organiserade vi materialet utifrån Bacchi's (2009) idé om att politiska och eller på annat sätt värderande utsagor om verkligheten innehåller beskrivningar av problemet, samt dess orsak och lösning. Genom att leta i intervjuerna efter de olika problem eller dilemman som olika subjektpositioner ansågs vara förknippade med inom substitutionsbehandlingen (samt vad förklaringen till och lösningen på detta ansågs vara) kunde vi identifiera tre centrala teman. Dessa redogör för tre olika subjektpositioner och sammanfattar vad intervjuerna handlade om. De var: 1) "Missbrukarens dilemma" - att vara sjuk och bli bemött som frisk, 2) "Patientens dilemma" - att omväxlande ses som sjuk och frisk, och 3) "Brukarens dilemma" - att vara frisk och bli bemött som sjuk. Som synes bygger tematiseringen mycket på begreppsparat sjuk-frisk. Det bör noteras att respondenterna med detta inte avser enbart huruvida de är fysiskt/psykiskt friska eller sjuka, utan i mer vid mening huruvida de kan antas vara rationella, "normala" aktörer som tar beslut (frisk) eller irrationella, "onormala" slavar under drogen (sjuk) (se även Ekendahl, 2014). Denna tematisering prövades sedan igen i förhållande till materialet. Då merparten av resonemangen i intervjuerna blev begripliga genom denna tematisering bedömdes den vara trovärdig och väl förankrad i empirin.

RESULTAT

I det följande benämner vi dem som har bidragit med information och upplevelser för studiens respondenter, och därmed sparar vi det kanske vanligare begreppet "brukare" för en specifik typ av subjektposition som förekommer i materialet. Som också ska visa sig är fenomenet makt, eller snarare bristen på sådan, helt centralt i intervjuerna. Mot denna bakgrund kan resultatredovisningen läsas som en beskrivning av hur respondenterna ser på maktförhållandena i substitutionsbehandlingen, och hur de anser att dessa kan utjämnas till fördel för opiatberoende personer i olika faser av en rehabiliteringsprocess. Även om olika respondenter i materialet tycks identifiera sig mer med endera av de nämnda subjektpositionerna bör det nämnas att de samtidigt ofta nämner och förhåller sig till flera av dem under en och samma intervju. Vi tolkar detta som att respondenterna i dessa intervjuer och i deras vardagliga interaktion med omgivningen kan pendla mellan de olika positionerna.

Tema 1: Missbrukarens dilemma – att vara sjuk och bli bemött som frisk

I materialet finns målande beskrivningar av den svåra situation opiatberoende personer befinner sig i då de av en eller annan anledning saknar tillräcklig tillförsel av opiater eller andra substanser. Det kan till exempel röra sig om att i en kaotisk livssituation ha svårt att få tag i en tillräcklig mängd opiater, att inte ha råd att betala för de preparat man behöver på den svarta marknaden, att inte kvalificera sig till eller plötsligt bli utskrivna från substitutionsprogram, att få för låg medicindos, att tvingas använda mediciner (t ex suboxone) som inte anses passa för den egna kroppen, eller om att ha otillfredsställda behov av lugnande medel eller sömntabletter. Samtliga dessa situationer anses ha

sin upprinnelse i den diskriminering och det moraliska fördömande av missbrukare som pågår i Sverige idag. Man lider på gatorna, man lider i vårdsystemet, och man ges inte tillräcklig möjlighet att lindra eller bota det som läkarvetenskapen anser vara en sjukdom. Denna förutsatt grundlösa misstro mot en hel grupp av sjuka individer återkommer som ett huvudsakligt problem i flera olika sammanhang. I det följande beskrivs hur detta har betydelse för möjligheten att nå fram med kritik mot enskilda personer i mottagningens personalstyrka:

Ja, alltså det känns som att hon [läkaren]... hon är bättre än vad vi är, vi. Det är ju vi som ska ha utskällning liksom, inte hon. Hon kan bete sig hur hon vill, för att det är inte hon som är missbrukare liksom, det är inte hon som är en dålig person. Så hon tycker det är orättvist tror jag. Hon är en auktoritet, tycker hon. [...] Intervjuare: Men det här du säger, det är inte hon som är missbrukare och det är inte hon som är en dålig person – när man är i substitutionsbehandling så är man ju patient... är man inte det även i relationen till...

Respondent: Jag tror inte det. Det känns inte som det. Inte, inte jämt. Med vissa gör det det. Men vissa liksom... tänker sådär att de inte, att vi inte är... patienter utan vi är där för att få droger liksom. (Markus)

Även om detta citat enbart handlar om en specifik situation och relation visar det tydligt hur detta att vara antingen missbrukare (som använder droger) eller patient (som tar medicin) anses ha avgörande betydelse för personalens bemötande. Enligt detta synsätt är missbrukare dåliga personer som strävar efter att berusa sig på alla tänkbara sätt, och som därför inte har någon likhet med patienter som tar substitutionsmedicin i rehabiliteringssyfte. Enligt respondenternas resonemang är det också svårt att sluta bli kategoriserad och bemött som missbrukare när personalen väl har börjat med detta. I nästa citat beskrivs hur en fysisk åkomma direkt förutsätts vara missbruksrelaterad.

Det är dels det här med stämpeln, att man inte ska vara så... så brännmärkt av sitt missbruk liksom. De ska behandla en mer som en... och det är överlag liksom, ordinarie läkare också och vårdcentralen liksom. Man får sämre behandling, så är det bara. Men brännmärkningen av narkomaner. [...] Det ska inte vara så svårt och krångligt. Alltså det är så svårt att sätta fingret på det men det ska inte vara så jävla... alltså såhär: jag kom upp – jag ska bara dra ett exempel – jag kom, min arm var svullen och öm såhär. Och jag, alltså jag skjuter inte längre när jag tar återfall för jag har inga vener. Jag käkar skiten... Armen hade svullnat upp. Och de bara: "Har du stuckit dig?" Jag bara: "Nej, det har (inte), ser ni nåt stickmärke liksom?" Nej det gjorde de inte. Alltså... att man inte ska bli så jävla dömd så fort det händer nånting liksom. Jag visste inte varför armen var svullen, hade ingen aning. Men det första de säger "Har du stuckit dig?" "Nej det har jag inte gjort alltså"... (Lotta)

Här syns att orsaken till misstron anses ligga i en generell stigmatisering av narkotikabrukare. Denna sägs pågå inte bara inom beroendevården, utan "överlag", till exempel inom ordinarie hälso- och sjukvård. Respondenten uttrycker också frustration över att misstro och anklagelser tycks vara personalens spontana reaktion på händelser i livet som kan vara problematiska. Det mesta tolkas som missbruksrelaterat, vilket kan leda till straff och sanktioner. Genom att hänvisa till den påstått riktiga beskrivningen av verkligheten (använder aldrig nål, inga stickmärken), understryker också respondenten att personalens handlingar är grundade på värderingar och förutfattade meningar, inte fakta. I nästa citat speglas hur just fakta gör att man kan undvika att bli betraktad som en missbrukare.

När jag kände efter ett och ett halvt år att jag hade utvecklat en viss... ja jag blev abstinent helt enkelt, vid 22-23 på kvällen. Så valde de då – där kunde jag tycka det var lite tråkigt att, vi hade ett långt samtal och diskussion om varför jag kände som jag gjorde och hur det kunde vara möjligt och så vidare, lite såhär... Och att efter den sessionen så avslutade de med att säga att vi ändå skulle ta ett dalvärde, ett prov för att kolla hur mycket metadon det var i kroppen. Och där kunde jag tycka det var lite, men varför när vi har suttit och pratat om detta och varför ska jag nu behöva göra det, litar ni

inte på mig och så vidare. [...] Det var ju, jag kände ju, de snackar ofta om att det ingår i sjukdomsbilden att man vill vara hög på dosen. Men jag kände att så var det ju inte, så jag visste ju det, jag antog att det skulle vara lågt. Och mycket riktigt så låg den då på 675 och man ska ha mellan 800 och 1200. Så att, och då behövde jag inte ens träffa läkaren utan den här diskussionen har jag tagit med min kontaktperson bara, behandlaren. (Fredrik)

I detta resonemang förutsätts att önskan om högre dos kan vara ett kännetecken på missbruk. Det hävdas att de som ännu inte har rehabiliterats kan sträva efter att få en rusupplevelse genom medicineringen ("bli hög på dosen"), och respondenten beskriver besvikelse över att ha blivit tvungen att bevisa att han inte tillhör den gruppen. Det medicinska provet visade sedan att han hade för lite metadon i kroppen och han kunde därför få en dosökning utan att behöva träffa ansvarig läkare. Av detta citat framgår också att bruket av substitutionsmediciner beskrivs som tekniskt och instrumentellt. Det finns en objektivt fastställbar dosnivå man som patient ska nå upp till, och denna kan inte styras subjektivt utifrån längtan efter rusupplevelser. Denna beskrivning av medicineringen fungerar här som ett avståndstagande mot subjektpositionen "missbrukare".

I materialet finns dock också förslag på lösningar av problemet med misstro och stigmatisering av missbrukare. På frågan om hur den svenska substitutionsbehandlingen kan förbättras finns en generell uppfattning om att individens behov och mående ska sättas i fokus, och att vårdssystemet bör lita på och inte straffa dem som inte är eller kan bli drogfria.

Man ska kunna få nånting gjort om man behöver det, man ska kunna få... hjälp liksom, på alla sätt. Och speciellt om det inte finns det här hotet, eller det här... att man kan bli utskriven, tvingad. Om den är borta, då kanske det också ser annorlunda ut. Jag är inte riktigt säker men... det enda jag är säker på, att skriva ut människor leder nästan... eller jätteofta i alla fall till att människor dör. Och det liksom, det känns inget bra. På nåt sätt borde man kunna ändra det. Folk måste ju kunna följa reglerna ändå liksom, missbrukare är inte djur [skrattar till] förstår du hur jag menar? På nåt sätt borde det gå. (Markus)

Men överlag mer att man får styra själv och att man inte blir så bunden till mottagningen. Och sen samtidigt att man får den hjälpen man... man efterfrågar. Om det kommer nåt läge där man verkligen behöver hjälp, då ska man kunna få hjälp på sin mottagning alltså. Det är liksom, hela tiden så... så villkorat. Alltså att man måste vara, man måste sköta sig [skrattar till]. Så jag tycker mer... får man sitt beroende under kontroll, då har man ju uppnått sitt mål. Då kan man betala sina räkningar, du kan ha din lägenhet, du kan studera, du kan arbeta, kan ta körkort... om du vill. (Johan)

Enligt detta synsätt uppmanas hela samhället att bemöta missbrukare med större respekt ("inte djur") och med mindre åsikter kring hur de lever sina liv. I det andra citatet ställs till exempel det att "sköta sig" i relation till att ha beroendet "under kontroll", där enbart det senare framställs som ett rimligt krav som samhället kan ställa på den enskilda individen. Som missbrukare ska man kunna få all den hjälp man efterfrågar; en hjälp som frigör utan att förstärka utanförskap. Det är mot denna bakgrund respondenterna beskriver ofrivilliga utskrivningar från substitutionsprogram som både orättvisa, oerhört farliga och därmed moraliskt förkastliga metoder i missbrukarvården. De blir en perfekt symbol för att samhället straffar missbrukare som är så pass sjuka av sitt beroende att de inte kan uppfylla de krav som ställs. Ett förbud mot ofrivillig utskrivning anses som ett naturligt första steg på vägen mot ett samhälle där missbrukare inte stigmatiseras.

Tema 2: Patientens dilemma – att omväxlande ses som sjuk och frisk

Respondenterna beskriver att substitutionsbehandlingen har tydligt kollektivistiska former och att dessa hindrar dem från att kunna visa sin individualitet i relation till beroendeproblem och val av

livsstil. Personalen förhåller sig alltså till opiatberoende personer som ett kollektiv snarare än som enskilda individer med specifika behov. Bemötandet upplevs som rutiniserat, vilket får direkt negativa konsekvenser för kvaliteten på behandlingen.

Och just det här, just alltså substitutionsbehandling, det blir på nåt sätt, det är en väldigt kollektiviserad vårdform. Alltså samma regler gäller för alla oavsett var man kommer ifrån och oavsett vad man har för särskilda behov och... förutsättningar. Och det gör liksom att det blir på nåt sätt som, vad ska man säga, som nåt slags illasittande tröja liksom som är uppsydd efter nån slags medelmänniska men som inte passar nån riktigt ordentligt (Karin)

Citatet illustrerar att behandlingen ses som dåligt anpassad efter de individuella problem och behov som finns i gruppen ("illasittande tröja"). Denna kollektivisering är sannolikt relaterad till den negativa bild av missbrukare som beskrevs ovan under tema 1. Respondenterna beskriver en rad olika sätt som detta tar sig uttryck på, bland annat att "skötsamhet" inte belönas.

Man ska inte hålla på och slå undan fötterna på folk som det går bra för – för att det finns en klick som det inte går bra för. Så, för det kommer alltid att finnas. Det kommer alltid finnas en viss kvot där det inte går så bra, och jag menar det är inget konstigt i det. Jag vill inte slå på dem heller, jag tycker det är bedrövt, det är synd om de människorna som det inte går bra för men det ska inte drabba dem som det går bra för. (Anders)

Respondenterna ger återkommande exempel på vad som i en mening kan ses som kollektiva bestraffningar eller "guilt by association". Misskötsamhet, i form av till exempel läckage av mediciner till svarta marknaden, leder till striktare rutiner inte enbart för de inblandade utan för patientgruppen som helhet. Också de skötsamma associeras vidare indirekt med dem som missköter sin behandling som en följd av den kollektivistiska synen på opiatberoende personer. Problemet är alltså att patienterna i behandling (som sköter sig) bemöts som missbrukare (som inte sköter sig).

Alltså de som sköter sig är väldigt väldigt förbannade. Eftersom allting dras åt, allting blir hårdare. Det drabbar dem som sköter sig, alltså det finns de som inte har haft ett återfall – jag vet en, han har inte haft ett återfall på åtta år... Det är liksom mycket sånt som jag känner att de drar alla över en kam. Och jag kan förstå att det är jätte-, alltså det är verkligen, alltså de här medicinerna de ska inte florera ens på gat-, jag fattar det. Men felet ligger ju inte hos dem som sköter sig utan det ligger ju faktiskt hos dem som missköter hela allt (Pernilla)

Denna orättvisa sammanblandning blir oförenlig med rollen som patient, och situationen i vårdsystemet framstår som obegriplig. Återkommande redogörelser anger att missbruket är en sjukdom som man behöver medicin för och i detta finns en tydlig patientroll. Ett liv utan medicin (eller fortsatt opiatberoende) ses i nuläget som något otänkbart. Samtidigt avskärmar sig respondenterna i sina berättelser från behandlingen; de måste vara där för att få hjälp men de bemöts inte som sjuka patienter när de visar tecken på sin sjukdom och har problem. Den rigorösa kontrollen ses inte som förenlig med vad de är på mottagningarna för. Alla kan i perioder ha problem med att sköta sig avseende sidomissbruk (missbruk av narkotika eller alkohol vid sidan om medicineringen), vilket inte betyder att man är mindre berättigad till hjälp och en patientroll. Detta illustrerar respondenternas tankegång om att man som patient måste tillåtas vara både sjuk och frisk samtidigt.

Samtidigt som respondenterna menar att de bedöms som ett kollektiv så lyfter de fram att enskilda individer i personalstyrkan kan ha ett omfattande inflytande på vad som görs. Kollektivismen verkar alltså enbart åt ett håll. Individuella beslut ses som godtyckliga och personalen beskrivs som oengagerad och ofta maktfullkomlig. Det saknas enligt detta ett intresse för ett mer individspecifikt fokus i form av beröm och "pushning" vilket i kombination med kontrollen upplevs

motivationssänkande. I intervjuerna framkommer berättelser som illustrerar den obegriplighet som sägs karakterisera verksamheten. En person som var lovad att få byta medicin om den första medicinen inte fungerade berättar att:

Så blev jag lovad att om det inte funkar får jag byta medicin då till metadon istället. Och jag... testade verkligen och kände efter ordentligt i många månader, sen då när jag väl sa till att "nej det här går liksom inte, jag kan inte ha den här medicinen", då hade vi bytt läkare och då fick jag inte byta medicin då. Anledningen till det vet jag inte riktigt för det är så... individuellt (Erik)

I detta citat illustreras den oförutsägbarhet som genomgående kommer fram i intervjuerna. Respondenterna skildrar hur de i ett läge blivit lovade någonting som senare inte uppfylls. Slående nog framkommer att denna oförutsägbarhet är så självklar att den mer eller mindre blivit förutsägbar, en sorts "förutsägbar oförutsägbarhet" där man som patient lärt sig att det inte går att begripa de beslut som fattas. En annan återger sina erfarenheter av att upprätta vårdplaneringar på följande sätt:

Här bryter man vårdplaneringarna gång på gång på gång på gång. Utan att man har gjort något fel alltså. Alltså att patienten har gjort något fel, utan man bara går in och bryter en vårdplanering hur som helst alltså. Och så då när patienten säger "ja men herregud, jag har ju gjort en vårdplanering för tre månader sen där vi sa si och så.". "Ja men du vet, nu är det ändrade regler och nu är det ju Socialstyrelsen, och nu är det ditten och datten" va. Så jag menar den där vårdplaneringen är inte värd ett jota alltså. (Anders)

Paradoxalt nog säger respondenterna att denna godtycklighet ofta förklaras med hänvisning till rutiner och regler för verksamheten ("Socialstyrelsen") som per definition kan förväntas vara relativt fasta. Man pratar om påtagliga variationer i den faktiska praktiken i olika delar av landet, där det till exempel på vissa platser går att få medicinen på apotek medan detta på andra håll är mer eller mindre omöjligt. Förutsatt fasta regler upplevs på grund av lokala variationer snarare som tójbara och upp till personalens tolkningar.

I kontrast till det kollektivistiska bemötandet pekar respondenterna på att lösningen på deras problem snarare bör beakta den enskilde individens behov. Överlag verkar de inte identifiera sig med ett kollektiv och just den relativa frånvaron av kollektiv organisering framkommer i intervjuerna. De betraktar sig snarare som enskilda individer och detta medför en dålig matchning mellan vad som erbjuds från verksamhetens sida och vad som efterfrågas. Fel personer (aktiva subjekt) blir bemötta som missbrukare (objekt). Ett individualiserat bemötande skulle innebära att varje person ses utifrån egna förutsättningar, och det skulle även innebära att personliga särdrag och problem tolkades på ett korrekt sätt och inte som uttryck för en kvarstående missbruksproblematik. I en mening verkar respondenterna önska att verkligen bli bemötta som patienter (även om de kallar sig för brukare) och denna patientroll kan då handla om andra problem än själva missbruket. Deras problem reduceras till att vara missbruksrelaterade; missbruket blir referenspunkten för alla andra problem.

I intervjuerna berättas också om orimligheten av att inte våga berätta om personliga problem på grund av de negativa följderna detta får. De säger sig inte våga berätta om sidomissbruk – ett problem de kanske skulle kunna behöva hjälp med – då sådan "misskötsel" kan leda till strängare kontroller. Den rigorösa kontrollen medför således att patienten inte vågar visa upp hela sin sjukdomsbild och därmed helhjärtat träda in i rollen som en patient med en klar och tydlig problematik. För att man ska kunna vara en patient i substitutionsbehandling går det inte att helt och hållet gå in i rollen som patient. Individen kan följaktligen paradoxalt enbart betraktas som en patient om denne samtidigt inte agerar som en fullvärdig patient. Exempel ges på att denna form av "självrensning" också gäller för problem som inte ses som missbruksrelaterade. En person säger att:

”Inte kan jag gå dit och säga att jag mår dåligt [psykiskt] om jag kanske ska förlora ledigheten ett halvår, plus att det går ju resor för flera hundra i veckan” (Robert).

Vad som måste till: lyssna på patienterna. Tänk till på det här med bestraffningarna, för de kommer aldrig någonsin att få nån ärlighet så länge det är som det är. Och vad gäller sömnmediciner, så måste de också skärpa sig. Vad fan när de ger metadon, det är världens näst mest beroendeframkallande substans. Och så går de och säger ”vi kan inte ge er Imovane, det är ju beroendeframkallande.” (Robert)

Tema 3: Brukarens dilemma – att vara frisk och bli bemött som sjuk

Under detta tema beskrivs den engagerade aktivisten som kan föra människors talan när det gäller rättigheter i samhället och hjälpsystemet. Det rör sig om en person som har kommit mycket långt i sin rehabilitering och som också har fått distans både till livet som missbrukare och som patient i substitutionsbehandling. Även i detta sammanhang utgörs det mest centrala problemet av att känna sig låst vid en etikett - missbrukare eller patient - och därmed fråntas makten att bestämma över den egna situationen. Häri finns en tydlig paradox i det att respondenterna å ena sidan uttrycker att opiatberoende är ett allvarligt sjukdomstillstånd som ibland är förenat med återfall i aktivt missbruk, och å andra sidan att personer med denna problematik har mycket god erfarenhet av olika substansers effekt på kroppen och därför borde tilldelas större inflytande över medicineringens karaktär (t ex avseende dos, preparat, hämtningsfrekvens, osv). Det tycks alltså även här röra sig om en ständig växling mellan att bli betraktad som sjuk och frisk, samt därmed mellan onormal och normal.

Jag vet ju vissa som har arbete och... man kan ju ta återfall ändå, fast man har arbete. Men att de då ändå har liksom, de har inte behövt komma, eller lämna urintest varje dag. Men... det blir ju en snabb förändring i vardagen direkt liksom, att man får direkt öka liksom... besöksintervallerna och att då... Ja, de kan ju misstänka en mer, eller ibland kan det bli slag på stora trumman och ”Hur mår du?”, ”Shit vad är det som har hänt X, du som...” Och det har jag tänkt också: vad händer om jag gör det nu när det gått bra så länge, alltså... det kan ju vara jobbigt också att få fullt med folk som hänger, alltså hur... ”Vad har hänt här nu” liksom och. Nej det kan ju bara vara ett återfall, en dum grej liksom, som hände, inte någon stor grej. (Fredrik)

I detta citat uttrycks att även de som har kommit långt i rehabiliteringsprocessen, genom att till exempel ha arbete, kan i perioder använda narkotika vid sidan om behandlingen, och att detta inte behöver tolkas som ett problem eller en försämring av situationen. Även om denna grupp av rehabiliterade personer tycks få vissa lättnader i kontrollen jämfört med andra (inga ”urintest varje dag”) verkar det snarast som att respondenten värjer sig mot en omfattande problematisering av ett eventuellt återfall, och därmed mot att återigen bli etiketterad som missbrukare eller oskötsam patient. Detta visar sig också i samma persons resonemang om efterfrågan inom substitutionsbehandlingen på psykosocialt stöd och andra icke-medicinska hjälpinsatser.

Så fort man lämnar Metadonbehandlingen så säger folk ”Jaha, men vård och rehabilitering då?” alltså det här, och jag tror att det kan finnas en viss press på mottagningen att de ska erbjuda det också för att andra människor vill det, eller andra myndigheter tycker att det ska vara så. Och lite där kan jag känna också att det är viktigt att man själv får avgöra det. Men det är viktigt att det finns på mottagningen, det är bra, men inte att de slänger det på en eller att det skulle vara ett krav liksom. (Fredrik)

Citatet illustrerar uppfattningen att det omgivande samhället förutsätter att substitutionsmedicinering utgörs av ”vård och behandling”, vilket verkar betyda en organiserad

klinisk verksamhet där patienter behandlas genom specifika metoder och sen tillfrisknar. Respondenten motsätter sig dock till viss del denna karakteristik och betonar snarare att individen själv ska få välja i vilken utsträckning han eller hon antar rollen som patient. Detta speglas också i det generella ointresset för frågan om ifall substitutionsprogrammen erbjuder psykosociala interventioner utöver medicineringen. Enligt respondenterna finns det i vissa fall möjlighet till annan hjälp än rent medicinsk (remiss till annan vårdgivare eller kö för att få prata med psykolog), och en del personer anses också ibland ha behov av just detta. För egen del, och som grundregel, anser de dock att substitutionsbehandlingens eventuellt icke-medicinska hjälp är av underordnad betydelse. Detta speglar sig också i åsikten att såväl "missbrukare" och "patienter" som "brukare" vill ha så lite som möjligt med kliniken att göra, "det är fem minuter in och ut" (Johan) för att hämta den nödvändiga medicinen.

Till skillnad mot subjektpositionerna "missbrukare" och "patient" finns dock här en inbyggd besvikelse över att inte komma vidare i rehabiliteringen och normalitetsträvandena. Det som uppfattades som en framgång i tidigare faser av behandlingsdeltagandet, till exempel att få kontroll över opiatberoendet och att slippa leva ett farligt liv på jakt efter heroin, tycks inte längre räcka för att kompensera de integritetskränkningar som medicineringen är förknippad med. I nästa citat beskriver en kvinna upplevelsen av att vara låst vid snarare än att kunna påverka behandlingen.

Jag känner inte själv att jag har gjort det. Snarare att jag känner mig låst. Även att... jaha, de kanske tycker att "Nej men ni har jättefritt, alltså du hämtar ju medicin en gång i veckan liksom, det är väl fritt nog liksom", men jag tycker inte det. Hela tiden vet du att... ja men alltså, nej. Jag känner mig låst. Och jag tycker det är... jag ser mig inte som en vanlig patient. Tanken med hela programmet är ju att ni ska återgå, ni ska få tillbaka era sociala liv. Men jag känner inte det så. För jag känner hela tiden att jag är annorlunda så länge jag har den medicinen. Jag har inte samma... det räcker att jag kommer typ till akuten, och så säger jag "Ja jag har metadon". "Oh shit", ser man på hela läkaren, då vill inte de hålla i det. För de vet inte vilka mediciner som går ihop med den. Då säger de "Du får vända dig till din läkare". Men det kan jag inte göra för den har ingen kunskap till exempel, som en kardiolog har. (Pernilla)

Här uttrycks just det avgörande annorlundaskapet. Inte ens inom hälso-/sjukvården känner sig respondenten som en vanlig patient med samma möjligheter som andra. Problemet med att på detta sätt bli låst vid en specifik etikett och "stå och stampa på samma ställe" beskrivs ha sin grund i svensk narkotikapolitik som genom sin restriktiva hållning gentemot allt bruk av substanser gör det omöjligt för opiatberoende personer att bli normala och inkluderade i samhället. Denna hållning medverkar också till att människor i omgivningen, till exempel politiker, sjukvårdspersonal, polis och anhöriga förutsätts se med skepsis på dem som medicinerar mot opiatberoende. I citatet nedan beskrivs ett avvikande exempel på hur respondenten uttrycker förvåning över att ha blivit positivt bemött.

Och att man inte ska bli behandlad på ett annat sätt, när man kommer till sjukvården eller om man kommer till en myndighet och de går in på datan och slår upp och de får se vad man är för en människa, "Jaha, den här personen har den och den medicinen", och då genast blir man behandlad... av de flesta, på ett helt annat sätt. Och det tycker jag är jävligt sorgligt faktiskt. Med tanke på att det faktiskt är klassat som en sjukdom det här. (...) Jag var för drygt ett år sen och gjorde en operation. Och eftersom de söver en då så var jag ju tvungen att säga att jag har metadon. Men de behandlade mig precis som vilken person som helst. Och det var faktiskt jävligt kul att se, alltså att alla blir ju naturligtvis inte dåligt behandlade, självklart inte. Men... många blir det alltså. (Peter)

Här syns hur subjektpositionen brukare beskriver ett spänningsfält mellan normalitet och onormalitet, och att brukare av medicin/vård för opiatberoende hela tiden måste visa att de är normala personer. I citatet görs detta genom att hänvisa till att beroendet ("det här"), objektivt sett ("faktiskt") är klassat som en sjukdom och därför borde bemötas värderingsfritt inom hälso-

/sjukvården. Här används alltså sjukdomstillståndet, inte för att betona att man är sjuk och problemtungd, utan för att betona att opiatberoende inte är en moralisk defekt och att man därmed har rätt att ingå i samhällsgemenskapen. Samma syfte kan dock brukaren uppnå med ett helt annat resonemang. Istället för att medikalisera bruket av opiater handlar det då om att normalisera detta. Synsättet innebär att narkotika är narkotika oavsett om det är staten som förser medborgarna med den, och att även ett icke-narkotikafritt liv kan vara ett gott och meningsfullt liv.

Ja... bättre... Mindre valhant, inte så jävla rigid liksom. Och... jag vet inte, alltså det... det är inte liksom det... Det primära är inte hur patienten mår utan det primära är att patienten är drogfri, punkt. Och det behöver inte vara samma sak alltså. Jag menar vi får ju statligt... statligt knark, liksom... på nåt sätt. Eller hur. Så jag fattar inte det... Men det kommer väl hit också, såna här harm reduction-grejer, det är helt kört alltså, det... Ja han X [lokalpolitiker] klappar väl händerna liksom, när han slipper dra igång nåt sprutbytesprogram. (John)

I citatet poängteras det felaktiga och motsägelsefulla i att ha drogfrihet som mål för substitutionsbehandling. Enligt detta är det en logisk omöjlighet att som substitutionspatient vara drogfri, och klinikerna anses lägga för mycket energi på att stävja det sidomissbruk som förekommer bland vissa i gruppen, när dessa ändå redan använder legal narkotika i substitutionsprogrammen. Det finns alltså enligt detta resonemang ingen motsättning mellan "ett bra liv" (formulering som förekommer i flera intervjuer) och att bruka narkotika. Däremot anses den generella motviljan i samhället idag mot all narkotika som inte kontrolleras av staten som en viktig orsak till varför människor marginaliseras och lider. I citatet ovan medverkar den till att hjälpsatser som accepterar narkotikaanvändning (sk "harm reduction-grejer") motverkas av politiker, och i citatet nedan från samma intervju, till att brukarinflytandet inom substitutionsbehandlingen alltid förutsätter och återskapar just de hårda regler som brukarna genom makt vill göra sig av med.

*Jag förstår. Finns det nånting man får bestämma om som brukare eller patient?
Na... ja... nej jag vet inte alltså, det är, det har nog inte varit så mycket. Ja det är väl vilken dag som man ska lämna kissprov och sånt [skrattar] (John)*

Så länge det alltså inte kommer till stånd en genuin förändring av brukarnas villkor anses detta "tillåtna" inflytande som ett meningslöst spel för gallerierna (som i citatet ovan där John hävdar att han får välja när, inte om, urinprov ska tas). Det kan också röra sig om att klinikledningen bjuder in till rådslag och diskussion, till exempel i form av "frukostmöten", men att det lilla som man anses kunna påverka gör att flertalet till slut avböjer medverkan. Enligt detta perspektiv jobbar den engagerade brukaren ensam och ständigt i motvind, eftersom varken medpatienter eller personal har möjlighet eller behov av att lyssna på henne/honom. Med detta som utgångspunkt skulle en lösning på brukarens dilemma (att vara frisk men bli bemött som sjuk, dvs att känna sig rehabiliterad och normal men ändå bli bemött som en andraklassens medborgare) också innebära att brukaren som begrepp och idé blev överflödig. Vore det så att makthavare och personal inom beroendevården hade kunskap om och ett värderingsfritt förhållningssätt gentemot vad det innebär att leva med opiatberoende i Sverige idag så skulle stigmatiseringen och marginaliseringen av denna grupp av människor upphöra. Och om så skedde skulle inte brukare av narkotika behöva kalla sig brukare av vård för att rättfärdiga sin medicinkonsumtion och ges inflytande över den kliniska verksamhet som upptar en stor del av deras vardag.

DISKUSSION

Denna studie bekräftar den bild av svensk substitutionsbehandling som finns dokumenterad i Svenska Brukarföreningens egen undersökning av patienternas syn på verksamheten. Det rör sig dels om tacksamhet över att slippa alla de fysiska, psykiska och sociala problem som ett aktivt heroinbruk är förknippat med, och dels om omfattande kritik mot det strikta regelverk och den kontroll av

opiatberoende personer som verksamheten bygger på (Svenska Brukarföreningen, 2012). Behandlingen uppfattas som mycket repressiv och inflytandet från brukarna själva på dess utformning och innehåll beskrivs i stort sett som obefintligt. Respondenterna ger en uppsjö exempel på att godtycklighet och moralism snarare är regel än undantag och att verksamheten snarare motverkar än gynnar rehabilitering. Av intervjuerna att döma finns det alltså knappast något som indikerar att den svenska substitutionsbehandlingen kan karakteriseras som "kurativ" (jfr Järvinen & Andersson, 2009), det vill säga som inriktad mot att patienterna normaliseras och (åter)får en identitet som ex-missbrukare. Inget tyder heller på att respondenterna ser på verksamheten som innehållande något utöver medicinering mot abstinensbesvär. Utifrån detta perspektiv förefaller den officiella benämningen av substitutionsbehandling (läkemedelsassisterad behandling eller rehabilitering) vara missvisande, eftersom den antyder att läkemedlen endast utgör en mindre och bidragande del av den egentliga psykosociala behandling som pågår.

Det bör dock noteras att denna omständighet, oavsett om den stämmer med verkliga förhållanden eller inte, på inget sätt utgör kärnan i respondenternas missnöje. I intervjumaterialet lovordas generellt medicineringen (så länge den är självvald och anpassad efter individuella behov) medan interventioner av psykosocial karaktär avfärdas som ointressanta eller obehövliga (så länge de inte råkar vara självvalda och anpassade efter individuella behov). Man beskriver alltså inte att opiatberoende i sig skulle vara ett olösligt problem eller att substitutionsbehandling är oförenlig med de egna hjälpbehoven; problemet ligger i stället i hur behandlingsformen är utformad i Sverige. Respondenterna beskriver tilltro till medicinering men misstro mot den kontroll som den är förenad med. Att det finns bättre sätt som substitutionsbehandlingen kan bedrivas på tycks i vissa intervjuer vara underförstått, medan det i andra uttalas explicit. Paralleller dras till exempel till att situationen för opiatberoende är bättre i Danmark. Där anses man få hjälp trots att man visar tecken på den sjukdom man bär på.

Vidare överensstämmer våra intervjuer med brukarrepresentanter med flera av resultaten från Peterssons etnografiska studie av några mottagningar i Göteborg, till exempel att personal och patient tenderar att se olika på vad det innebär att vara drogfri och vad som är ett legitimt bruk av narkotiska preparat, samt att substitutionsbehandling beskrivs olika av olika individer (Petersson, 2013). I likhet med den boken kan vi konstatera att respondenterna inte beskriver substitutionsbehandlingens praktik som objektiv, neutral och rättvis. Snarare tycks det tas för givet i deras tal att verksamheterna i olika delar av landet är mycket olika, och att det är enskilda personer med inflytande och makt som har störst betydelse för hur patienterna bemöts och behandlas. Detta resonemang, där det finns en påtaglig och uppenbar skillnad mellan hur klienterna och personalen ser på och förstår verksamheten påminner mycket om det som har rapporterats från tvångsvården jämlikt LVM (Ekendahl, 2001). Enligt denna tankegång gör skillnader i makt och inflytande att den ena parten (klienten) befinner sig i underläge att det blir en inbyggd och därmed ofrånkomlig skillnad mellan ovanifrån- och underifrånperspektivet på verksamheten; detta oavsett utformning och innehåll.

I analysen urskilde vi utifrån respondenternas berättelser tre idealtypiska dilemman (missbrukarens, patientens och brukarens) vilka sammantaget visar hur stigma och makt tar sig olika uttryck men också är ständigt närvarande inom verksamheten. Oavsett i vilken fas av substitutionsbehandlingen som personerna befinner sig saknar de möjlighet att frigöra sig från missbruksstämpeln och dess konnotationer; också de mest skötsamma ses som misstänkta. Respondenternas utgångsläge är en missbrukarroll som de vill men inte kan frigöra sig ifrån – mer eller mindre oavsett vad de gör. Ett inträde i substitutionsbehandling ses av dem som en förflyttning från en missbrukarroll till en patientroll. Samtidigt bemöts de som missbrukare av verksamheten vilket omöjliggör att denna rollförändring genomförs på ett grundläggande sätt. Misstankar om misskötsamhet är ständigt närvarande i behandlingen, och patienterna bemöts som ett opålitligt kollektiv snarare än som individer med specifika hjälpbehov. De vill, men kan inte, inträda i en fullvärdig patientroll där till

exempelvis sidomissbruk ses som ett sjukdomssymptom och inte som en moralisk brist. I upprepade fall identifierade vi i intervjuerna att respondenterna använder en form av självcensur i vad de berättar och inte berättar för personalen.

Denna självcensur kan också vara för handen i förhållande till problematik som inte är uppenbart relaterad till missbruket (t ex att inte berätta att man har sömnproblem eller mår psykiskt dåligt då detta kan leda till tätare kontakter med mottagningen). Det ska dock noteras att det kan finnas en skillnad mellan faktiska omständigheter och olika parter beskrivning av desamma. Detta innebär att vi utifrån vårt intervjumaterial inte kan dra slutsatsen att patienter saknar möjligheten att vara ärliga i relationen till klinisk personal. Däremot kan vi uppmärksamma det problematiska i att de säger att så är fallet. Detta pekar mot att respondenterna så att säga (be)skriver in en skillnad och konflikt mellan personalens och patienternas intressen i verksamheten. Detta kan i sin tur få verkliga följder då de olika parterna skapar sig vissa förväntningar på hur verksamheten ska bedrivas och hur man ska agera i sina respektive roller.

Bland de som har kommit längst i sin rehabiliteringsprocess återfinns en ytterligare komplexitet. Medan "patientens dilemma" huvudsakligen relaterar till omöjligheten att frikoppla sig från missbruketiketten och bli en fullvärdig patient hänger både missbrukar- och patientetiketten fast vid de individer som varit i substitutionsbehandlingen länge och själva menar sig ha lämnat dessa roller. De behöver alltjämt ge bevis på skötsamhet i form av exempelvis negativa urinprover och kan egentligen aldrig riktigt lämna behandlingssammanhanget eller missbrukarstigmat. Rehabiliteringsprocessen har således inget slut och uttryck som "före detta missbrukare" eller "före detta patient" verkar inte gå att tillämpa på gruppen. Missbrukaretitet är en ständig följeslagare: individen reduceras till "missbrukare" och dennes problem till att vara "missbruksrelaterade", även i kontakter med yttre hjälporganisationer. Normalitet och friskhet – två viktiga mål med behandlingen som alla parter tycks vara överens om - kan paradoxalt nog inte uppnås just på grund av att "brukarna" inte kan frigöra sig från dessa stämplat. Detta understryker de omfattande konsekvenser som stigmatiseringen har för gruppen och dess möjligheter att återinträda i samhället.

En generell slutsats vi drar utifrån intervjuerna är att begreppet "brukare" – i meningen en individ som rationellt och egenmäktigt använder de insatser som finns tillgängliga – förefaller missvisande eller felplacerat inom substitutionsområdet i Sverige. Vår narkotikapolitik och befintliga regler kring substitutionsbehandling, vilka i sin utformning bygger på idén om ett narkotikafritt samhälle, medverkar till att "brukarna" i egenskap av narkotikaanvändare alltid kan betraktas som på något sätt kriminella och/eller omoraliska. En brukare av "substitutionsbehandling" kommer enligt detta alltid att också vara en brukare av "narkotika", vilket i sig signalerar att hans/hennes inflytande bör minimeras och endast gälla triviala saker. Annars finns en risk att "brukaren" påverkar behandlingen i en riktning som antas vara oförenlig med gällande narkotikapolitik och medicinsk evidens (t ex mindre kontroll, eget inflytande över dosstorlek och val av substitutionsmedicin, frivilliga urinprov, färre obligatoriska klinikbesök, osv). Utifrån detta resonemang kan man alltså hävda att det egentligen inte finns några brukare inom detta område. I den mån begreppet alltjämt ska användas rekommenderar vi en tydlighet från myndighetshåll kring vad brukarinflytande i realiteten kan avse inom substitutionsområdet. Att som i nuläget använda ett begrepp som tycks sakna förankring i praktiken leder sannolikt till oklara förväntningar från olika parter (opiatberoende, personal, myndigheter) och kan också leda till falska förhoppningar avseende utrymmet att själv påverka behandlingen bland programdeltagare. Det bör betonas i till exempel föreskrifter och styrdokument att rådande bestämmelser inte medger den innebörd av begreppet brukare som tillämpas i länder med mindre restriktiv narkotikapolitik; där upprepat sidomissbruk eller annan misskötsel av substitutionsmedicineringen inte leder till utskrivning och därmed rätten till behandling.

Studien har ett antal begränsningar. För det första kan det knappast hävdas att vi avtäckat hur gruppen opiatberoende i substitutionsbehandling som helhet upplever verksamheten. Intervjuerna

gjordes med företrädare för lokalavdelningarna och innehållet i intervjuerna färgas naturligtvis av deras personliga uppfattningar och intressen. Urvalet av respondenter kan förväntas vara något snedvridet i det avseendet att de som valt att delta sannolikt är mer aktiva och engagerade inom området än den genomsnittliga individen inom substitutionsbehandlingen. Individer som är varken nöjda eller missnöjda kan eventuellt se mindre anledning att delta i denna typ av intervju jämfört med personer med tydliga uppfattningar om vad som skulle kunna förbättras. Samtidigt är vår fokus på lokala ombud en styrka i studien eftersom denna grupp ofta har god överblick över situationen lokalt och nationellt och därmed kan bidra med ett relativt brett synsätt. En drivkraft bakom projektet har just varit att försöka identifiera centrala problem och utvecklingsmöjligheter utifrån ett brukarperspektiv.

Vi kan inte heller veta i vilken utsträckning berättelser kring till exempel personalens beteende stämmer. Ambitionen har dock inte varit att försöka komma åt en "korrekt" beskrivning av faktiska omständigheter utan istället att adressera subjektiva upplevelser av svensk substitutionsbehandling. Vår studie pekar på liknande mönster som framträdde i Svenska Brukarförningens (2012) undersökning av brukarnas uppfattningar, vilket torde styrka resultatens tillförlitlighet. Generaliserbarheten av de olika dilemman som vi urskilde ur respondenternas berättelser är svår att fastställa; även om giltigheten analyserades noga i förhållande till det empiriska materialet är det inte säkert att samma teman hade framträtt med andra respondenter. Samtidigt visar tidigare studier att de centrala komponenter som utgör dessa dilemman – till exempel förhållandet mellan frihet och kontroll – ofta framkommer i intervjuer med substitutionspatienter (man kallar t ex behandlingen för "liquid handcuffs" Holt, 2007, p. 1942, se också Madden et al., 2008; Neale, 1999a&b). Förekomsten av den form av "självrensning" som lyftes fram i intervjuerna har också betonats av brukarrepresentanter i andra länder och det samma gäller den motsägelsefullhet som verkar genomsyra behandlingen (Crawford, 2013).

Några intervjuer gjordes per telefon. Det är svårt att bedöma vilken betydelse detta har för kvalitén på intervjuerna. Å ena sidan kan formatet till exempel ha inneburit sämre möjligheter för respondenterna att berätta om sina upplevelser och det blir svårare att läsa av intervjusituationen samt att hantera tystnad via telefon. Å andra sidan kan frånvaron av en fysisk intervjusituation underlättat för respondenterna att berätta om känsliga saker eftersom intervjusituationen blir mer anonym. Vi bedömer att telefonintervjuerna genomgående flöt på bra och att respondenterna hade mycket att berätta även om vi naturligtvis inte kan veta hur dessa hade fortlöpt vid en fysisk intervju.

Dessa begränsningar till trots ger studien klara indikationer på brister inom verksamheten som lyfts fram av brukarrepresentanterna. De ventilerar ett mer eller mindre allmänt missnöje med praktikens utformning och ett antal av de problem som lyfts fram förefaller vara rotade i substitutionsbehandlingens motsägelsefullhet. Det framstår enligt detta som oförenligt att betona å ena sidan säkerhet och kontroll, och å andra sidan brukarmakt och inflytande. Att opiatmissbruk bemöts som en behandlingsbar medicinsk åkomma i vissa sammanhang men inte andra, samt det faktum att begreppet brukare kopplas ihop med både en patientroll och en roll som missbrukare är exempel på detta. I linje med tidigare forskning noterar även vi risken med att patienterna i substitutionsbehandling kvarhålls i en missbruksidentitet genom stigmatisering (se t ex Harris & McElrath, 2012). Ett sätt att bryta detta mönster är nog att låta de vårdbehövande själva få reellt inflytande över hur behandlingen utformas. Att som i Region Skåne låta substitutionspatienter omfattas av rätten till vårdval (vilket i praktiken innebär att de vid missnöje kan byta klinik/mottagning) är ett mycket intressant, lovande och självklart steg i rätt riktning. Det innebär förhoppningsvis att även opiatberoende personer börjar bekräftas som individer vars röster och val är viktiga.

Som avslutning på rapporten punktar vi upp några huvudresultat och rekommendationer för hur verksamheten kan utvecklas i överensstämmelse med patienternas önskemål:

- Som representanter för en större grupp av patienter vill inte respondenterna förmedla kritik mot substitutionsbehandlingen som sådan, enbart sättet som den är utformad på. Substitutionsbehandlingen ses tvärtom som helt nödvändig för opiatberoende personer och utan denna skulle deras situation förvärras avsevärt. Däremot behöver behandlingsformen göras mer flexibel utifrån enskilda patienters behov, önskemål och livssituation.
- Substitutionsbehandlingen i Sverige kännetecknas enligt respondenterna av en djup motsägelsefullhet som försvårar motivation till livsstilsförändring och rehabilitering. Opiatberoende ses och bemöts omväxlande som en behandlingsbar medicinsk åkomma och som ett moraliskt problem. Detta sätter patienterna i en svår situation. De tvingas till exempel enligt egen utsago censurera vad de berättar för personalen av rädsla för vad de ser som repressalier. Vi hävdar att detta avgörande problem måste lösas om verksamheten ska kunna uppnå önskade rehabiliteringsmål.
- Behandlingssammanhanget upplevs som oförutsägbart och personalens bemötande som godtyckligt. Denna oförutsägbarhet ses utifrån respondenternas erfarenheter nästan som en självklarhet. Utifrån detta resonemang bör alltså bevekelsegrunderna för olika behandlingsrelaterade beslut göras mer transparenta.
- Substitutionsbehandlingen (läkemedelsassisterad behandling eller rehabilitering) beskrivs med tonvikt på dess medicinska inslag. Psykosociala insatser spelar en mycket undanskymd roll i berättelserna om verksamheten och i förhållande till vad respondenterna efterfrågar. Kontakter med mottagningarna sägs bestå av korta rutinartade möten, och substitutionsbehandling anses i allt väsentligt enbart utgöra utdelning av medicin och urinprovstagning. De psykosociala insatsernas osynlighet pekar rent allmänt mot att det verkar saknas långsiktiga rehabiliteringsmål som är tydliga för enskilda patienter. För patienter som upplever ett hjälpbehov förefaller det centralt att vårdutbudet är brett och lättillgängligt, särskilt i behandlingens inledande faser.
- Respondenterna menar att det faktiska brukarinflytandet inom behandlingen är så gott som obefintligt. Det begränsade inflytande de nämner förefaller enbart vara relaterat till triviala aspekter. Mot denna bakgrund anser vi att begreppet brukare - i meningen individer som rationellt och egenmäktigt använder de insatser som finns tillgängliga - är missvisande inom substitutionsområdet i Sverige. Mot bakgrund av rådande restriktiva narkotikapolitik och bestämmelser om medicinsk säkerhet ges de inte möjlighet att bestämma över det de vill bestämma om (t ex val av substitutionsmedicin, dosnivå, hämtningsfrekvens osv).

REFERENSER

- Amato, L., et al. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321-329.
- Amato, L., et al. (2008). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- Bacchi, C. (2009). *Analysing policy: what is the problem represented to be?* Frenchs Forest, N.S.W.: Pearson cop.
- Bergschmidt, V. (2004). Pleasure, power and dangerous substances: applying Foucault to the study of 'heroin dependence' in Germany. *Anthropology & Medicine*, 11, 59-73.
- Bourgois, P. (2000). Disciplining addictions: the bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, 165-95.
- Crawford, S. (2013). Shouting through bullet-proof glass: Some reflections on pharmacotherapy provision in one Australian clinic. *International Journal of Drug Policy*, e14-e17.
- Doukas, N. (2011). Perceived barriers to identity transformation for people who are prescribed methadone. *Addiction Research & Theory*, 19, 408-415.
- Edley, N. (2001). Analysing masculinity: interpretative repertoires, subject positions and ideological dilemmas. In: M. Wetherell, S. Taylor and S.J. Yates, eds., *Discourse as data: a guide to analysis*. London: Sage and the Open University, pp. 189-228.
- Ekendahl, M. (2001). *Tvingad till vård – missbrukares syn på LVM, motivation och egna möjligheter*. Rapport i socialt arbete nr 100. Stockholms universitet: Institutionen för socialt arbete.
- Ekendahl, M. (2009). Limits of evidence – the case of psychosocial interventions in a Swedish review of maintenance treatment research. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26, 399-414.
- Ekendahl, M. (2011). The limits of legitimacy: Service providers' views on maintenance treatment in Sweden. *Addiction Research & Theory*, 19, 427-437.
- Ekendahl, M. (2012). Danish heroin prescription in Swedish print media: exploring the silent agreements of harm reduction and zero tolerance. *Addiction Research & Theory*, 20, 423-434.
- Ekendahl, M. (2014). Heroin narratives: normalization and demonization of heroin use at a Swedish online message board. *Sociology Study*, 4, 714-727.
- Asmussen Frank, V., Bjerger, B. & Houborg, E. (2013). Shifts in opioid substitution treatment policy in Denmark from 2000-2011. *Substance Use & Misuse*, 48, 997-1009.
- Fraser, S. (2006). The chronotope of the queue: Methadone maintenance treatment and the production of time, space and subjects. *International Journal of Drug Policy*, 17, 192-202.
- Fraser, S. & Valentine, K. (2008). *Substance and substitution*. Basingstoke: Palgrave.
- Gifford, E. & Humphreys, K. (2007). The psychological science of addiction. *Addiction*, 102, 352-361.
- Gomart, E. (2004). Surprised by Methadone: in Praise of Drug Substitution Treatment in a French Clinic. *Body Society*, 10, 85-110.
- Harris, J. & McElrath, K. (2012). Methadone as social control: Institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qualitative Health Research*, 22, 810-24.
- Holt, M. (2007). Agency and dependency within treatment: Drug treatment clients negotiating methadone and antidepressants. *Social Science & Medicine*, 64, 1937-1947.
- Järvinen, M. (2008). Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice. *Sociology of Health & Illness*, 30, 975-991.
- Järvinen, M. & Andersen, D. (2009). Creating problematic identities – the making of the chronic addict. *Substance Use & Misuse*, 44, 865-885.
- Kakko, J. (2011). *Heroinberoende*. Stockholm: Liber.
- King, A. (2011). Service user involvement in methadone maintenance programmes: the 'philosophy, the ideal and the reality'. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18, 276-284.
- Madden, A., Lea, T., Bath, N., & Winstock, A.R. (2008). Satisfaction guaranteed? What clients on methadone and buprenorphine think about their treatment. *Drug and Alcohol Review*, 27, 671-678.

- Neale, J. (1999a). Drug users' views of substitute prescribing conditions. *International Journal of Drug Policy*, 10, 247-258.
- Neale, J. (1999b). Understanding drug-using clients' views of substitute prescribing. *The British Journal of Social Work*, 29, 127-145.
- Neale, J., Nettleton, S. & Pickering, L. (2011). What is the role of harm reduction when drug users say they want abstinence? *International Journal of Drug Policy*, 22, 189-193.
- Neale, J. et al. (2013). Addiction journal is committed to publishing qualitative research. *Addiction*, 108, 447-449.
- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, 103, 875-885
- Petersson, F. (2013). *Kontroll av beroende*. Malmö: Egalité.
- Satterfield, J.M., et al. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *The Milbank Quarterly*, 87, 368-390.
- Socialstyrelsen (2009). *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Föreskrifter och allmänna råd*. SOSFS 2009:27, Socialstyrelsens föfattningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU (2000). *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen*. SOU 2000:126. Stockholm: Fritzes.
- Svenska Brukarföreningen (2012). *357 brukare om substitutionsbehandling*, http://svenskabrukarforeningen.se/files/rapport_357_brukare_0_0.pdf
- Waal, H. (2007). Merits and Problems in High-Threshold Methadone Maintenance Treatment. Evaluation of Medication-Assisted Rehabilitation in Norway 1998-2004. *European Addiction Research*, 13, 66-73.
- Waal, H. & Haga, E. (editors) (2003). *Maintenance Treatment of Heroin Addiction – Evidence at the Crossroads*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Watters, J.K. & Biernacki, P. (1989). Targeted sampling: options for the study of hidden populations. *Social Problems*, 36, 416-430.
- WHO (2000). *Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: workbook 6 client satisfaction evaluations*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: World Health Organization.