Alkohol & Narkotika

Olika vägar ut ur missbruk s.28

Föräldraskap, unga och alkohol s.32

Prata om sexualitet i missbruksvården s.35

DROGPOLITISKT OBEROENDE TIDSKRIFT · ÅRGÅNG 112 · NO.6 2018

En ny maktbalans?

BRUKAR-MAKT

Spaning 2019: En seglivad fråga får nytt liv

Systemet är riggat för att misslyckas, säger professor **Markus Heilig** i Uppdrag granskning gripande program *Vem ska rädda Sanne?* 29-åriga **Sanne** lider av ångest, anorexi och beroende, men på grund av hennes samsjuklighet slussas hon mellan psykiatrin och missbruksvården. Sannes fall är väldigt komplicerat, men hon är långt ifrån den enda med missbruk som har svårt att få hjälp inom psykiatrin. Ingen tar ansvar men alla följer lagen, konstaterar journalisten **Anna-Klara Bankel**.

Systemet som Markus Heilig hänvisar till är uppdelningen av ansvaret för missbruks- och beroendevården. I dag delar socialtjänsten (kommunen) och sjukvården (landstingen) på ansvaret, men det är socialtjänsten som har det huvudsakliga ansvaret.

> **Sannes fall är väldigt komplicerat, men hon är långt ifrån den enda med missbruk som har svårt att få hjälp inom psykiatrin.**

Frågan om vem som ska ha ansvaret har flutit upp till ytan i många omgångar sedan den så kallade *Missbruksutredningen* föreslog att sjukvården ska ta över ansvaret.

Min spaning för 2019 är att frågan om huvudmannaskapet kommer att få nytt liv, inte nödvändigtvis på grund av journalistiska granskningar utan på grund av (åtminstone) följande tre orsaker:

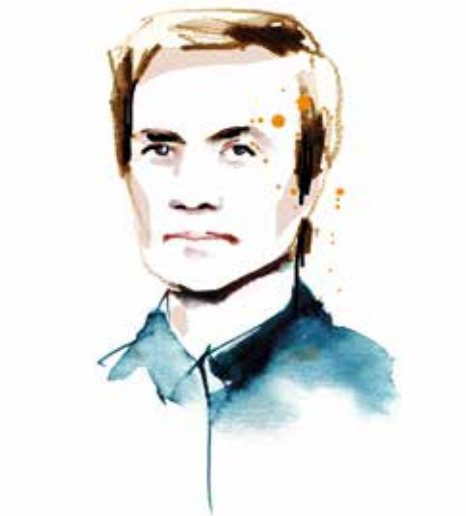
1. En driven läkarkår har under flera år fått allt större utrymme i debatten (**Björn Johnson** skriver i en krönika i *Alkohol & Narkotika #3/2017* att de senaste års stora förändringar inom narkotikapolitiken beror på drivna läkare). **Joar Guterstam** har på twitter skämtat om att avsluta varje tweet med »För övrigt anser jag att *Missbruksutredningens* förslag bör genomföras.«
2. Det finns ett politiskt intresse i frågan särskilt inom Alliansen, visar de intervjuer som *Alkohol & Narkotikas* podd *(B)ruset* gjorde inför valet. Centerpartiets viceordförande **Anders W Jonsson** är en av de starkare företrädarna för en förändring och får Sverige en högerregering är chanserna stora för att vi får se en ny utredning, med uppdraget att flytta ansvaret.
3. Inställningen i frågan skiftar inom tongivande organisationer – kanske. Efter inslaget om Sanne skriver **Fredrik Lennartsson**, avdelningschef för vård och omsorg vid Sveriges kommuner och landsting (SKL), att »ny kunskap om hjärnan gör att det blir mer tydligt att beroende är en psykisk sjukdom.« Det behövs ny lagstiftning, men han är inte tydlig i frågan om huvudmannaskapet. SKL var en av de tyngre instanserna som sade nej till *Missbruksutredningens* förslag 2011, så det kan ses som början på ett skifte.

Samtidigt håller inte alla med om att en förändring i huvudmannaskapet är den rätta lösningen. De uppenbara sociala aspekterna med missbruk kan hamna i skuggan inom sjukvården och det råder en kronisk brist på behandlingsplatser som ett byte av huvudman inte löser.

Det har gjorts försök för att underlätta det delade huvudmannaskapet, bland annat genom Samordnade individuella planer (SIP). Men bland annat en ny kartläggning över det tunga missbruket i Göteborg (läs mer på sidan 5) visar att inte ens var tionde person inom missbruksvården får en sådan plan.

Något måste göras. Och min gissning är att de första stegen kommer att tas under 2019.

/ JULIUS VON WRIGHT



PRENUMERERA PÅ ALKOHOL & NARKOTIKA

1 år för 300 kr eller 2 år för 450 kr

Besök www.alkoholochnarkotika.se/prenumerera för mer information.

INNEHÅLL NO. 6 2018

6 Heroinbehandling vinner pris

8 **TEMA: BRUKARINFLYTANDE**

14 Hon är brukarnas öra och röst

17 Vem är brukare?

20 5 år av brukarstyrda platser i Norge

22 Brukarinflytandets gränser

25 När drogerna kom till soliga Karlstad

30 **UTBLICKEN** Den svenska sprayen

32 Alkohol och kontrollerande föräldraskap

35 **SISTA ORDET** Sexuell hälsa bör tas upp i missbruksvården

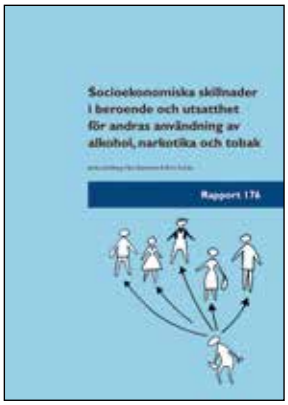
Tema: Brukarinflytande

8 70-talskampen om demokrati som utvecklades till kundrespons? Ett bra brukarinflytande kan ha många orsaker, men strävar till att förbättra vården. I det här temanumret utforskar vi några goda exempel, men ser också på vilka gränser som sätts på inflytandet och vilka det är som kallar sig brukare.

Alkohol & Narkotika **ALKOHOL & NARKOTIKA** ges ut av CAN. Tidskriften ska ur ett journalistiskt perspektiv bevaka och granska aktuella händelser på drogområdet. Den har en populärvetenskaplig inriktning och är drogpolitiskt oberoende. Åsikter framförda i artiklar och krönikor behöver inte överensstämma med redaktionens. **ANSVARIG UTGIVARE** Håkan Leifman **CHEFREDAKTÖR** Julius von Wright · julius.von.wright@can.se **POSTADRESS** Box 70412 · 107 25 Stockholm **WEBB** www.alkoholochnarkotika.se **BESÖKSADRESS** Klara Norra Kyrkogata 34 **TELEFON** 0723–714 328 **PRENUMERATION** 6 nr per år 300 kr · www.can.se tel 08–799 62 17 · e-post aon@pressdata.se **GRAFISK FORM** Oh Dear form **PRODUKTION** 25AH **REDAKTIONSRÅD** Torkel Richert, Kalle Tryggvesson, Claudia Fahlke, Jenny Cisneros Örnberg **OMSLAGSBILD** Jenny Sjödin **PORTRÄTTILLUSTRATIONER** Cecilia Lundgren **TRYCK** Ljungbergs Tryckeri **ISSN** 0345–0732

C·A·N Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN, är ett nationellt kompetenscentrum som arbetar för minskade skador av alkohol och andra droger i samhället. Det gör vi genom att följa konsumtions- och skadeutvecklingen och genom kunskapshöjande insatser. Se mer på: www.can.se

Vi hanterar våra prenumeranters personuppgifter enligt den nya dataskyddsförordningen. Mer information hittar du på www.alkoholochnarkotika.se, eller genom att kontakta chefredaktör Julius von Wright.



Beroende vanligare bland lågutbildade

DET FINNS BETYDANDE socioekonomiska skillnader i beroende, framförallt av cigaretter och narkotikaklassade preparat, visar en rapport som CAN tagit fram i samarbete med Folkhälsomyndigheten.

– Det är första gången som socioekonomiska skillnader i beroende kartläggs i Sverige. Kartläggningen visar att lågutbildade män hade mellan 1,6 (snus) till 5,3 (cigaretter) gånger så hög andel beroende än gruppen högutbildade och att beroende av alkohol och narkotika var 1,8 respektive 2,5 gånger högre, säger **Mats Ramstedt** som är forskningsansvarig på CAN.

För kvinnor fanns inga utbildningsskillnader i alkoholberoende men däremot var narkotikaberoende 3,7 gånger högre bland lågutbildade och cigarettberoende 8,2 gånger högre i jämförelse med högutbildade.

SOCIOEKONOMISKA SKILLNADER I BEROENDE OCH UTSATTHET FÖR ANDRAS ANVÄNDNING AV ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK
Jonas Landberg, Mats Ramstedt och Erica Sundin · CAN 2018

ANT vanligare bland stressade elever

I SYNNERHET RÖKNING och erfarenhet av narkotika ökar med stigande grad av psykosomatiska besvär, visar en ny rapport från CAN.

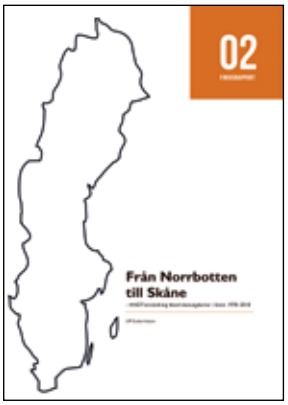
– En stor andel elever har rapporterat psykosomatiska besvär det senaste halvåret. Till exempel uppger en av fem att de känt sig stressade i stort sett varje dag, och en av tio att de haft sömnproblem eller känt sig nedstämda, säger **Siri Thor**, utredare på CAN.

– Det vi främst ser är att rökning samt erfarenheter av narkotika ökar med stigande grad av besvär, men samma mönster gäller även för snusning och alkoholerfarenhet.

Utöver en större erfarenhet av ANT bland elever med högre förekomst av psykosomatiska symptom är det också vanligare att skolka, inte trivas i skolan, vara missnöjd med sig själv, sin hälsa samt sin familjs ekonomiska situation.

– Det är oroväckande att elever med hög grad av psykosomatiska besvär inte bara har en större ANT-användning utan att de dessutom verkar vara mindre tillfreds med sin vardag i stort, säger Siri Thor.

NÄR HUVUDET BULTAR OCH MAGEN VÄRKER
Siri Thor & Ulf Guttormsson · CAN 2018



Ungas drog-användning län för län

SKOLUNGDOMARS ANVÄNDNING AV alkohol, narkotika och tobak skiljer sig åt mellan Sveriges län.

22 procent av gymnasieeleverna i Stockholms län svarade att de provat narkotika medan motsvarande andel var 9 procent i Örebro län. Även för snusning finns det påtagliga skillnader: 25 procent av gymnasieeleverna snusade i Norrbotten jämfört med 9 procent i Södermanland.

– Risken för att en skolelev ska använda olika substanser kan alltså variera utifrån var i landet man bor, konstaterar rapportförfattaren **Ulf Guttormsson**.

Narkotikaerfarenheter bland gymnasieelever var ofta vanligare i regioner med högre folktäthet, medan det omvända gällde för snus. För den sammanvägda substansanvändningen (alkohol, rökning, snusning, narkotika och sniffning) hittades dock inga samband i relation till folktätheten.

FRÅN NORRBOTTEN TILL SKÅNE
Ulf Guttormsson · CAN 2018

PSST...
HAR DU HÖRT VÅR PODD (B)RUSET. FINNS DÄR PODDAR FINNS.

Cannabisen ökar, amfetaminet minskar

Göteborg Stad har identifierat 955 personer som har ett tungt missbruk och som är i kontakt med stadens verksamheter. Det visar en kartläggning som staden har gjort under 2017. En mer omfattande kartläggning gjordes 2011, vilket ger en möjlighet att jämföra utvecklingen.

Minskat med 1/4

Andelen som har **amfetamin som primär drog** har minskat med ¼. Största minskningen har skett bland 40–49-åringarna.

20 %

Personer med **cannabis som primär drog** har **ökat med 20 %**. Ökningen syns både hos kvinnor och män

7 %

av personerna i kartläggningen har en **samordnad individuell plan** (SIP), som samordnar insatserna från bland annat sjukvård och socialtjänst.

Resultaten bygger på rapporteringar från stadens anställda vid socialkontoren i de tio stadsdelarna, Social resursförvaltnings boendeverksamhet och öppenvård. Tungt missbruk är definierat som personer som använder illegala droger dagligen, eller som injicerat under det senaste året.
Källa: Patriksson, K (2018): Tungt narkotikamissbruk 2017. En kartläggning inom Göteborgs stad.

Signerat

TÄNK DIG ETT RÖKFRITT SVERIGE

Tänk om alla födda efter år 2010 inte fick köpa tobak? Ja, det är inte en helt främmande tanke om vi skulle ta efter idéer som finns i andra länder där åldersgränsen för tobak höjs med målet att få ett stopp på tobaksbruket och den ohälsa som den för med sig. Idéen är idag som mest diskuterad i Singapore och kallas för *The tobacco-free generation proposal*.

Vi vet idag att över 6 miljoner människor årligen dör till följd av tobaksbruk, främst på grund av cigarettrök, och i Sverige är den siffran 12 000 årligen. Här i Sverige har opinionsbildande projektet *Tobacco Endgame* fått ökat stöd hos politiker och organisationer och idag ställer sig fler och fler kommuner och landsting bakom målet: ett rökfritt Sverige, med delmålet att vara under 5 procent dagligrökare till 2025.

Är vi nära att uppnå detta? I maj skulle regeringen egentligen ha klubbat ett omfattande förslag till ny tobakslag. En lag som nu har blivit liggande men som förhoppningsvis kan klubbas denna höst och bli verklighet den 1 januari 2019. Redan nästa år skulle vi därmed kunna ha en ny tobakslag men det hänger på hur det blir med stödet till lagen, om den hinner röstas igenom och hur regeringsbildningen blir. Risken är stor för att förslaget stannar just vid att vara ett förslag.

Jag hoppas verkligen att denna lag genomförs så vi kan fortsätta att utveckla vår tobakspolitik i en än mer progressiv riktning. För samtidigt som vi tjafsar om rökfria uteserveringar så efterfrågar nästa generation större krafttag mot den tobaksrelaterade ohälsan och mot konsekvenserna av tobaksproduktionen.

Om tobakens plats och konsekvenser ska minska så måste även vår fantasi och utveckling av det tobaksförebyggande arbetet öka. Att sätta ett stoppdatum för försäljning av tobak bör inte vara en främmande idé. När vi vet att förhandlingar om nya lagar kan ta långt tid så bör vi sätta ribban lite högre så vi kan känna oss mer nöjda när den nya lagen väl är på plats.

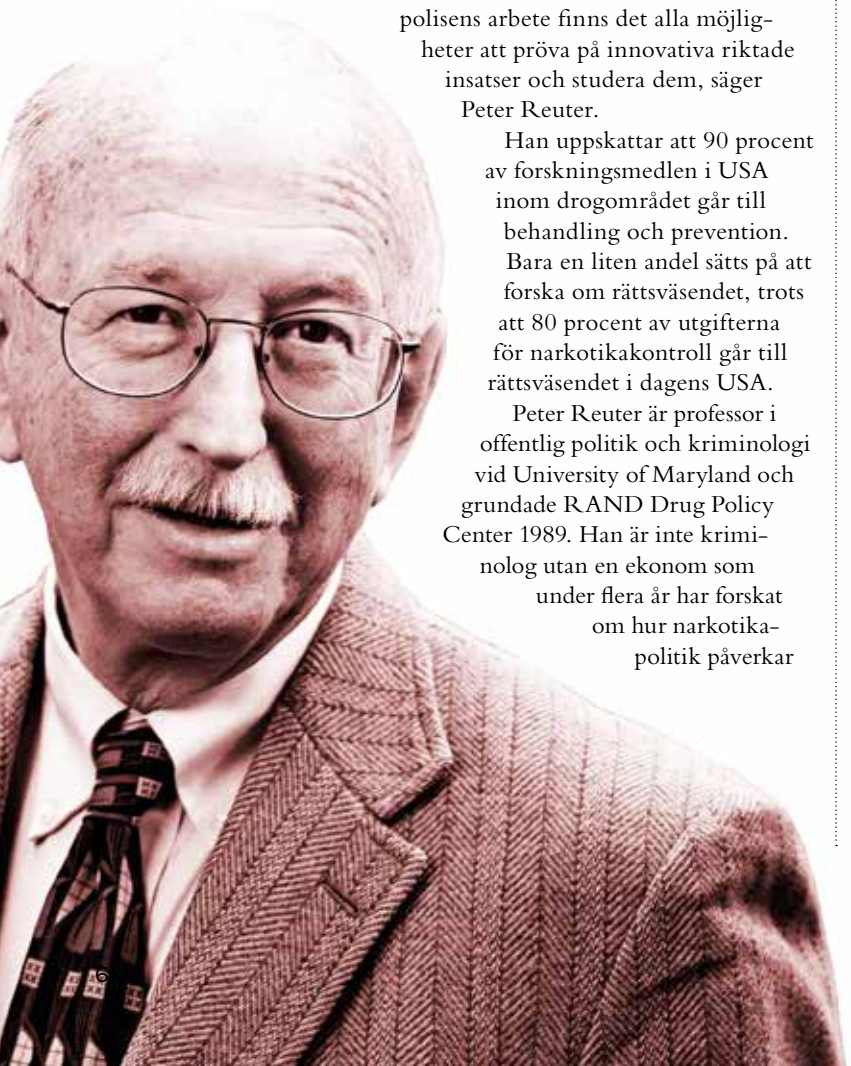
Nu låter vi fantasin flöda i det förebyggande arbetet för att rädda fler liv.

/ **FARIDA AL-ABANI** SOCIALPOLITISK TALESPERSON FÖR FEMINISTISKT INITIATIV, FOLKHÄLSOVETARE SOM ARBETAT MED TOBAKSPREVENTION OCH AVVÄNJNING

De prisas för banbrytande narkotikapolitik

PETER REUTER OGILLAR att den narkotikapolitiska debatten så ofta handlar om ytterligheterna – legalisering eller förbud. Han anser att vi borde se på alla former av narkotikapolitik som en portfolio, där man kan välja och vraka men framför allt prova och våga misslyckas. Han tycker att det görs allt för få riktade insatser, likt den heroinassisterade behandlingen i Schweiz, säger han till *Alkohol & Narkotika*. Framförallt efterlyser han mer forskning om tillämpning av rättsväsendet och narkotikakontroll.

– Insatser beskrivs ofta i breda ordalag och det är svårt att mäta effekten av dem i studier. Men inom polisens arbete finns det alla möjligheter att pröva på innovativa riktade insatser och studera dem, säger Peter Reuter.



Han uppskattar att 90 procent av forskningsmedlen i USA inom drogområdet går till behandling och prevention. Bara en liten andel sätts på att forska om rättsväsendet, trots att 80 procent av utgifterna för narkotikakontroll går till rättsväsendet i dagens USA.

Peter Reuter är professor i offentlig politik och kriminologi vid University of Maryland och grundade RAND Drug Policy Center 1989. Han är inte kriminolog utan en ekonom som under flera år har forskat om hur narkotikapolitik påverkar brottslighet och utbud. En central tes som han driver är att de fördelar som narkotikaförbud kan medföra kan uppnås med mjukare kontrollmetoder. Han förespråkar att poliser ska bära naloxon, han vill se en förbättring av de så kallade drogdomstolarna i USA och förespråkar fotboja/husarrest för icke-våldsrelaterade narkotikabrott.

PETER REUTER SÄGER att det är för tidigt att dra slutsatser utifrån legaliseringen av cannabis i amerikanska delstater och är skeptisk till alla som drar för stora växlar på de effekter som setts så här långt.

– Inför legaliseringen argumenterade många för en modell från alkoholpolitiken. Det var ett dåligt val. Alkoholpolitiken i USA är allt för svag. Och nu ser vi att industrin jobbar för svagare lagar.

Peter Reuter är orolig för att det är allt fler som ofta använder cannabis i Colorado. Men han anser ändå att cannabisförbudet orsakar fler problem än legalisering. Samtidigt säger han att allting går inte att förutse. Inför att delstaten Washington skulle legalisera cannabis uppskattade Peter Reuter att priset på cannabis skulle rasa med 90 procent, vilket inte hände.

– Ett tema i min forskning har varit att droganvändning på sätt och vis har sitt eget liv. På 90-talet såg vi en kraftig ökning av narkotikaanvändningen på flera håll i världen och i slutet av 90-talet minskade den. Kan du berätta vilken politik som fick konsumtionen att minska? Min gissning är att värderingar och populärkultur spelar in. Konsumtionstrender kan mycket väl vara vaccinerade mot politik, säger Peter Reuter. ◄

> **Inför legaliseringen argumenterade många för en modell från alkoholpolitiken. Det var ett dåligt val.**

Ruth Dreifuss och **Peter Reuter** får Stockholmspriset i kriminologi bland annat för deras samarbete för att tillgängliggöra heroinassisterad behandling. Peter Reuter efterlyser mer forskning om rättsväsendet och Ruth Dreifuss uppmanar länder att studera, evaluera och sprida effekterna av sin narkotikapolitik.

TEXT JULIUS VON WRIGHT

När Ruth Dreifuss blev inrikesminister i Schweiz 1993 var Platzpitz park, den så kallade Needle Park i Zürich, en samlingsplats för heroinanvändare. 3000 personer sökte sig dagligen till fristaden, där droganvändning var tillåtet – en misslyckad policy som staden hade instiftat 1987 för att kontrollera det växande drogproblemet. Mellan 1975 och 1992 ökade antalet dödliga överdoser i landet tolvfalt.

Sprutbyten infördes och substitutionsbehandling utvidgades. Heroinassisterad behandling inleddes 1994.

Idag får ungefär 1600 personer heroin på recept, enligt Schweizs folkhälsomyndighet. I medeltal stannar en patient 3 år i behandling, trots att det är möjligt att stanna livet ut. Två tredjedelar injicerar, medan resten får heroinet i tablett- eller juiceform. Ingen patient inskriven i behandlingen har överdoserat. Kriminaliteten bland patienterna minskar med 60 procent efter det första året. Behandlingen är inte gratis och kräver sjukvårdsförsäkring och illegal försäljning av heroin förekommer fortfarande.

Framgången med den legala förskrivningen av heroin är orsaken varför Ruth Dreifuss får Stockholmspriset i kriminologi 2019. Hon var den främsta politiska försvararen av behandlingen, skriver juryn, trots stora protester. Heroin var och är ännu illegalt, och den tvåsidiga politiken ansågs vara motsägelsefull, men bara 3 år senare hade opinionen vänt och schweizarna röstade i en folkomröstning emot ett förslag för en striktare narkotikapolitik.

Enligt Ruth Dreifuss är styrkan med det schweiziska försöket att det har evaluerats och både de negativa och positiva effekterna kartlagts. Hon säger att det inte är en enskild punktinsats som kan beskriva förändringen i Schweiz. Modellen står på fyra ben: förebyggande, behandling, skadereduktion och rättsväsende, som alla samspelar.

– Fyrapelarmodellen är aktuell än idag. Men om Schweiz ska vara en förebild så är det för att vi studerade och gjorde uppföljningar på försöket med heroinassisterad behandling. Länderna måste samla data, analysera och utvärdera sina erfarenheter och sedan sprida resultaten. Då kan vi skapa en grund för att utveckla narkotikapolitiken, säger Ruth Dreifuss.

Ruth Dreifuss var inrikesminister mellan åren 1993 och 2002. Under året 1999 var hon även förbundspresident för Schweiz. Idag är hon ordförande för Global Commission on Drug Policy som förespråkar en reglerad drogmarknad. ◀

LÄS MER
Evidensunderlaget för heroinassisterad behandling i Danmark:
→ **EVALUERING AF ORDNING MED LÆGEORDINERET HEROIN TIL STOFMISBRUGERE 2010 – 2012**
Sundhedsstyrelsen 2013

Om Schweiz ska vara en förebild så är det för att vi studerade och gjorde uppföljningar på försöket med heroinassisterad behandling.

Foto: Daniel Becerril, TT Nyhetsbyrån

»Varför i helvete har vi ingenting att säga till om…«

Brukarinflytande var en aktuell fråga på 70-talet, och är det än idag under delvis andra former. Flera projekt har haft som mål att öka inflytandet under 2010-talet, men mer resurser behövs för att sätta det i system.

TEXT JULIUS VON WRIGHT / **ILLUSTRATION** JENNY SJÖDIN

RUBRIKEN TILL DEN här artikeln är tagen från pocket-tidningen *R* som gavs ut 1970. Temat var patientinflytande och bakom låg redaktören **Hans Nestius** och de så kallade R-förbunden (RFHL, KRUM, RSMH med flera) som organiserade socialt utsatta personer. Tidningen utkom i en tid när det ställdes krav på att de stora behandlingsinstitutionerna skulle bort och den paternalistiska vården avvecklas.

KRUM har försvunnit, tidningen *R* har blivit privat, men brukarmakt är aktuellt nu som då. Det gruppcentrerade brukarperspektivet som för 50 år sedan motiverades med rättigheter motiveras i dag även med ett mer individcentrerat kundperspektiv. 2013 publicerade *Alkohol & Narkotika* (1/2013) ett temanummer om brukarinflytande och konstaterade att *»Frågor om brukarnas ställning har hamnat på dagordningen för de högsta ansvariga politikerna.«* Men hur ser det ut idag?

– BRUKARNA BESITTER EN kunskap och kompetens som vi inte kan vara utan när det gäller att fästa målformuleringar på papper, sade barn- och äldreminister **Maria Larsson** 2013 när regeringen meddelade att de ska jobba med att stärka brukarinflytandet inom socialtjänsten.

Det året publicerade Socialstyrelsen *Att ge ordet och lämna plats*, en vägledning för brukarinflytande inom bland annat missbruks- och beroendevården. Vägledningen citeras än idag för sin sammanfattning av argument för brukarinflytande: maktutjämning, demokrati, serviceanpassning, effektivitet, legitimitet, egenmakt. **Ann Jönsson** var utredare för vägledningen och minns att arbetet fick en trög start. Det fanns vad hon beskriver som en möteströtthet bland organisationerna att sitta med på möten och dela med sig av sina erfarenheter. Men hon minns även ett stort möte med flera brukarorganisationer – ett av de bästa möten hon har deltagit på, beskriver hon fem år senare.

Omslaget *till pockettidningen R, som gavs ut 1970.*

Gunborg Brännström *projektledare i SKL:s projekt* Kunskap till praktik.

– Argumenten i vägledningen kommer från vad som sades på det där mötet. Det fanns stora skillnader på hur brukarorganisationerna jobbade med inflytande. Material från Verdandi och RFHL fick ligga som grund till mycket i vägledningen.

Det kunde ha blivit laddat när regeringen gav Socialstyrelsen ett uppdrag att vägleda brukarinflytande.

– Redan där fanns det en risk för ett ovanifrånperspektiv, säger Ann Jönsson, som själv har varit aktiv inom R-förbunden och funktionshinderrörelsen.

–Sen är det lite så, tyvärr, att det kommer nya regeringsuppdrag och då är man tvungen att släppa det man gjort tidigare. Sedan var det upp till Sveriges kommuner och landsting (SKL) och brukarorganisationerna att få brukarinflytandet att leva vidare.

RUNT SAMMA TIDER pågick SKL:s projekt *Kunskap till praktik* med målet att förbättra missbruksvården. Arbetet med brukarinflytande inom projektet har bland annat lagt grunden till ett nationellt nätverk för brukarråd. Men att brukarinflytande skulle bli en central del av projektet var ingen självklarhet, säger projektledaren **Gunborg Brännström**.

– Kunskap till praktik skulle implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer, men jag frågade mig vad som är viktigast för brukarna. Så jag tillsatte ett brukarråd. Vi träffades regelbundet med brukarrådet, men efter ett tag behövde vi mer än samtal – vi behövde ett projekt.

Inom ramen för projektet utfördes två brukarstyrda brukarrevisioner – en metod där en brukare får ansvaret för en granskning av en verksamhet – i Borlänge och Sundsvall. Verdandi har sedan dess utvecklat metoden och i dag har fler än 150 brukarstyrda brukarrevisioner genomförts.

Brukarrådet som Gunborg Brännström tillsatte försvann efter att *Kunskap till praktik* tog slut 2014, trots att hon försökte motivera SKL att ▶

Vägledningen som Socialstyrelsen sammanställde var bra men den implementerades dåligt. Det borde absolut pratas mer på politiskt nivå och det behövs nationella politiska initiativ.

hålla kvar rådet. Hon anser att arbetet som gjordes inom *Kunskap till praktik* inte helt och hållet togs tillvara.

– Jag tycker att det inte finns en nationell motor i brukarinflytandefrågor. Det kommer hela tiden nya människor i vården, men det finns ingen reguljär utbildning inom missbruksvården. Kontinuitet är en viktig del i utvecklingsarbetet.

Gunborg Brännström vill se ett kompetenscentrum, med både kommunerna och landstingen och kanske även Socialdepartementet, som kan stöda långsiktiga satsningar inom missbruksvården. För det behövs mer än bara brukarråd, säger Gunborg Brännström.

– Det inte rätt att det bara är organisationer som jobbar med att utveckla metoder. Jag upplever att många av dem har svårt att få finansiering.

Gunborg Brännström anser att det idag finns för lite politiskt intresse för brukarinflytandefrågor.

– Vägledningen som Socialstyrelsen sammanställde var bra men den implementerades dåligt. Det borde absolut pratas mer på politiskt nivå och det behövs nationella politiska initiativ.

ISABELL MORTENSEN HÅLLER med. Hon är ordförande för den nya föreningen Brukarrådet Missbruk/beroende Sverige, som grundades i februari 2018. Föreningen är ett nationellt nätverk för regionala brukarråd och har idag tio brukarråd som medlemmar.

Hon anser att det finns för lite brukarinflytande på Socialdepartementet i frågor som berör missbruk.

– Vi ser att Socialdepartementet har kontakt med vissa brukarföreningar, men har ingen tydlig förankring när det gäller missbruksfrågor. Där hoppas vi på att bli en samlande kraft och få inflytande.

Isabell Mortensen har varit fri från sitt missbruk i sju år. 2013 gick hon en utbildning i brukarrevisioner genom *Kunskap till praktik*.

– När *Kunskap till praktik* tog slut såg det väldigt olika ut i landet. Då var tanken att brukarråden var tillräckligt starka att fortsätta med sitt arbete, men så blev det inte. Det saknas ekonomi och resurser i form av personer.

Under 2018 gav regeringen 24 miljoner kronor till landstingen för att stärka brukarmedverkan, men främst inom psykiatrin. Bara i vissa fall har brukarråd inom missbruksområdet lyckats söka medel från potten.

– Vi måste få tydliga resurser för att jobba vidare med våra frågor, det behövs verkligen.

Björn Johnson
är professor i socialt arbete vid Malmö universitet.

BJÖRN JOHNSON, PROFESSOR i socialt arbete vid Malmö universitet, skrev 2006 artikeln *Brukarinflytandeutveckling i den svenska narkotikapolitiken 1965–2004*. Han konstaterar i artikeln att brukarinflytandet minskade under perioden. Efter att har varit stort på 70-talet så minskade det under 90-talet bland annat på grund av kriminaliseringen av narkotikabruk, argumenterar Björn Johnson. Idag anser han att inflytandet har ökat igen

– bruket är ännu kriminaliserat, men det har skett en medikalisering inom missbruksfältet som har banat väg för inflytandet.

– Sjukvården och läkarkåren har kommit tillbaka till detta område. Inom sjukvården han man kanske en större öppenhet för att patienter ska medverka. Det har inte skett förändringar på samma sätt inom det sociala området, säger Björn Johnson.

Han lyfter vårdvalet för Laro-behandling i Skåne som ett exempel. Vårdvalet infördes med målet att stärka brukarinflytandet. I en utvärdering som **Lisa Andersson** skrivit beskriver patienterna valmöjligheten som något positivt.

– Som vi bedömde det var vårdvalet väldigt bra för att öka patienternas empowerment, säger Björn Johnson.

R:ET STÅR FORTFARANDE för *rättvisa åt de röstlösa*, säger tidningen R:s chefredaktör **Kurt Nurmi** i en intervju i *Arbetarbladet* 2010. Inom missbruks- och beroendevården är patienterna inte röstlösa, mycket har förbättrats, men ännu finns det mycket att göra.

– Brukarinflytande måste sättas in i system, säger Gunborg Brännström. ◀

FAKTA **Lagstiftning om brukarinflytande**

- **Enligt socialtjänstlagen** (2001:453) ska socialtjänstens insatser utformas och genomföras tillsammans med den enskilde (3 kap. 5 §). Den enskilde bör därför ges möjlighet att påverka sin livssituation och den vård och det sociala stöd han eller hon får. Verksamheterna ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.

- **Hälso- och sjukvårdslagens** (2017:30) krav på självbestämmande är stark. Rätten till information och inflytande är av avgörande betydelse för patientens möjlighet att utöva sitt självbestämmande och vara delaktig i vården.

Källa: Kunskapsguiden.se

Olika perspektiv på lika villkor

Mary Olofsson tycker att regler ibland sätts mer utifrån personalens behov än efter de boendes. Hon har varit med och genomfört brukarrevisioner i sex år. I *Alkohol & Narkotika 5/2017* följde vi med en brukarrevision som utfördes i Göteborg.

Brukarrevisionen
Olika perspektiv på lika villkor

Klicka dig in på www.alkoholochnarkotika.se och ladda ner numret för att läsa artikeln!

Brukarkraft certifierar brukarinflytande

Brukarkraft, ett nationellt resurscentrum för brukarinflytande som drivs av Verdandi, har sedan 2018 jobbat för att certifiera verksamheter med brukarinflytande inom missbruksvården. För att certifieras tar verksamheten fram en handlingsplan för att jobba med brukarinflytande och bygger strukturer för att möjliggöra inflytandet. Verksamheten ska även utbilda personalen och ledningen i brukarinflytande.

Certifieringen varar i två år och förlängs efter att personalen intervjuats av en brukarrevisor.

CERTIFIERAD I BRUKAR-INFLYTANDE av Brukarkraft 2018

Vad är gott inflytande?

Alkohol & Narkotika frågar aktörer inom brukarrörelserna om vad de tycker är viktigt i brukarmedverkan, och om vilka problem de tycker bör lösas.

1. Vad betyder ett gott brukarinflytande för dig?
2. Vad är den största utmaningen för ett gott brukarinflytande?
3. Vilka förändringar vill du se för att öka brukarinflytandet?

MIKAEL JOHANSSON
Skånes brukarförening

1 **ETT ÖKAT INFLYTANDE** betyder medverkan. Det kan handla om olika saker på olika plan speciellt inom beroendevården. Vi har traditionellt fungerat som en patientorganisation – vi ville vara med och bestämma över våra egna liv och över hur behandlingen skulle utformas. Vi ville föra vår egen talan i diskussioner och debatt.

Pratar vi underhållsbehandling så var det ganska otrevligt att andra styrde viktiga delar av ditt liv så pass mycket. Vi skulle »uppfostras«. Vårdval för Laro i Skåne handlade delvis om ett ökat brukarinflytande. Möjligheten att välja, men det handlar också om att ta ansvar för sitt eget liv så långt man kan.

2 **STÖRSTA UTMANINGEN SOM** jag ser det är att vi inte vågar lämna gamla strukturer, att de yrkesgrupper som stått med makten inte vill släppa in så vi kan diskutera på ett ärligt, rakt sätt. Det är alltid känsligt när saker som fungerat på ett särskilt sätt i många år ska förändras. Jag tycker dock att det har blivit ganska mycket bättre med tiden.

3 **BRUKARINFLYTANDE OCH BRUKARRÅD** är moderna nu. Det pratas, skrivs och hålls seminarium om det. Vi har ju en patientlag där vissa kapitel rör delaktighet: vården ska utformas i samråd och samverkan med patienten. Ovanpå det är det väl ganska utmärkt om vi som levt med tungt beroende kommer in med våra erfarenheter. Egentligen handlar det om att hålla sig till redan skrivna lagar – men det går ju alltid att uppdatera och förtydliga. Det faller också lätt i glömska i det vardagliga. Vi vill ju heller inte bara vara ett alibi för brukarmedverkan.

CALLE LUNDBERG
Brukarrådet för Missbruksfrågor Västra Götaland

1 **ETT GOTT BRUKARINFLYTANDE** är att beslutsfattare lyssnar på brukarna och tar till sig deras erfarenheter. De viktigaste beståndsdelarna är de där frivilligorganisationerna kan göra det som myndigheterna inte kan, nämligen att via eftervård hjälpa de beroende att skapa ett nytt liv.

2 **DEN STÖRSTA UTMANINGEN** är att bland annat att alkohollobbyn har miljarder till förfogande medan frivilligorganisationerna lever på futtiga bidrag.

3 **FÖR ATT FÅ** en fungerande missbruksvård måste det byråkratiska krånglet med bland annat två huvudmän bort. 2011 kom det en utredning av **Gerhard Larsson** som heter *Bättre insatser vid missbruk och beroende*. Där skrivs det om de förändringar som borde vidtas.

ANN-MARI WULFSTRAND-BYHLIN
Brukarkraft/Verdandi

1 **BRUKARINFLYTANDE ÄR I** grunden en demokratifråga, om hur vi fördjupar våra möjligheter att kunna vara med och påverka och aktivt delta i samhällsutvecklingen.

Brukarinflytande måste ske på alla nivåer. Individnivån, för att var och en i sina kontakter med vård och omsorg ska få sina behov tillgodosedda, bli bemött med respekt och ha inflytande över sitt eget liv. På verksamhetsnivån handlar det om brukarnas gemensamma kunskaper och erfarenheter tas tillvara och att få ett en kvalitativ bättre verksamhet och också bli mer effektiv ur ett brukarperspektiv. Brukarna bär på kunskaper som är ovärderliga och som inte verksamheten har och som behöver tillföras för att få ett helhetsperspektiv på sin egen verksamhet. På samhällsnivå handlar det om att kunna driva frågor som motsvarar de behov som finns hos brukarna. Stärka och utveckla samhällets insats.

Vi måste lära oss att inte delta i kafferepsmöten som inte leder någonstans.

Genom att bredden av brukarorganisationer, brukarnära organisationer och organisationer som arbetar inom det alkohol- och drogpolitiska området samverkar och deras erfarenhet tas tillvara utvecklas samhällets vård- och stödinsatser.

2 **DET BEHÖVS RESURSER** för att organisationer ska kunna bedriva arbetet med brukarinflytande. Det finns fortfarande en allmän syn att detta ska ske på ideell basis och att det är organisationerna själva som måste bekosta deltagande i brukarråd, göra brukarstyrda brukarrevisioner eller delta i olika samrådsgrupper.

Brukarorganisationerna måste se upp så de inte blir gisslan i olika sammanhang, så att man blir ett alibi för att samråd eller överenskommelser har skett, fast man kan ha varit i underläge eller i minoritet i möten mellan verksamheter och organisationerna. Vi måste lära oss att inte delta i kafferepsmöten som inte leder någonstans.

En annan utmaning är hur brukarinflytande ska kunna ske i småkommuner där det sällan finns många brukarorganisationer. Det kan vara en fråga för våra riksorganisationer hur vi ska kunna lösa att brukarinflytande sker på fler ställen i vårt land, inte bara i de stora kommunerna.

3 **CERTIFIERING BEHÖVS AV** verksamheter så att det sker ett arbete med brukarinflytande i allt fler verksamheter.

Ersättningssystemen för deltagande i brukarråd, samverkansgrupper eller andra möten behöver ses över. Rimligt vore att ersättningar utgår till enskilda enligt det system som finns för förtroendevalda politiker som har fritidsuppdrag, där det utgår ersättning för förlorad arbetsersättning och ett arvode.

Mer forskning måste till om brukarmedverkan och brukarinflytande som ett stöd i metodutveckling i olika verksamheter.

ANDREAS HEDSTRÖM
Stockholms brukarförening

1 **FÖR OSS I** brukarföreningen betyder brukarinflytande i huvudsak två saker, patientdelaktighet och patienträttigheter. Med detta menar vi till exempel sjukdomsförståelse och så självklart att de som använder vården får möjligheten att själva påverka den. Rätt implementerat kan göra otrolig nytta, förebygga missförhållanden och förbättra vårdformen.

2 **ATT HITTA MÄNNISKOR** med rätt erfarenhet som är villiga att ställa upp och medverka. Om vi inte hittar rätt personer så brister kontinuiteten. Ofta ser vi också representanter som har ett eget vinstintresse ta plats i olika brukarråd, trots att de egentligen inte har något där att göra.

3 **DET FINNS REDAN** ett starkt stöd för brukarinflytande, däremot behövs utbildningar om brukarinflytande för att öka intresset för att delta. Alltför många är ovetande och tycker det är för komplicerat. Vi skulle gärna se politiska direktiv.

Brukarnas megafon i vården

Beroendecentrum Stockholm har anställt **Christina Paulsrud** som brukarinflytandesamordnare för att lyssna in patienternas önskemål. Bemötande är de ofta nöjda med, men vårdtiden får ofta kritik.

TEXT / FOTO JULIUS VON WRIGHT

JAG HAR ÅKT ut till mottagningar, satt mig i väntrum och pratat med varje patient som passerat, säger **Christina Paulsrud**. Hon jobbar som brukarinflytandesamordnare på Beroendecentrum Stockholm sedan ett år.

Väntrummen är många, 59 stycken, inom öppenvården.

– Jag ska bidra till att implementera metoder för ökat brukarinflytande, säger hon när hon beskriver sitt jobb.

– Men det låter ju så flummigt. Jag samlar helt enkelt in vad patienterna tycker om mottagningarna och i de bästa av världar ligger det som grund för utvecklingsarbete.

På heldygnsvården kan det handla om praktiska frågor, som mobilförbud (det har nu upphävts), hur maten är eller vilka tv-tider som ska gälla. Personalen får ofta beröm, men vårdtiderna kritiseras för att vara för korta.

Inom heldygnsvården har det länge funnits ett patientforum där de som är på plats träffas en gång i veckan. Men inom öppenvården, där de allra flesta patienter finns, har det inte funnits en struktur för brukarinflytande. Tills Christina Paulsrud började sätta sig i väntrummen.

– På öppenvården berättar patienter om brister i samverkan med psykiatrin och socialtjänsten och om tillgänglighetsfrågor, som öppettider och kontakten med mottagningen. Men av de 174 patienter som jag pratat med så har alla utom 3 speciellt berömt det bemötande de får av personalen.

En konkret förändring som skett i norra Stockholm sedan Christina Paulsrud började är att man inte längre ska landa i röstbrevlåda när man ringer till en del av beroendecentrums mottagningar.

Hur mycket tycker du att du kan påverka behandlingsinnehållet?

– Jag tänker att allt är kopplat. Bemötande är i allra högsta grad en del av behandlingsinnehållet. Och jag tycker att man tar patienternas kommentarer på allvar. En arbetsgrupp går systematiskt igenom synpunkterna, säger Christina Paulsrud.

Johan Franck *är verksamhetschef för Beroendecentrum Stockholm.*

DET HAR FUNNITS en genomgående trend inom sjukvården med ökat brukarinflytande, säger **Johan Franck**, verksamhetschef för Beroendecentrum Stockholm. För tio år sedan började brukarinflytandesamordnare dyka upp inom psykiatrin, men förutsättningarna har varit annorlunda för beroendevården. Brukarna är inte lika organiserade som inom andra patientgrupper.

– Det som är speciellt för beroendevården är att det finns en större utsatthet och många kan ha svårt att ge sin åsikt om vården. Det har varit svårt att engagera brukarföreningarna. Inom vårt

område är de små och har lite resurser jämfört med andra föreningar för exempelvis cancerpatienter, säger Johan Franck.

Det gäller också att hitta rätt person som är villig att ta uppdraget och som har rätt förutsättningar.

– Men när det kommer in brukare i beslutande rum så blir det ett helt annat sätt att prata om problem. Vi har fått en jämnare kontakt med brukarföreningarna. Vi har haft tur som kunnat rekrytera Christina, hon har rätt kompetens och gör mycket viktiga insatser för brukarinflytande på kliniken, säger Johan Franck.

– Ett konkret exempel på en brukarstyrd förändring är hur frågorna i kvalitetsregistret har förbättrats tack vare brukarrepresentanter i styrgruppen, säger Johan Franck.

CHRISTINA PAULSRUD KÄNNER att hon får ett förtroende hos patienterna hon träffar. De identifierar sig med henne. Någon kanske känner igen henne från hennes tolv år som ordförande för Stockholms brukarförening. Men det är en stor skillnad att jobba på beroendecentrum jämfört med att jobba idépolitiskt på brukarföreningen, säger Christina Paulsrud.

– Jag har ju många åsikter som jag får lägga åt sidan. Jag måste förhålla mig till att jag nu jobbar på en myndighet. Det var svårt i början, säger Christina Paulsrud.

Hon är ändå inte rädd för att förlora sitt »brukaröga« med åren trots att hon är medveten om risken.

– Visst, ju mer etablerad man blir desto mindre stridbar brukarrepresentant är man. Därför kändes det bra att ge över ordförandeskapet för brukarföreningen efter tolv år. Men jag är ju ännu patient, säger Christina Paulsrud.

– Och mitt gamla brukarförenig-jag reser sig ännu när jag hör om personer utan egna erfarenheter som ska representera brukarperspektiv, säger Christina Paulsrud. ▶

Jag har åkt ut till mottagningar, satt mig i väntrum och pratat med varje patient som passerat.

Christina Paulsrud lyssnar på önskemål från patienterna och förmedlar dem till personalen på Beroendecentrum Stockholm.

❞ Det som är speciellt för beroendevården är att det finns en större utsatthet och många kan ha svårt att ge sin åsikt om vården.

CHRISTINA PAULSRUD HÄNVISAR ofta till lyckade strukturer inom psykiatrin som hon hoppas i framtiden ska användas inom beroendevården. Hon vill se fler brukarinflytandesamordnare och försök med exempelvis projektet *»Ett samtal om dagen«*, som Norra Stockholms psykiatri använder sig av. Där erbjuds alla patienter inom heldygnsvården ett 30-minuters samtal varje dag.

– Och brukarstyrda platser. Det är verkligt brukarinflytande. Men jag tror inte det skulle fungera inom beroendevården. Här är knökfullt, det skulle inte gå att hålla platser lediga. Här kan det bli så att folk måste skrivas ut för att få rum för dem vars tillstånd är allvarligare. Jag har mycket kvar att göra, men vårdtider och vårdplatser är ju i första hand beroende av politiska beslut, säger Christina Paulsrud.

Johan Franck är positivt inställd till brukarstyrda platser, men han ser några utmaningar med sådana platser inom beroendevården som gör att det inte går att kopiera psykiatrins modell rakt av. Personer med exempelvis självskadebeteende kan lägga in sig själv när de märker en försämring, men han anser att förebyggande inläggning för personer med beroendesjukdom inte är helt jämförbart.

– Och ett problem för beroendevården är att vi har svårt att motivera patienter att söka vård. Så problemet är omvänt för oss. Som lagstiftningen ser ut nu är det inte heller sjukvårdens uppgift att erbjuda avgiftningsplatser. Det är en uppgift för den kommunala missbruksvården. Vi tar hand om akuta komplikationer relaterade till alkohol- eller narkotikaanvändning, säger Johan Franck. ◄

FAKTA Vad gör en BISAM?

- **En brukarinflytandesamordnare, BISAM,** har egen erfarenhet av beroende. Hon bevakar generella frågor som rör patienten. Särskilt fokus ligger på patientens delaktighet och inflytande i vården. Däremot har hon inte i uppdrag att handlägga enskilda patientärenden. BISAM samordnar brukarrådet.
- **Inom psykiatrin i** Stockholms län finns flera samordnare. Christina Paulsrud är Beroendecentrums första BISAM.

Vem är brukare?

Vem är en brukare och vad är det som personen i fråga brukar? Det är viktigt att fundera på vilken typ av kunskap en brukarrepresentant förväntas förmedla, skriver **Cecilia Heule** och **Arne Kristiansen**.

TEXT CECILIA HEULE & ARNE KRISTIANSEN

VÄND & LÄS →

Begreppet brukare och andra relaterade begrepp som brukarmedverkan, brukarinflytande och brukarperspektiv har under de senaste decennierna fått en ökad betydelse i diskussioner inom missbrukarvården och andra sociala verksamheter. Men vid användning av dessa begrepp saknas ibland en genomtänkt reflektion om vad som avses. Vem är en brukare och vad är det som personen i fråga brukar? I relation till vem är en person brukare? Vid användning av begrepp som medverkan och inflytande bör frågan ställas om i vilket sammanhang och med vilket syfte som medverkan får betydelse. Vad är det som brukarna förväntas ha ett inflytande på? Alltifrån den personliga behandlingen till ett mer strukturellt eller policyorienterat område är möjliga som inflytandets objekt. Samtidigt har professionaliseringen av socialt arbete inneburit en utveckling mot standardiserade lösningar på människors problem snarare än individuellt anpassade insatser och tjänster, vilket ibland får brukarinflytandet att framstå som en verksamhet som arrangeras för syns skull.

De benämningar och begrepp som olika verksamheter väljer på de människor de arbetar med iscensätter en rolltolkning som de berörda gör i mötet med varandra. De är vägledande för vilken identitet och handlingsutrymme som är möjlig inom ramen för den berörda verksamheten. En markerad gränsdragning i det sociala arbetet ökar risken att relationen mellan socialarbetare och klient präglas av motsatta förväntningar, där klienten förväntas ha ett problem som den professionelle förväntas ha kunskap om. En problematisering av dessa begrepp och roller kan bidra till en utveckling av socialt arbete. Till exempel har ett synliggörande av professionella och akademiker inom vårdyrken som också är brukare och patienter varit bidragande för många reformer och innovativa behandlingsalternativ. Det finns exempel på verksamheter som i utvecklandet av roller och begrepp skapat ett större handlingsutrymme för utsatta grupper att bli något annat än att representera ett visst problem (se tabell).

En fråga är dock hur länge efter ett missbruk som det är rimligt att en person kallar sig »brukare.« Vi menar att även om de bär med sig viktiga egna erfarenheter från eget missbruk, så kan det i de behandlingssammanhang de arbetar i bli förvirrande.

På alkohol- och narkotikaområdet finns en avsevärd bredd när det gäller hur och för vem begreppet brukare används, vilket också avspeglas i att brukarinflytandet varierar mellan olika verksamheter. Inom till exempel missbrukarvården kan en brukare vara såväl en person som är tvångsintagen på en LVM-institution, som en person med egna missbrukserfarenheter som på socialtjänstens uppdrag bedriver missbrukarvård. I Sverige har det sedan början av 1900-talet funnits lagar som gett samhället möjligheter att tvångsomhänderta människor som anses missbruka alkohol och andra droger. Samtidigt finns en tradition av att ge personer med egna erfarenheter av missbruk och organisationer som företräder människor med missbruksproblem legitimitet i den samhälleliga diskussionen om missbruk, men också inom missbrukarvården. Länkrörelsen, RFHL, KRIS och andra brukarorganisationer utgör tillsammans en viktig del av missbrukarvården i Sverige. Många som arbetar med behandling i dessa organisationer är personer med egna erfarenheter av drogmissbruk, vilket de också är öppna med och använder som en viktig grund i behandlingsarbetet, och inte sällan kallar de sig »brukare« eller »före detta missbrukare.« Dessa personer är ofta viktiga förebilder och kan ge ett viktigt stöd för människor som söker hjälp inom missbrukarvården. En fråga är dock hur länge efter ett missbruk som det är rimligt att en person kallar sig »brukare.« Vi menar att även om de bär med sig viktiga egna erfarenheter från eget missbruk, så kan det i de behandlingssammanhang de arbetar i bli förvirrande. Är de inte i själva verket socialarbetare?

Sedan 1960-talet har det när det gäller rättighets- och inflytandefrågor skett avsevärda förbättringar för en del brukargrupper, till exempel människor med funktionsvariationer. På missbruksområdet har utvecklingen snarare inneburit att inflytandet för brukarna och deras organisationer minskat, vilket har en koppling till att den svenska narkotikapolitiken under samma tidsperiod blivit mer restriktiv och repressiv. Det finns dock en tendens som tyder på ett ökat inflytande för människor med narkotikaproblem, nämligen utvecklingen och utvidgningen av Laro-rehabilitering i Sverige. I alla fall i Skåne där regionen infört vårdval för Laro-rehabilitering av opioidberoende, vilket innebär att brukarna själva kan välja vilken Laromottagning de ska använda.

Den varierade användning som förekommer gällande brukarbegreppet bidrar till en otydlighet gällande frågor

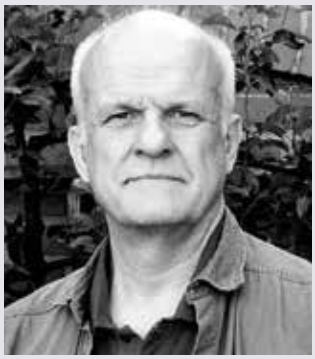
om representation och legitimitet. Därför är det viktigt att fundera på vilken typ av kunskap en brukarrepresentant kan förväntas förmedla. Det finns flera aspekter som är kopplade till detta representations- och legitimitetsproblem. En handlar om att det kan vara problematiskt att låta någon representera ett generellt brukarperspektiv, eftersom tjänster såväl som mänskliga upplevelser skiljer sig åt och präglas av olikhet. Därför är kunskap om vilka erfarenheter en sådan representant besitter angeläget att känna till för en bedömning av relevans och legitimitet. Till exempel kan personer som representerar brukare av en viss verksamhet både innefatta brukare som är aktiva användare av en tjänst och personer som har brukat en tjänst i det förflutna. Liksom att inkludera dem som anser sig ha blivit hjälpta av den aktuella verksamheten, såväl som de som är kritiska och anser att de inte har fått hjälp. Ytterligare en aspekt är kopplad till att vissa brukarorganisationer drivs i huvudsak av anhöriga, exempelvis grupper för vissa personer med funktionsvariationer. Anhöriga har ofta fått träda in som representanter för ett brukarperspektiv, men det finns flera skäl att skilja ett anhörigperspektiv från ett brukarperspektiv. På missbruksområdet har till exempel Föräldraföreningen mot narkotika (FMN) och organisationer som företräds av personer med egna erfarenheter av missbruk ofta haft olika ståndpunkter i narkotikapolitiska diskussioner.

MÄNNISKORS ERFARENHETER AV till exempel missbruk och missbrukarvård är viktiga kunskapskällor som kan bidra till utveckling av såväl forskning som vård och behandling. Men de motsatsrelationer mellan brukare och professionella som ofta understryks i sociala verksamheter döljer en verklighet där gränserna inte behöver vara så svartvita. Med ett sådant förhållningssätt blir det också enklare att lyfta fram styrkor och resurser hos dem vi kallar brukare och skapa samarbete med dem och deras organisationer, vilket skulle vara utvecklande för många sociala verksamheter. ◀

LÄS MER

→ VEM ÄR VEM I SOCIALT ARBETE?
Heule, C. & Kristiansen, A. · I Social mobilisering. En utmaning för socialt arbete. Gleerups (2016)

→ SERVICE-USER RESEARCH IN HEALTH AND SOCIAL CARE.
McLaughlin, H. · Sage Publications (2009)



Cecilia Heule och Arne Kristiansen *är lärare och forskare på Socialhögskolan vid Lunds universitet. De driver den så kallade Mobiliseringskursen, där socionomstudenter studerar tillsammans med studenter från brukarorganisationer.*

ROLL/ RELATION	EXEMPEL PÅ ORGANISATION
Brukare	Brukarråd
Klient	Socialtjänsten
Kund	Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan
Patient	Psykiatrin, psykoterapeutisk behandling
Medlem	Fontänhusrörelsen
Medarbetare	Sociala företag, exempelvis Basta eller vägen ut.
Partner	Samhälls- och biståndsarbete, socialt förändringsarbete.
Granne	Settlementrörelsen, exempelvis Jane Addams Hull House i Chicago.
Student	Gap-mendingkurser där socionomstudenter läser tillsammans med studenter rekryterade i olika brukarorganisationer.
Erfarenhetsexpert	Ett begrepp med växande betydelse bland annat i Storbritannien och Beneluxländerna.

Personer med brukarerfarenhet kan få olika roller i olika verksamheter. Gemensamt är att de representerar mer än ett problem.

»När det är svårt kan du ringa och bli inlagd«

I norska Haugesund finns ett behandlingshem där patienter kan skriva in sig om ett återfall känns nära – utan att bli ifrågasatta. Det viktigaste är inte att använda platserna: vetskapen om att möjligheten finns är ett stöd i sig, säger klinikchefen. En trygghet, säger patienten.

TEXT JULIUS VON WRIGHT

De brukarstyrda platserna ger patienterna reell makt, säger klinikchef Geir Henrik Iversen. På Blå Kors Haugaland A-senter är de en integrerad del av behandlingen.

TRYGGHET, TRYGGHET, TRYGGHET. Kjell Arne Serigstad upprepar ordet ett tjugotal gånger under vår intervju. Huvudbudskapet: de brukarstyrda platserna innebär trygghet. Han svarar på sin mobil från behandlingshemmet Blå Kors Haugaland A-senter i Haugesund på Norges sydvästra kust. Det är snart tre år sedan Kjell Arne Serigstad senast drack alkohol, men nu har han skrivit in sig fem dagar på behandlingshemmet – i förebyggande syfte.

– Det är en stor trygghet att veta att jag har någon att vända mig till. När jag ringde första gången fick jag en stark känsla av självbestämmande. Det var en del av min behandling då jag gjorde något helt själv, säger Kjell Arne Serigstad.

Han har använt sig av de brukarstyrda platserna ett tjugotal gånger sedan han påbörjade sin behandling för två och ett halvt år sedan. Under den tiden har han aldrig fått ett återfall.

– När jag är här blir jag påmind om att jag är på rätt spår. Och jag tror det är bra för de andra patienterna att se att det går att bli drogfri, säger Kjell Arne Serigstad.

BLÅ KORS HAUGALAND A-senter har haft brukarstyrda platser i över fem år. Patienter som ingår ett avtal med behandlingshemmet och förbinder sig att ha kontakt med sin behandlare minst en gång i månaden, har möjlighet att skriva in sig fem dagar i förebyggande syfte när ett återfall känns nära. Så länge patienten inte är påverkad säger Blå Kors Haugaland A-senter aldrig nej.

– Det är ett reellt ansvar som patienten får. Brukarstyrda platser ger makten tillbaka till patienten, säger **Geir Henrik Iversen** som är chef för kliniken.

Brukarstyrda plaster har funnits en längre tid inom psykiatrin, men många var skeptiska i början till att ge patienter inom beroendevården sådan makt, säger Geir Henrik Iversen.

– Det fanns en stereotyp tanke om att våra patienter är manipulativa och skulle utnyttja platserna om de gavs ansvar. Men vi har haft 250 patienter

> **Det är ett reellt ansvar som patienten får. Brukarstyrda platser ger makten tillbaka till patienten.**

FAKTA **Brukarstyrda platser**

- **Blå Kors Haugaland** A-senter har två platser som är brukarstyrda, det vill säga patienten får själv besluta om inskrivning
- **Patienter som tidigare** har varit på behandlingshemmet och som ingått ett avtal får skriva in sig när som helst, förutsatt att de inte är påverkade
- **Enligt avtalet förhåller** sig patienten att ha kontakt med kliniken minst en gång per månad
- **Patienten får stanna** fem dagar, med en karenstid på två veckor
- **Under fem och** ett halvt år har ett hundratal patienter använt sig av platserna. De använder möjligheten i snitt fyra gånger per år, det vill säga 20 dagar.
- **Platsernas effekt har** inte evaluerats

med avtal, men bara ungefär 100 av dem har använt sig av platserna. Det viktigaste är inte att använda platsen, utan att du vet om att du har möjlighet att använda den, säger Geir Henrik Iversen.

Återfall är en del av processen att bli drogfri, resonerar Geir Henrik Iversen. De brukarstyrda platserna avdramatiserar återfallen.

– Förr tänkte man att ett återfall betyder att börja om från noll, men vi tänker att det är en normal del av sin recoveryprocess. Det är för snävt att mäta framgång med bara nykterhet. Framgång kan också vara att få ökad självständighet eller att behovet för inläggning minskar, säger Geir Henrik Iversen.

KJELL ARNE SERIGSTAD har motionerat dagen vi pratar. Motionen är det som har hjälpt honom mest i hans tillnyktring och imorgon ska han gå på en långtur. På behandlingshemmet har han möjlighet att delta i samma sociala aktiviteter som de övriga patienterna. Han får ett eget rum och möjlighet att prata med personal som känner honom. Han delar erfarenheter med andra som också är inne på de brukastyrda platserna.

– Det är en trygg ram.

DE BRUKARSTYRDA PLATSERNA har inte ännu utvärderats, men Geir Henrik Iversen uppskattar att behovet för att bli inlagd på nytt minskar hos dem som använder sig av platserna. De tar upp mindre sängkapacitet under ett år än om de hade fått ett återfall och stannat tre månader.

Blå Kors Haugaland är en ideell organisation med finansiering från staten. Enligt avtalet måste de ha 90 procent beläggning under ett år, men det gäller inte de brukarstyrda platserna som får vara lediga. Geir Henrik Iversen säger ändå att de har full beläggning.

De brukarstyrda platserna måste ses som en integrerad del av behandlingen, säger Geir Henrik Iversen, så att patienterna känner att det är en del av behandlingen att använda sig av dem.

– För oss är platserna en del av vår behandlingsprincip. Detta är inget hokus pokus, säger Geir Henrik Iversen. ◀

Brukarinflytandets begränsningar

De begränsningar som sätts upp för brukarinflytande är ofta snävare än nödvändigt, skriver **Erik Eriksson** och uppmanar brukarorganisationer att inte bara agera resurs i välfärdstjänsternas utvecklingsarbete.

TEXT ERIK ERIKSSON / ILLUSTRATION JENNY SJÖDIN

Brukarinflytande är ett positivt laddat fenomen, som ingjuter stora förhoppningar: det signalerar möjligheter, välvilja och goda ambitioner. Samtidigt är det svårt att definiera exakt vad brukarinflytande är, då det kan betyda olika saker för olika personer och bedrivas i en mängd olika former. Flera forskare har påpekat att innehållet i begreppet förändras över tid. Från att tidigare ha tagit utgångspunkt i demokratiideal och kollektiva rättigheter, har inflytandefrågan blivit allt mer kopplad till så kallad »co-production« där brukare involveras som en part i genomförandet av offentlig service.

Initiativet i fråga om brukarinflytande har dessutom förskjutits genom åren. Från början drevs inflytandefrågan utifrån och underifrån i välfärdssystemet – av brukargrupper som

krävde inflytande – medan den nu till stora delar drivs politiskt, det vill säga inifrån och uppifrån i välfärdssystemet. Men vad händer med brukarinflytandet när initiativet tas över av den administration som är tänkt att påverkas?

Sedan 2010 har jag undersökt hur brukarinflytande bedrivs inom socialförvaltning (inklusive missbruksvård), psykiatri och arbetsförmedling. Vad som är generellt för allt offentligt drivet brukarinflytandearbete är att det alltid skapas gränser för vilket inflytande som är möjligt. Det inflytande jag diskuterar handlar om kollektivt inflytande på organisationsnivå, det vill säga sammanhang där brukare bjuds in att påverka en välfärdsorganisation utöver det enskilda ärendet. Ofta är det representanter från brukarföreningar som involveras, men det kan också handla om lokala brukare i specifika verksamheter.

VID VARJE TILLFÄLLE då brukare erbjuds att utöva inflytande inom det offentliga upprättas gränser som kringskär möjlighet att påverka. Inflytandet omgärdas av ett ramverk av organisatoriska förutsättningar. I min doktorsavhandling tar jag upp ett flertal sådana gränsdragningar som knyter an till var, när och hur brukare får agera, men även kring vad diskussionerna förväntas handla om. Någon form av yttre gränser för inflytandet kan ses som en organisatorisk nödvändighet eftersom verksamheterna har ett politiskt uppdrag att utföra och lagar att förhålla sig till som inte kan överskridas av att brukargruppen skulle ha andra åsikter. Ändå bedömer jag att de ramar som sätts upp ofta är snävare än nödvändigt.

Själva formen för hur man jobbar med brukarinflytande utgör en tydlig inramning, och gränserna kan tydliggöras genom att fundera över hur man inte jobbar med brukarinflytande. Exempelvis är brukarrepresentation i beslutande organ ett tänkbart sätt att jobba med brukarinflytande som föreslagits i flera statliga offentliga utredningar. Några sådana möjligheter förekom dock aldrig i de organisationer jag undersökte, det formella beslutsfattande hamnar alltså utanför ramarna för vad som är möjligt att påverka.

Ett annat sätt att jobba med brukarinflytande är att göra brukarrepresentanter delaktiga i upphandlingsprocesser kring exempelvis behandlingshem. Det här bör vara rimligt med tanke på att »valfrihet« numera lyfts fram som en central fråga i inflytandesammanhang och eftersom upphandling av verksamheter starkt påverkar vilka val enskilda brukare i nästa led eventuellt ►

Erik Eriksson *är postdoktor vid Linköpings universitet och skrev sin doktorsavhandling om brukarinflytande 2015.*

Brukarinflytande är en paradoxal företeelse på det sätt att påverkan från brukarna uppmuntras och efterfrågas samtidigt som det begränsas och kontrolleras.

har möjlighet att göra (paradoxalt nog upplever många brukare att det idag, trots allt tal om valfrihet, finns färre valmöjligheter till behandling än tidigare). Sådana initiativ till inflytande i upphandling förekommer i vissa kommuner, men i de organisationer jag undersökte var detta ytterligare ett exempel på något brukarna inte kunde påverka.

Exemplen ovan påvisar gränsdragningar kopplade till var och vad brukare får möjlighet att påverka. När det gäller hur brukare förväntas agera fanns en påfallande och uttalad förväntan om att inflytandearbetet skulle ske i samförstånd och genom samarbete, liksom att det skulle beröra frågor där det fanns samsyn och gemensamma intressen. På det hela taget präglades inflytandearbetet av en mycket stark strävan efter konsensus. Detta skapar gränser för inflytandet genom att det sätter press på brukarna att agera kamratligt och inte vara allt för kritiska eller oliktänkande, eftersom det skulle kunna äventyra samarbetet och falla utanför de gemensamma intressena. Här fanns från välfärdsorganisationerna en stark förväntan på brukarna att komma med »realistiska förslag.« I praktiken innebar detta förändringsförslag som inte var allt för omfattande eller avvek för mycket från välfärdsorganisationens ståndpunkt, och det var alltid representanter från det offentliga som avgjorde om ett förslag var realistiskt. Sådana bedömningar blir ett konkret sätt att i praktiken upprätta gränser för vilken påverkan som är möjlig.

En mer övergripande gränsdragning, som delvis ligger utanför enskilda välfärdsorganisationers kontroll, handlar om ekonomiska resurser. Det fanns en närmast absolut gränsdragning som innebar att brukarna bara kunde föreslå sådant som var möjligt att åtgärda inom ramen för befintliga resurser, medan förslag som innebar ökade utgifter var närmast otänkbara. Detta utgör i själva verket en mycket central gränsdragning, eftersom många av de (ofta adekvata) förändringar som brukarrepresentanterna efterfrågade skulle innebära ökade kostnader. På en avgiftningsavdelning jag besökte hölls ett möte varje torsdag, där brukarna samlades med personalen för att diskutera önskemål. Ett av flera förslag som nekades med hänvisning till att det inte fanns ekonomiskt utrymme var att köpa nya gipsgjutformar till verkstaden. Dessa formar kostar runt 50 kronor styck i detaljhandeln. I ljuset av hur detta relativt blygsamma förslag mottogs är det lätt att tänka sig att det skulle vara lönlöst för brukarna på avdelningen att föreslå något som skulle innebära mer betydande utgifter, vilket belyser de ekonomiska förutsättningarnas begränsande effekter. I verksamheter med starkt begränsade resurser kommer därmed också brukarnas möjlighet att påverka kringskäras betänkligt.

NÄR DET TALAS om brukarinflytande görs det i optimistiska ordalag och det framstår ofta som att brukarna faktiskt kommer ha möjlighet att få inflytande. Men möjligheten till reellt och substantiellt inflytande kan variera kraftigt beroende på hur ramarna för inflytandet ser ut i varje enskild verksamhet. Ändå är det vanligt att dessa gränser inte synliggörs. Jag menar att det är viktigt, både för anställda och brukarrepresentanter, att uppmärksamma och vara medvetna om de gränser som finns för inflytandet i ett givet sammanhang. Bara genom att tydliggöra gränserna blir det möjligt för aktörerna att förhålla sig till dessa, och det finns exempel i mina studier då anställda genom att reflektera aktivt kring gränsdragningar har kunnat möjliggöra ett vidgat inflytande.

Brukarinflytande är en paradoxal företeelse på det sätt att påverkan från brukarna uppmuntras och efterfrågas samtidigt som det begränsas och kontrolleras. Resultatet av detta blir att institutionaliserade former för brukarinflytande i regel möjliggör mindre justeringar av den nuvarande verksamheten, samtidigt som mer genomgripande förändringar uteblir.

Att ta utgångspunkt i brukarnas perspektiv är en angelägen ambitionen inom socialt arbete, men man kan knappast förvänta sig att brukarinflytande allena kommer förbättra brukarnas situation på något avgörande sätt eller skapa välfungerande och stabila välfärdsorganisationer. För att uppnå detta krävs socialpolitiska satsningar och omfördelning av resurser. Således är det viktigt för brukarrörelsen att inte underskatta värdet av politiskt påverkansarbete, och inte (bara) agera som en resurs i enskilda välfärdsorganisationers interna förändringsarbete. ◀

LÄS MER

→ SANKTIONERAT MOTSTÅND. BRUKARINFLYTANDE SOM FENOMEN OCH PRAKTIK.
Eriksson, E. · Lunds universitet (2015)

När drogerna kom till soliga Karlstad

TEXT BJÖRN FORSBERG

Vid sandgrundsudden i Karlstad delar sig Klarälven i två fåror. Här, bland strandkantens skyddande buskar, var det många av solstadens ungdomar som under andra halvan på 1960-talet rökte sina första pipor hasch – när drogerna kom till Karlstad.

Frihet, kärlek, uppkäftighet och protest mot det etablerade är några signum för tiden. De läser generationsromaner som **Jack Kerouacs** *På drift* eller *Trippen* av **Tom Wolfe**.

De unga männens hår blir allt längre och de utsvängda byxorna allt bredare. **Jimi Hendrix**, **Hollies**, **Beatles** och andra världsband kommer på besök. **Stoffe** från **Stefan Jarls** film *Dom kallar oss mods* dyker också upp och röker på. Några år senare dör han i en överdos.

Jag får jobb på ett allaktivitetshus som kommunen startat eftersom ungdomarna flyr de traditionella ungdomsgårdarna. Det nya ungdomsstället får namnet Solporten och här lär jag känna de flesta av de som fångats av tidens liberala syn på narkotika. Senare blir jag mentalskötare, och jobbar ►

”Allt är möjligt på 1960-talet. Ekonomin går strålande. Jobben florerar. Frihet. Haschpiporna vandrar i smyg runt i ungdomsgruppen på Sandgrundsudden och kring Fredsmonumentet på Stora torget.

med missbruksvård på psykiatriska kliniker, mentalsjukhus och behandlingshem. En period sitter jag som suppleant i Socialstyrelsens styrelse, där jag får vara med och diskutera samhällets syn på droger. Jag får följa med narkotikan från flera håll.

ALLT ÄR MÖJLIGT på 1960-talet. Ekonomin går strålande. Jobben florerar. Frihet. Haschpiporna vandrar i smyg runt i ungdomsgruppen på Sandgrundsudden och kring Fredsmonumentet på Stora torget. Två som tidigt testar det nya åker fast i tullen efter en resa till London med två gram hasch och den ena lokaltidningen fyller löpsedeln med rubriken »Två karlstadungdomar smugglade narkotika genom halva Europa.«

I slutet på 1960-talet blir drogerna tyngre. LSD och amfetamin kommer till försäljning. Det blir också mindre kärlek och mer jakt på droger. En del gillar inte det nya och lämnar gemenskapen.

Och samhället slår tillbaka mot drogliberalismen. 1969 grundar socialläkaren **Nils Bejerot** Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle, RNS. Samma år startar också det första Hasselakollektivet, där man med rötterna i gatubarnens liv i det efterrevolutionära Sovjetunionen och **Anton Makarenkos** bok *Vägen till livet*, ska fostra svenska ungdomar på glid.

Avgörande för Nils Bejerots syn på personer med missbruk var att han inte betraktade dem som sjuka, utan som »felskolade« och präglade av ett inlärt beteende. Utifrån ett sådant synsätt, som man kan läsa mer om i hans bok *Narkotika och narkomani*, blev ju den självklara slutsatsen att »missbrukarna« ska skolas om till ett nytt och mer värdigt liv.

Inte bara Hasselakollektiven blir allt fler. Samma gäller behandlingshem med frivillighet som grund, som exempelvis de som drivs av RFHL (Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikabrukare). Öppenvården växer samtidigt som vuxen- och barnpsykiatrin erbjuder vård för personer med missbruk.

Argumenten för vårdbygget är att varje person med missbruk är slav under drogens beroendeskapande egenskaper och möjligheten att ta sig ur ett missbruk ligger utanför missbrukarens egen viljemässiga kontroll.

Jag arbetar andra halvan av 1970-talet på den dåvarande rättspsykiatriska undersökningskliniken i Uppsala. Ett

begrepp som används är jämställd, då i förhållande till psykisk sjukdom, och det är en del narkomaner och narkotikalangare som slipper långa fängelsestraff och döms till psykiatrisk vård eftersom beroende anses jämställt med psykisk sjukdom. En del är naturligtvis riktigt sjuka, med psykoser som har blommat efter missbruk. Andras sjukdom är mer synonymt med missbruket.

SVERIGE SES IBLAND som ett folk, en lösning. Vi är för dagis, lika lön, pappamånader, kvotering, hyresrätter, Volvo, nollvision och mellanmjölk. På samma sätt är det med visionen om ett narkotikafritt samhälle, vilket riksdagen beslutade om 1978 och något som enligt **Magnus Linton** i boken *Knark – en svensk historia* har haft betydelse för vår höga narkotikadödlighet.

Jag minns en debatt från slutet av 1970-talet mellan en tvångsförespråkare och en ivrare för frivilligvård. I debattens hetta reste sig kombattanterna och var på väg att ge sig på varandra fysiskt. Det fanns bara en sanning. Det visste båda.

Och det var så viktigt att ha rätt att ingen lyssnade på den andre. Långt senare kan man tycka att ideologierna i samtalet om narkotika borde få ett betydligt mindre utrymme till förmån för vetenskap och fakta.

En nationell enkätundersökning i USA visar att nästan hälften av de som missbrukar droger slutar självmant och utan stöd från institutioner. Så är det inte i Sverige och möjligheten diskuteras sällan. Här har vi en mängd olika vårdmöjligheter för den som vill sluta med sitt missbruk. Från LVM-hem, psykvård till 12-stegsmetoden och Hassela, bara för att nämna några. Ändå vet vi att vårdbehovet varierar mellan exempelvis den som tar amfetamin och den som är beroende av heroin, vilket också **Torkel Richert** är inne på i sin avhandling *Överdoser, försörjningsstrategier och riskhantering*.

Kanske borde vi bli bättre på att se personer med missbruk som de individer de är: för en del är egen bostad det som behövs. Andra behöver långvarig terapi. Andra behöver hjälp med den akuta avgiftningen. Sedan klarar de sig själva. För ytterligare några är ett behandlingshem vägen till livet. Eller Metadon.

»Statligt knark är också knark« var en lobbykampanj som KRIS, Kriminellas revansch i samhället, presenterade i Almedalen 2011 som ett inlägg i debatten om Subutex och Metadon. Brukarföreningarna har en helt annan syn på Laro-behandlingar och substitut.

Åsikt står fortfarande ofta mot åsikt.

IDAG BOR JAG i centrala Lund, bland gatuhus, kullerstenar och studentnationer. 50 meter från mig finns ett kommunalt stödboende för personer som har legal förskrivning av substitut. Ibland har det varit köer utanför boendet när någon sålt vidare sitt receptbelagda Subutex eller Metadon. Utanför studenternas AF-borg i Lundagård ett par hundra meter bort har jag sett öppen narkotikaförsäljning. Vi är långtifrån visionen om ett narkotikafritt samhälle.

Statyn Sola i Kallsta utanför stadshotellet i Karlstad, föreställande Eva Lisa Holtz.

Många, men inte alla, av dem som rökte sin första pipa hasch i Karlstad på 1960-talet har idag ett bra liv. Någon blev så småningom läkare, byggjobbare, förskolelärare. Advokat, fabriksarbetare, socionom.

Så det finns hopp.

Visst kan medmänniskor, föreningar och samhälle hjälpa till när någon vill förändra sitt liv. Men en sak har jag lärt mig genom åren: de flesta människor har en stark egen kraft som kan uträtta underverk. ◀

Vänd och läs om tre olika vägar ut ur missbruket. ⟶

Björn Forsberg *är frilansjournalist. I Alkohol & Narkotika har han bland annat skrivit om* **Michelle**, *som dog i en polisarrest i Lund 2016.*

Tre vägar till DROGFRIHET

Mikael, Lina och **Krister**. Tre personer som har använt illegala droger och levt livet vid sidan av samhället. Nu lever de drogfria liv, men de har tagit olika vägar för att nå platsen de är idag.

TEXTER BJÖRN FORSBERG / FOTO LISA WIKSTRAND

Metadon hjälpte Mikael

FÖR MIG HAR det varit bra att vara med i Laro och få metadon för att få kontroll över mitt liv. Men nu känns det som att metadonet har spelat ut sin roll. Det säger **Mikael Johansson** som har tagit metadon i mer än 25 år.

– Ska man sluta med metadon så mår man dåligt, troligen lika dåligt som om man slutar med heroin utan substitut, säger Mikael.

Men Mikael har en ambition att sluta. Och han har slutat med droger tidigare i sitt liv. Först med hasch. Sedan med amfetamin. Det berättar han när vi träffas i hans lägenhet, en etagevåning på tre rum och kök i centrala Landskrona.

– Det är inte alltid så lätt att fylla dagen och det är en av orsakerna till att jag är aktiv i Skånes brukarförening. Där träffar jag kompisar i samma situation.

MIKAELS VÄXTE UPP i Landskrona. Det var härifrån han som tolvåring tillsammans med kompisar reste till Christiania. Där köpte man hasch och tog med sig hem.

– Hasch fanns naturligtvis också i Landskrona men det var mer spännande att åka till Christiania och handla. Hemma i Landskrona rökte vi, spelade fotboll och lyssnade på musik.

Efter några år så mådde Mikael sämre av att röka hasch. Då slutade han utan problem.

– Nu har jag inte rökt hasch på 25 till 30 år.

Han utbildade sig till kock, och arbetade på en lunch-servering. Men samtidigt tog en ny drog sig in i Mikaels liv: amfetaminet.

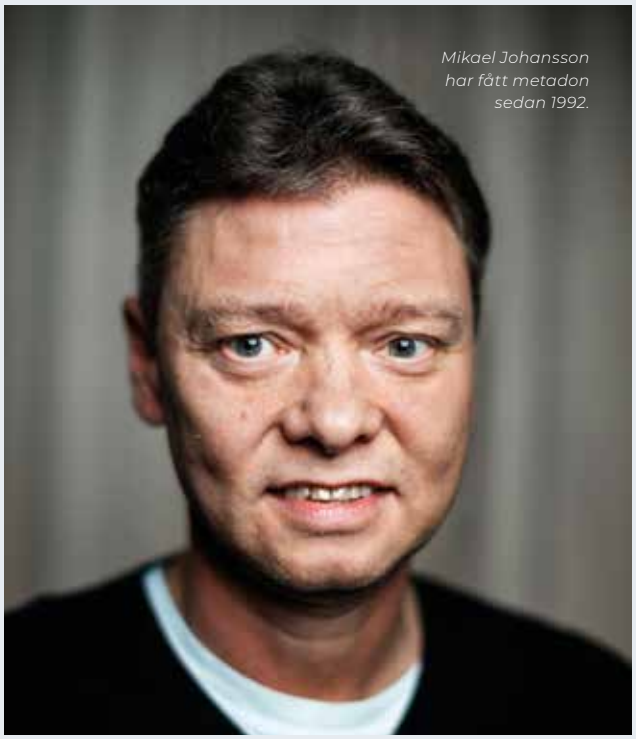
– Jag jobbade på dagarna och använde amfetamin framför allt på helgerna.

Mikael slutade även med amfetaminet. Det blev återigen en tid utan droger. Men 1985 upptäckte han heroinet.

– Jag började precis som med amfetaminet att injicera direkt.

Beroendet kom omedelbart och Mikaels vardag förändrades. All tid gick åt till att jaga nästa dos och få ihop pengar.

– Beroendet var enormt starkt. Så trots att jag tröttnade på heroin så kunde jag inte sluta själv.



Mikael Johansson har fått metadon sedan 1992.

Mikael fick underhållsbehandling 1992.

– Jag hade varit på behandlingshem och avgiftningar. Tittat på behandlingar med frivården. Mina kärl hade tagit stryk och jag orkade inte med det ständiga resandet över sundet för droger.

METADON HAR HJÄLPT Mikael. Han lever idag ett socialt liv och har kontakt med anhöriga, studerar och skriver.

– Jag har läst in gymnasiet, och pluggat fristående kurser på universitetet. Jag har också lyckats betala av mina skulder. Så jag har mycket att vara stolt över, säger Mikael Johansson.

Kontroll gav Lina nytt liv

LINA RÖKTE HASCH dagligen när hon var 13 år. Sedan följde år av tablettmissbruk och den ena vistelsen efter den andra på behandlingshem. Men när hon skulle fylla 20 år och hade lämnat ett behandlingshem skickade socialtjänsten henne till ett härbärge.

– Det bästa med att ha slutat med droger är att inte behöva ljuga mer, för familj och nära. Jag känner ingen skam längre och slipper det där ständiga jagandet efter droger och pengar till droger, säger Lina.

– Jag fick snedtändningar och var som en zombie. På behandlingshemmen vilade jag och åt upp mig. Sedan återgick jag till drogerna, och för mig handlade det mest om tabletter, nedåttjack, av olika slag; tramadol och andra morfinpreparat, men också bensodiazepiner och morfintabletter.

NÄR LINA VAR 14 år hade hon träffat **Marco** som jobbade på Hassela och som då hade hjälpt henne. När socialen hänvisade till ett liv på härbärge så njöt Lina ett par dagar av den plötsliga friheten. Sedan blev hon desperat.

– Jag fick panik. Ingen brydde sig ju.

Så hon ringde Marco.

– Han brydde sig på riktigt. Och erbjöd något som kallas Hasselas avvänjning på hemmaplan.

Socialen trodde aldrig att det skulle fungera. Men gick i alla fall in med pengar.

– Det var riktigt tufft. Jag var med Marco hela dagarna. Vi åkte i hans bil och pratade. På natten sov jag hemma hos en annan vårdare, som jag träffat på ett behandlingshem och som ställde upp frivilligt utan ersättning. Jag var konstant övervakad. Och det var viktigt. Jag kunde inte heller luras eftersom de båda jag umgicks med kände mig så väl.

Lina hade många gånger tidigare tänkt att hon skulle sluta med droger. Men så hade det inte blivit. Återfall hade följt på återfall. Men den här gången slutade hon.

– Det kändes underbart och som en riktig seger att visa socialen att jag hade slutat med droger.

RESTEN ÄR NÄSTAN som en saga. Lina har läst in gymnasiet med bra betyg. Idag studerar hon på en prestigeutbildning på universitetet. Hon är drogfri sedan flera år och har brutit med allt det gamla.

– Nu är jag på väg någonstans, framåt och det är underbart. Jag har aldrig mått så bra som jag gör idag, säger Lina.

”

Jag var konstant övervakad. Och det var viktigt.

Frivillighet gav Krister drogfrihet

JAG SLUTADE MED amfetamin utan behandling på någon låst institution. Men naturligtvis hade jag hjälp av andra. Livet med amfetamin är psykiskt och socialt nedbrytande och att ta sig ur det var också ett moraliskt ställningstagande. Till slut lyckades jag, säger **Krister**.

– Jag längtade efter att leva ett normalt liv där man har en uppgift att fylla och en positiv gemenskap med andra människor.

För Krister så innehöll sommarplanerna 1965 en resa till popens hemland England. Där prövade han centralstimulanten preludin.

– Påtändningen var en starkt livsförhöjande känsla, men det gav också en kraftig avtändning.

Preludin följdes av hasch, LSD och amfetamin. 60-tal blev 70-tal och Krister fungerade hyfsat socialt vid sidan av drogerna, men sökte sig efter en tid till ett av den tidens terapeutiska behandlingshem.

– Det var frivillighet som gällde och allt som vi gjorde på behandlingshemmet var en del av en terapeutisk helhet. Vi satt i en stor ring och pratade och lagade mat tillsammans.

BEHANDLINGEN SÅDDE ETT frö om drogfrihet. Men först skulle förändringen för Krister gå i motsatt riktning. Han gjorde misstaget att flytta tillbaka till sin hemstad.

– Det var svårt att sluta där, det är en ganska liten stad där alla som då gick på droger kände varandra. Jag använde under några år mer amfetamin än någonsin tidigare.

Men Krister var inte bara drogberoende. Han hade samtidigt ett politiskt intresse med sympatierna till vänster.

– Jag blev aktiv i RFHL, en klientorganisation med missbrukare och radikala idealister utan drogberoende. Jag trivdes och fick olika förtroendeuppdrag. Efter ett tag så träffade jag en tjej som också var aktiv men inte använde droger. Och vi bestämde oss för att flytta till en annan del av Sverige.

Flytten fick Krister att lämna drogerna helt. Och han skaffade sig också en utbildning inom den sociala sektorn och har arbetat med behandlingsarbete. Nu är han pensionär.

– Jag har ett bra liv och det har jag haft sedan slutet av 1970-talet. Jag är ute mycket i naturen, njuter och tittar på fåglar, så försöker jag också gå på gym och gå med stavar.

”

Det var frivillighet som gällde och allt som vi gjorde på behandlingshemmet var en del av en terapeutisk helhet.

Fentanylanaloger i nässpray dödar runt om i världen

Sett i förhållande till antal invånare har försäljningen av fentanylanaloger i sprayform varit störst i Sverige. Hur ser handeln ut internationellt?

TEXT LARS SOOLD / FOTO OLIVER BERG / TT NYHETSBYRÅN

Att sälja fentanylanaloger som nässpray leder ofta till döden. Inte minst i USA och Kanada, två länder där fentanylanalogerna utgör en svårlöst nöt i pågående, och mycket dödliga, opioidepidemier.

Men dessa länder har inte varit värst utsatta för nässprayen. Sett i förhållande till antal invånare har försäljningen varit störst här hemma i Sverige. En handfull näthandlare köpte det mesta som pulver från Kina och blandade det med vatten i näsprayflaskor. Flaskorna importerades även de från Kina och såldes, enligt den svenska polisen, utan information om innehåll eller styrka. Försäljningen pågick fram tills i våras då svenska rättsväsendet fick stopp på den inhemska nätförsäljningen av fentanylanalogerna.

Det här handelsmönstret gäller än idag internationellt, även om fentanylanaloger utomlands säljs mycket mer som pulver och tabletter. Hur stora andelar, mer exakt, de olika formerna har av marknaden är dock inte känt.

– Det jag kan säga är att vi sett alla former. Som vätska i sprayflaskor, flera olika sorters tabletter och pulver, och i liten utsträckning på LSD-papper, säger **Matthew Nice**, chef för FN:s partnerskap mot syntetiska opioider, OPIOIDS.

Detta är en mycket svår utmaning för alla länder. Nyckeln till framgång är internationellt samarbete, utbyte av information och underrättelser och samarbete med privata sektorn.

Förekommer nässprayen någonstans lika mycket som det gjorde tidigare i Sverige?

– Försäljningen som nässpray har tagits upp av flera länder vid flera internationella expertmöten. Men jag kan inte säga av vilka just nu.

Varför inte det?

– Jag kan inte göra det innan länderna själva publicerat resultaten av sina utredningar. Men det är ett flertal länder som sagt att de har försäljning av nässpray, men inte i samma utsträckning som pulver eller tabletter. Det handlar om delar av Amerika och delar av Europa.

Tyskland har dock, enligt Matthew Nice, rapporterat en kraftig ökning av försäljning av fentanylanaloger.

Kan det innebära att det även säljs mycket som nässpray?

– Det kan jag inte kommentera. Av samma skäl som tidigare, säger Matthew Nice.

Runt om i världen pågår en katt- och råttalek för att hinna ikapp alla nya varianter av fentanylanaloger från Kina. En viss hjälp har myndigheterna av att Kina förbjudit fler i år än något år tidigare.

– Möjligheterna att tillverka nya varianter är tyvärr stora eftersom det finns tusentals varianter av kemiska strukturer av fentanyl som ännu inte har använts, säger Matthew Nice.

FN:S OPIOIDPROJEKT ARBETAR för att stödja länder att så snabbt som möjligt få nya varianter av syntetiska opioider under internationell kontroll. I första hand gäller det länder som inte har så utvecklade alarm- och informationssystem. Nu har de ett extra sikte inställt på Sydostasien och grannländerna till Kina, bland annat på den så kallade gyllene triangeln för opium i Burma, Thailand och Laos.

– Vi fokuserar på tillverkning och grossisterna mellan Kina och slutanvändarna. Vi jobbar nära Världshälsoorganisationen och med stora plattformar på internet. Det är effektivare än att gå efter beslagen, säger Matthew Nice.

Brister i kunnande om preparaten, sämre statistik och informationsspridning bidrar till stora mörkertal om fentanylanalogernas utbredning.

– Detta är en mycket svår utmaning för alla länder. Nyckeln till framgång är internationellt samarbete, utbyte av information och underrättelser och samarbete med privata sektorn.

MATTHEW NICE SÄGER att det saknas studier om varför användare väljer den ena eller andra formen av fentanylanaloger, men att nässprayen kan framstå som ett säkrare sätt att dosera. Den är dock förrädisk, även den.

– Vi vet att det är oerhört svårt för lekmännen som blandar att dosera rätt. Det kan räcka med ett milligram fel för en överdos, och mycket mindre om när det handlar om karfentanil. Även en utbildad kemist skulle ha svårt att klara detta för att undvika överdoser, säger Matthew Nice. ◀

FAKTA **OPIOIDS**

- **FN:s partnerskap mot** illegal distribution och försäljning av opiodier, OPIOIDS, stödjer nationer och internationella organisationer för att förhindra icke-medicinska opioider och fentalylanaloger att nå människor. Det sker genom samarbete med aktörer som spelar en aktiv roll i kampen mot opioider, genom att höja medvetenheten om de syntetiska drogernas effekter, stödja internationell informationsspridning om smuggling och genom utbildningsprogram för ökad säkerhet vid hantering av dessa ämnen.

- **Fentanyl i form** av nässpray har funnits legalt länge inom sjukvården i Sverige. Sedan ett antal år använder sig näthandlare och grossister av den här formen för att sälja fentanylanaloger till användare. Detta är mycket riskfyllt och leder ofta till döden. Blandningen är mycket svår att dosera, inte minst för lekmän utan kemisk utbildning. Från 2014 till våren 2018 såldes mycket som nässpray i Sverige.

Den alkoholrestriktiva föräldern – **ett medvetet val eller nytt ideal?**

Inom alkoholforskningen nämns den restriktiva föräldern som en orsak till att unga dricker mindre. Men vad beror det på? Är föräldrar medvetet mer restriktiva till alkohol eller är det en följd av ett nytt föräldraideal?

TEXT JULIUS VON WRIGHT

Foto: Stephan Böhm / Adobe Stock

Vi blev ordentligt utskällda, berättar **Per Blanck** om sina första föräldramöten på 80-talet.

Föräldrarna ansåg att kommunen inte ska lägga sig i om föräldrarna bjuder alkohol till sina barn. Då arbetade Per Blanck som fältassistent och besökte föräldramöten för att prata om langning.

På 90-talet ökade intresset hos föräldrarna och det förebyggande arbetet började rikta in sig allt mer på dem. Enligt Per Blanck var det en medveten förändring.

– Fokus har flyttat från unga till föräldrar. Alla kommuner har föräldraprogram och informationskampanjer vid högtider. Och folk ser det inte som en pekpinne längre, säger Per Blanck som har jobbat med förebyggande sedan 1978.

Han är säker på att det är föräldrars restriktivare attityder till ungas alkoholbruk som är nyckeln till den minskade alkoholkonsumtionen bland tonåringar. Men vad innebär en restriktiv förälder?

I takt med att alkohol har blivit mer tillgängligt så har kraven på föräldrarna att vara instansen som begränsar barns drickande ökat, resonerar **Judith Lind** som forskar om föräldraskapsideal vid Linköpings universitet. Ett exempel på det är informationskampanjerna som riktar sig till föräldrar.

Inom föräldraskapsforskningen pratar forskare om responsibiliseringsteorierna. De fick sin början i Storbritannien när familjepolitiken ansågs hålla föräldrarna ansvariga för sina barns utveckling utan att ta hänsyn till begränsande sociala och ekonomiska strukturer, berättar Judith Lind.

– I en svensk kontext kan man se en liknande utveckling, om än på en annan nivå, genom bland annat att föräldrars val i utbildningssammanhang blivit allt mer avgörande för barnens framtid.

Engagemang har även blivit del av ett föräldraskapsideal som vuxit fram i samband med det ansvar som har satts på föräldrarna.

– Man brukar prata om »engaged« eller »involved parenting« som idealet. Ett sådant ideal bygger naturligtvis på en tilltro till att föräldern faktiskt kan påverka barnens framtid.

Judith Lind hänvisar till **Anette Lareaus** studie *Unequal Childhoods* om skillnader i hur arbetarklass- och medelklassföräldrar ser på möjligheten att påverka sitt barns uppväxt. Inom medelklassen ses barnuppfostran som en förberedelse för vuxenlivet, medan föräldrar inom arbetarklassen snarare anser att barnen kommer att växa upp utan att föräldrar lägger sig i så mycket.

Judit Lind har tidigare studerat hur föräldrar diskuterar tonåringars drickande på webbforumet Familjeliv. Föräldrarna vill framstå som engagerade och ansvarstagande, berättar hon, men de är också oroliga för hur regler kring alkohol kan påverka kontakten till barnen.

> **I takt med att alkohol har blivit mer tillgängligt så har kraven på föräldrarna att vara instansen som begränsar barns drickande ökat.**
>
> **Judith Lind** *forskar om föräldraskapsideal vid Linköpings universitet.*

– Föräldrarna gav uttryck för att ansvarstagande kunde göras på olika sätt: genom att prata med sitt barn om riskerna med alkoholkonsumtion utan att förbjuda det, genom att ha nolltolerans och inte banga för att tillämpa kännbara konsekvenser, genom att minimera riskerna med drickandet: hämta från fester, inte förbjuda drickandet så att ungdomen vågar ringa hem om hen behöver hjälp.

Jonas Raninen från Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) säger att det finns flera tolkningar av begreppet »restriktiv förälder« inom alkoholforskningen. Det kan handla om föräldrarnas bjudvanor, men också om hur bra ►

Foto: anyaberkut / Adobe Stock

Föräldraansvaret har blivit gemensamt och delat. Jag tror det medverkar till synen på att ungdomar inte ska dricka för tidigt. Alkoholen har ställt till det för många män.

koll föräldrarna har på var barnen är och gör. Den kvantitativa forskningen begränsas ofta till de ungas uppfattning av sina föräldrar och det behöver inte nödvändigtvis handla om föräldrars beteende i sig, utan om kontakten mellan föräldrar och barn, resonerar Jonas Raninen.

– Att föräldrar vet var barnen är behöver inte handla om att de vill ha koll på normbrytande beteende, utan om att de spenderar mer tid tillsammans. Men *vi* kanske tolkar det som restriktivitet, säger Jonas Raninen.

Per Blanck *har jobbat med drogförebyggande arbete sedan 1978.*

En studie av **Peter Larm** med kollegor visar att både unga som dricker och inte dricker uppger allt oftare att deras föräldrar är kontrollerande (att de bland annat är informerade om vem barnen umgås med och var de befinner sig). Det, menar Jonas Raninen, är ett tecken på att föräldraskapet inte nödvändigtvis är den drivande orsaken bakom den minskande alkoholkonsumtionen.

JUKKA TÖRRÖNEN, PROFESSOR vid Institutionen för folkhälsovetenskap vid Stockholms universitet, har intervjuat unga om deras alkoholvanor. Han upplever att barn och föräldrar spenderar mer tid tillsammans. En del föräldrar tar rollen som tränare (eng. coaching) och barnens liv blir bådas projekt.

– Många barn och föräldrar har samma fritidsaktiviteter och de har blivit mer som kompisar. Många unga säger också att deras föräldrar vill veta vad de gör. De ringer och har kontakt på sociala medier. Men det är svårt att säga om det beror på att föräldrarna medvetet vill vara kontrollerande, säger Jukka Törrönen.

PER BLANCK FUNDERAR på sina tre årtionden inom det förebyggande arbetet och vill också uppmärksamma pappornas ökade ansvar. Pappor deltar allt oftare på föräldramöten.

– Föräldraansvaret har blivit gemensamt och delat. Jag tror det medverkar till synen på att ungdomar inte ska dricka för tidigt. Alkoholen har ställt till det för många män, säger Per Blanck. ◀

LÄS MER

- SPECIAL SECTION: EXPLORATIONS AND EXPLANATIONS OF THE DECREASE IN DRINKING PARTICIPATION AMONG YOUNG PEOPLE. *Raninen, J. & Livingston, M. (red) * Drug and alcohol review 37(s1): s1-s471 (2018)*
- BETWEEN ZERO TOLERANCE AND DAMAGE CONTROL: POLICY AND PARENTAL STRATEGIES CONCERNING TEENAGERS AND ALCOHOL. *Lind, J * Families, relationships and societies 7(1), 55-69 (2018)*
- DOING GOOD PARENTHOOD. *Sparrman, A., Westerling, A., Lind, J. & Dannesboe, K.I. (red) * Palgrave Macmillan (2016)*

Sexuell hälsa bör vara en del av missbruksvården

Osäkerhet inför att ha sex skapar risker för återfall, skriver **Suzann Larsdotter**. Därför bör personal inom missbruks- och beroendevården ta upp frågor om sexuell hälsa.

I NGET TJACK INGET knull, liksom, det fanns inte. Och på något plan så blir det ju ett rått och brutalt råknull. Alltså känslobiten blir mindre betydelsefull. Jag drabbades alltid av en galen kåthet och tänkte nu ger jag fan i vem du är, nu kör vi.

ORDEN KOMMER FRÅN Jessica som levt med ett amfetaminmissbruk i nästan femton år. Nu är hon drogfri sedan snart tio år tillbaka men har fortfarande väldigt svårt med sex och relationer. Hon är långt ifrån unik. Fortfarande har många yrkesverksamma inom beroende- och missbruksvården svårt att ta upp frågor runt sexuell hälsa med klienter, patienter och brukare. Detta trots att den sexuella hälsan ofta är nära sammankopplad med negativa konsekvenser från ett alkohol- och drogmissbruk.

Det är en mänsklig rättighet att bestämma över sin kropp och sin sexualitet, och att ha möjlighet till en god sexuell hälsa. Att tillgodose människors sexuella rättigheter är ett sätt att främja sexuell hälsa. Det är viktigt att få känna sig trygg i sin sexualitet och att kunna välja hur och med vem man vill ha sex. Lika angeläget är det att ha möjlighet att bejaka sin lust och sin sexuella identitet och att inte behöva utsättas för trakasserier, tvång och övergrepp. Vissa som levt i missbruk har begränsade erfarenheter från utbildning och låg kunskap om kroppsliga sexuella funktioner och behöver utrymme för att samtala om sexualitet och relationer.

För att möjliggöra detta måste frågor som rör sexualitet integreras i befintliga rutiner och metoder inom all missbruksbehandling

Forskning från **Bengt Svensson** och **Anette Skårner** har visat att missbruk för med sig många negativa erfarenheter. Sexualiteten kan även vara en mycket viktig faktor när det gäller att förebygga risken för återfall i missbruk. Därför behöver personer i behandling arbeta med frågor runt sex och relationer. Om sex huvudsakligen skett under ruset av prestationshöjande och hämningslösande droger blir kontrasten till sex i ett drogfritt liv mycket stor. Många kan känna en enorm osäkerhet på hur man kan flirta, dejta eller ha sex nykter och drogfri. Om sexuella problem, obearbetade sexuella trauman eller nya kunskaper inte tillförts under behandlingen är risken stor att sex blir något skamfullt. Osäkerhet inför att ha sex och obearbetade problem skapar risker för återfall.

DET FINNS DOCK ljus i mörkret. Det går att urskilja ett ökat intresse för dessa frågor och jag ser flera fina initiativ till arbete med sexuell hälsa. Ett mycket bra genomfört exempel är projektet *Snacka Sex* från Göteborgs stad. I detta erbjöds brukare inom Göteborg kommuns boendeverksamhet samtalsgrupper med tillgång till information, kunskap, stöd och möjlighet att prata om teman som rörde sexuell hälsa. Många av dem som deltog i projektet hade eller hade haft ett alkohol- eller narkotikamissbruk.

Jessica fick frågan om hon under sin nästan ettåriga behandling erbjöds möjligheter att bearbeta sina sexuella erfarenheter. Hon svarade »det är en icke-fråga i behandling. Trots att det är så centralt i människors liv. Och trots att det är en stor del av en amfetaminmissbrukares liv, alltså den upplevelsen. Och den sätter krokben för så mycket i framtiden.«

ALL PERSONAL INOM missbruk och beroendevård kan främja sexuell hälsa genom att beröra sexualitet i sina kontakter med klienter och brukare. Många bra tillfällen finns i vardagen. Det handlar mycket om tillåtelse: att man som professionell ger sig själv tillåtelse att prata om sexuell hälsa och ger brukaren tillåtelse att vara en sexuell person med erfarenheter och frågor. ◀

/ SUZANN LARSDOTTER, SOCIONOM, SEXOLOG OCH UTBILDARE PÅ RFSL

POSTTIDNING B
ALKOHOL & NARKOTIKA
BOX 70412
107 25 STOCKHOLM

”Brukarstyrda platser ger makten tillbaka till patienten, det är ett reellt ansvar som patienten får.

s.20