

Abstract

Our purpose with this essay was to make a comparative study of the methadone programme in Sweden versus Denmark. We wanted to examine the issue by illustrating the historical and recent development of the drug political policy and the growth of the methadone programme in both countries. We chose to work with the following questions:

1. What differences occur in the methadone programme if you compare the same in Denmark and Sweden? 2. How is the respective methadone programmes designed? 3. How is the methadone programme used in Sweden compared to Denmark? 4. Why should methadone be used as a substitution treatment for heroin addicts? To answer our questions we have used literature, reports and information from the Internet and we have also made seven qualitative interviews. Out of these seven interviews three were made in Denmark and four in Sweden, all with people who have professions related to the methadone programme.

Even though we found differences, in both the drug political policy and the growth of the methadone programme, we have come to understand that there are many similarities between the two countries. In Sweden there are more restrictions around prescribing methadone in then in Denmark. Denmark has a more liberal view in their drug political policy but the police have more authority in drug search and the punishment for trade with heavy narcotics are severe compared to Sweden.

Innehållsförteckning

1. Inledning	6
1.1. Bakgrund.....	6
1.2. Syfte och frågeställningar.....	7
2. Metod.	8
2.1. Två metoder.	8
2.2. Val av intervjupersoner.....	8
2.3. Genomförandet av intervjuerna.....	8
2.4. Genomförandet av litteraturstudien.....	9
2.5. Problematik med metoden.....	9
2.6. Uppsatsen upplägg.....	10
3. Från opiumvallmons spridning till metadon som substitutionsdrog.	11
3.1. Historik om opiumets framväxt.....	11
3.2. Problematiken med att bli missbruksfri.	12
3.3. Metadon som substitutionsdrog.....	12
4. Historik om Sveriges narkotikapolitik	13
4.1. Synsätt på narkotikamissbruket	13
4.2. Legalföreskrivningar.....	13
4.3. Narkotikamissbruket som ett samhällsproblem	14
5. Historik om metadonprogrammet i Sverige	14
5.1. Metadonbehandling introduceras i Sverige.....	14
5.2. Attityden mot metadon förändra	15
5.3. Mobilisering mot metadon.....	16
5.4. Metadonprogrammets auktoriseras och utökas.....	16

6. Dagens narkotikapolitik i Sverige	17
6.1. <i>Vem har ansvaret över missbruksvården?.....</i>	17
6.2. <i>Brister i socialtjänstens missbruksarbete.</i>	19
6.3. <i>Problematik med nuvarande utredningssätt.</i>	19
7. Metadonbehandling i dagens Sverige.	21
7.1. <i>Allmänt om metadonprogrammets funktion.....</i>	21
7.2. <i>Reglerandet av läkemedelsassisterad underhållsbehandling.</i>	21
7.3. <i>Vårdplan.</i>	22
7.4. <i>Uteslutning av underhållsbehandling.</i>	23
7.5. <i>Avveckling av underhållsbehandling.</i>	23
8. Historik om Danmarks narkotikapolitik.	23
8.1. <i>Farmakologisk historia.....</i>	23
8.2. <i>Narkotika och konventioner i Europa och Danmark.....</i>	24
8.3. <i>Missbruket ökar och nya lagar införs.....</i>	25
9. Historik om metadonprogrammet i Danmark.	26
9.1. <i>Metadonprogrammets historia.....</i>	26
9.2. <i>Förändringar i arbets- och ansvarsfördelning</i>	27
10. Dagens narkotikapolitik i Danmark	28
10.1. <i>Ansvarsfördelning i missbruksvården.....</i>	28
10.2. <i>Målsättningar och praxis.....</i>	30
11. Metadonbehandling i dagens Danmark.....	30
11.1. <i>Metadonbehandling som skadereduktion</i>	30
11.2. <i>Brister i den nya metadonbehandlingen</i>	32
12. Sammanfattning av litteraturstudie.....	33

13. Intervju med Mats Svensson, avdelnings föreståndare för Metadonmottagningen i Lund	34
13.1. <i>Processen in i metadonprogrammet</i>	34
13.2. <i>Behandlingen</i>	35
13.3. <i>Viktig skillnad mellan metadon och heroin</i>	35
13.4. <i>Negativt med metadon.....</i>	36
13.5. <i>Svensson erfarenhet av det danska metadonprogrammet.....</i>	36
13.6. <i>Den aktuella samhällsynen på metadon i Sverige, enligt Svensson.....</i>	37
14. Intervju med Lau Heideman, chef på X-felt i Danmark.....	37
14.1. <i>Hur arbetet går till på X-felt.....</i>	37
14.2. <i>Behandlingen</i>	38
14.3. <i>Positivt med metadon.....</i>	38
14.4. <i>Negativt med metadon.....</i>	38
14.5. <i>Skillnader efter lagändringen 1996</i>	39
15. Intervju med Jonas Turesson, soc.sekr. SDF Södra Innerstaden i Malmö..	39
15.1. <i>Hur går processen till när en klient vill gå med i metadonprogrammet?</i>	39
15.2. <i>Positivt och negativt med metadon</i>	40
15.3. <i>Vilka lyckas bäst komma ur sitt missbruk?</i>	41
15.4. <i>Attityden gällande skadereducering har ändrats.....</i>	41
15.5. <i>Turessons erfarenhet av Danmarks metadonbehandling.....</i>	41
16. Intervju med Karen-Margrete Jörgensen, sjuksköterska och projektkoordinator i Danmark.....	42
16.1. <i>Jörgensens arbetsuppgifter.....</i>	42
16.2. <i>Hur metadon används i Danmark.....</i>	42
16.3. <i>Subutex en bättre substitutionsdrog.....</i>	43
16.4. <i>Metadon kontra heroin</i>	43
16.5. <i>Positivt med metadon.....</i>	44
16.6. <i>Skillnader efter lagändringen 1996</i>	44

17. Intervju med Per-Olof Olofsson, politiker för Socialdemokraterna i region Skåne, Malmö	44
<i>17.1. Allmänt kring arbetet med metadon.....</i>	<i>44</i>
<i>17.2. Positivt med metadon.....</i>	<i>45</i>
<i>17.3. Negativt med metadon.....</i>	<i>45</i>
<i>17.4. Olofsson erfarenhet av den danska metadonbehandlingen</i>	<i>45</i>
<i>17.5. Hur har narkotikapolitiken påverkat metadonprogrammet.....</i>	<i>46</i>
18. Intervju med Frank Hedegaard, politisk narkotikaordförande för Socialistisk Folkeparti i Danmark.....	46
<i>18.1. Diskussion kring metadon.....</i>	<i>46</i>
<i>18.2. Narkotikapolitikens påverkan på metadonbehandlingen.....</i>	<i>47</i>
<i>18.3. Skillnader efter lagändringen 1996</i>	<i>47</i>
19. Intervju med Rita Hjälms, kurator på metadonmottagningen i Malmö	48
<i>19.1. Hjälms arbetsuppgifter</i>	<i>48</i>
<i>19.2. Processen in i metadonehandlingen</i>	<i>48</i>
<i>19.3. Positivt med metadon.....</i>	<i>49</i>
<i>19.4. Negativt med metadon.....</i>	<i>50</i>
<i>19.5. Samhällets syn på metadon.....</i>	<i>50</i>
<i>19.6. Hjälms erfarenhet av den danska metadonbehandlingen</i>	<i>50</i>
20. Analys.....	51
21. Diskussion	52
Källförteckning	55
Bilaga.....	58

1. Inledning

1.1. Bakgrund och problemformulering

Danmark och Sverige är två väldigt lika länder i mycket, de tillhör båda Skandinavien, är med i EU, har liknande språk och kultur samt sätts oftast i samma välfärdsmodell.

Trots detta finns skillnader som ibland är svåra att definiera. Att det ska förekomma skilda förhållningssätt vad gäller drogpolitik är en uppfattning som verkar finnas bland de socialsekreterare som arbetar inom området i Sverige, som vi bland annat träffat under praktikperioden. Detta gjorde oss nyfikna på ämnet då vi undrar om dessa två länder kan ha en skild syn på narkotika. Skillnaderna kanske inte är så uppenbara eller särskilt stora, men vi tror oss kunna finna dem. Då narkotikapolitik är ett stort område har vi valt att rikta in oss på ett delområde som kan tyda på skillnader mellan länderna. Vårt valda område blev metadonprogrammet, även detta för att vi hade hört talas om att det ska finnas skillnader i hur man ser på detta behandlingssätt mellan länderna.

Ungefär 0,5 % av alla svenskar i åldern 15-57 år har ett heroinberoende. Bland de flertal behandlingsmetoder som utvecklats för detta klientel finns läkemedelsassisterad behandling, som får en allt viktigare plats inom missbruksvården (www.sos.se). Utifrån svensk dokumentation om metadonprogrammet har det framkommit väldigt goda resultat. Det är en hög andel som stannar kvar i programmet, missbruket minskar och den sociala funktionen förbättras, detta särskilt i jämförelse med andra behandlingsalternativ. Det har även dokumenterats en minskad dödlighet och sjuklighet bland patienterna som deltar i programmet. Ett skäl till detta, anser socialstyrelsen, är den starka strukturen som omgärdar programmet i Sverige (www.sos.se). Behandlingen i Sverige är strikt reglerad till fyra kliniker i landet som finns i Stockholm, Uppsala, Malmö och Lund (www.ur.se). Även i Danmark är metadonbehandlingen väldokumenterad.

Substitutionsbehandling tillsammans med en psykosocial efterbehandling innebär en psykisk och social stabilisering. Förutom ett flertal andra positiva resultat visar även undersökningar att för patienterna som stannar i behandling reduceras dödligheten till en tredjedel (Narkotikarådets anbefalinger, 2000). Dock har det efter att en lagändring år 1996 framkommit kritik om hur metadonbehandlingen idag hanteras efter att en utvärdering genomfördes med väldigt negativa resultat gällande metadonpatienterna

(Narkotikarådets anbefalinger, 2000). I Sverige kritiserar Brukarföreningen de långa köerna in i programmet, då klienter i Stockholm som beviljats metadon måste vänta minst 3-4 månader innan behandlingen påbörjas (<http://svt.se/>). I Danmark är skillnaden stor då en klients rätt till behandling efter 14 dagars utredning är grunden i landets vårdgaranti (Intervju Hedegaard). Grunden till dessa skillnader tror vi baseras på ländernas historiska samt nuvarande narkotikapolitik. Därmed blir det en viktig del av uppsatsen att visa på den utveckling som skett i respektive land avseende narkotikapolitik samt metadon som behandlingsform. Vidare tror vi att de förhållningssätt som finns till skadereduktion för heroinmissbrukare i de respektive länderna har påverkat metadonprogrammen. Därmed undrar vi på vilket sätt narkotikapolitiken skiljer sig åt i de olika länderna, och hur denna skillnad utvecklats samt hur detta sedermera kan påverka metadonbehandlingen? Vidare undrar vi hur de olika ländernas metadonbehandlingar skiljer sig åt mellan länderna, i det praktiska arbetet samt även hur det är reglerat och utformat? Ytterligare frågar vi oss om metadon är nödvändigt att användas som del i behandling?

1.2. Syfte och frågeställningar

Vårt syfte är därmed att genomföra en komparativ studie av metadonprogrammets funktion, utformning och användningssätt i Sverige och Danmark. Vi vill belysa ämnet genom en litteraturstudie där vi tar upp den historiska och den aktuella narkotika politiken samt utvecklingen av metadonprogrammet i respektive land. För att läsaren ska vara insatt i drogen har vi även med en historik om opium och en del grundfakta om metadon. Vidare ska vi genomföra intervjuer av tjänstemän och politiker inom det berörda området för att få fram relevant information. För att besvara vårt syfte blir våra frågeställningar därmed :

- 1. Vilka skillnader förekommer i metadonprogrammets behandlingsform om man jämför desamma i Danmark och Sverige?*
- 2. Hur är de respektive metadonprogrammen utformade?*
- 3. På vilket sätt regleras och används metadonprogrammet i Sverige i jämförelse med Danmark?*
- 4. Varför skall metadon användas som substitutionsbehandling för heroinmissbrukare?*

2. Metod

2.1. Två metoder

Vi har använt oss av två metoder för att genomföra syftet med denna komparativa studie. För det första har vi utfört en litteraturstudie för att undersöka narkotikapolitikens och metadonprogrammets historia samt aktuella position i Danmark och i Sverige. För det andra har vi använt oss av tematiserade intervjuer med personer som på olika sätt genom sitt yrke har erfarenhet av metadonbehandling. Detta för att komplettera uppgifterna om dagens metadonbehandling i de båda länderna. Samtidigt fick vi en ökad förståelse om hur det är att arbeta med och runt metadonbehandling som substitutionsbehandling.

2.2. Val av intervjupersoner

Då vi valde intervjupersoner var det viktigt för oss att personerna hade olika erfarenheter av att jobba med metadonbehandling. För att täcka ett så brett spektrum som möjligt ville vi att intervjupersonerna skulle ha olika yrken, då vi tror att olika yrkesgrupper har skilda erfarenheter av substitutionsbehandling som har färgat deras syn på metadonbehandling. Detta medförde en stor representation av erfarenheter och åsikter från olika områden av metadonbehandling. I Danmark intervjuades en chef för ett dagcenter, en sjuksköterska samt en kommunpolitiker. I Sverige intervjuades en socialsekreterare, en avdelningsföreståndare för en metadonmottagning, en kurator samt en politiker för region Skåne. Då vi hade svårare att hitta intervjupersoner i Danmark än i Sverige, har vi fler svenska intervjuer än danska. På det stora hela fick vi inte tag på så många intervjupersoner som vi hade hoppats på, med anledning av bland annat tidsbrist. Vi har inte heller helt motsvarande yrkeskategorier i respektive land, men då målet varit att få en så bred bild som möjligt över metadonprogrammen utifrån de yrkesgrupper som finns där såg vi inte detta som ett problem.

2.3. Genomförandet av intervjuerna

Då det gäller den tematiserade intervjun har vi utgått ifrån tre olika områden: arbetsuppgifter, inställning till metadon och politik. Våra huvudfrågor gick därmed ut på att vi ville veta hur deras arbete går till då det gäller metadonbehandlingen, hur de ser på metadon och metadonprogrammet, vad som är positivt respektive negativt, hur vida de ser förändringar på det politiska området som har påverkat deras arbete samt om de känner till Danmarks respektive Sveriges metadonprogram. Vidare har vi utgått från de svar vi fick samt ställt

följdfrågor som varit passande till respektive intervjuperson. Vi har senare sammanfattat svaren i en löpande text för att det ska vara lättare och intressantare för läsaren.

Då intervjuerna genomfördes i Danmark valde vi att använda bandspelare för att minimera missförstånd, framförallt då det ibland kan vara problematiskt för oss att förstå danska.

I Sverige förde vi enbart anteckningar då bandspelare inte var nödvändig av språkliga skäl och då två av våra intervjupersoner inte önskade bandspelare. Våra intervjuer har varit mellan 1-1,5 timmar. Av geografiska skäl genomfördes intervjuerna i Köpenhamn, Lund och Malmö. Intervjupersonerna har medgivit att deras namn och befattning redovisas. Med tanke på detta kom vi fram till att inte använda oss av citat då intervjupersonerna kan känna sig utsatta då de inte är anonyma. Detta var något som uppskattades av våra intervjupersoner.

2.4. Genomförandet av litteraturstudien

När vi genomförde litteraturstudien delade vi upp de två länderna mellan oss. Utefter vårt syfte ville vi erhålla fakta kring den historiska och aktuella narkotikapolitiken samt gällande metadonprogrammet. Vidare ville vi även få med fakta från opiumets framväxt till att metadon började användas som substitutionsdrog så att läsaren kan få en djupare förståelse för det narkotiska preparatet. För att få fram detta resultat sökte vi relevant forskning, litteratur samt information på Internet som finns avseende ämnet i fråga. Denna information bearbetades sedermera och redovisas i resultatdelen.

2.5. Problematik med metoderna

Gällande litteraturstudien så har insamlingen av material för Danmark delen varit svår, dels att få tag på relevant men framförallt aktuellt material. Vi har även haft vissa problem med översättningen av det danska språket, där vi reserverar oss för eventuella missförstånd och översättningsfel. Vi har även valt att använda oss av den benämning som litteraturen har haft gällande missbrukaren. Detta då heroinmissbrukare och opiatmissbrukare kan syfta till olika missbruksformer och det hade blivit fel i studien att enbart använda en benämning.

Vi har även valt att använda oss av ordet patient då det benämns i sjukvårdssammanhang, men annars nyttjat oss av ordet klient. Utöver detta valde vi att använda oss av källor som kan tyckas udda eller opålitliga såsom www.svt.se och www.ur.se Anledningen till detta är att den information som fanns där kunde vi uppskatta var tillförlitlig utifrån de kunskaper vi

erhållit om metadonprogrammet, samt även då vi ansåg att det gav en större bredd och roligare läsning till resultat delen med informationen som dessa källor innehöll. Med de danska intervjuerna har det till viss del ställt till problem vad gäller följdfrågor då det lätt blev missförstånd från båda hållen. För att förenkla för oss själva samt för intervjupersonen tog vi med oss en dansktalande person som stöd och hjälp. Det var framförallt till stor hjälp då vi intervjuade den danska sjuksköterskan som vi båda hade svårt att förstå. I de fall där det fanns oklarheter var vi välkomna att ringa dem för kompletteringar. I fråga om Sverige delen finns det inte så mycket att invända emot, förutom att det fanns svårigheter att hitta information om landets ställningstagande till skadereducering. Då vi sammansatt intervjuerna har vi valt att använda oss av ordet klient, då det är brukligt för socionomer. Det finns naturligtvis kritiska punkter vad gäller validiteten samt reliabiliteten i alla forskningsrapporter, och så även i denna. När det gäller reliabiliteten kommer frågan upp om vi verkligen har använt oss av rätt metod för att få fram de svar på våra frågeställningar som vi önskade. Reliabiliteten kan dock ifrågasättas då intervjuerna bygger på subjektiva tolkningar. Validiteten när det gäller intervjufrågorna kan ifrågasättas vad gäller valet av frågor. Det man väljer att fråga om får man oftast svar på, detta kan innebära att vi missat en del frågor som skulle kunna ha betydelse för vårt arbete.

2.6. Uppsatsen upplägg

För att göra vårt resultat lättöverskådligt för läsare har vi valt att först ha kort fakta kring opiumet, så att läsaren tidigt kan sätta sig in i drogens egenskaper. Sedermera kommer den historiska och aktuella delen av Sveriges narkotikapolitik samt metadonprogrammets utveckling, åtföljt av den danska delen som är upplagd på samma vis. Detta för att läsaren lättare ska sätta sig in och få djupare förståelse av ländernas utveckling och dagsläge. För att läsaren lätt ska kunna få en överblick av det som framkommit av litteraturstudien avrundas denna med en sammanfattning. Sedermera kommer intervjuerna som är tänkt att ge läsaren ytterligare verktyg att se ländernas skilda upplägg i denna fråga. Detta följs utav analys av intervjuerna så att informationen kan jämföras och skillnader påvisas tydligare. Utöver detta har vi satt upp underrubriker i resultat delen för att läsaren lättare ska hitta den information denne söker.

3. Från opiumvallmons spridning till metadon som substitutionsdrog

3.1. Historik om opiumets framväxt

Opiumvallmon kommer ursprungligen från mellanöstern. Utgrävningar från Kreta visar att framställning och bruk av opium redan var känt i den Minoiska kulturen 2000 f. Kr.

Via Turkiet spred sig sedan kunskapen om opium österut. Vid början av vår tideräkning var konsten att framställa opium känt på flera platser i Sydeuropa och runt år 1000 e.Kr. hade kunskapen om opium spridit sig till Indien och Kina. Snart blev Indien den största

producenten av opium i Sydostasien. Opiumhandeln kontrollerades länge av mongolerna.

År 1707 blev England Indiens största handelspartner och i slutet av 1700-talet hade England erövrat de tre största opium-distrikten i Indien. Därmed hade "East-India company" monopol på både produktionen och handeln av opium. Under de första tjugo åren av 1900-talet fördes det i genomsnitt in 32 000 kg opium per år till Kina som fick svåra problem med missbruk.

Morfinet framställdes för första gången år 1803 av Derosne och år 1806 framställdes för första gången rent morfin. Det var dock först när Alexander Wood år 1853 kom på idén att spruta morfin under huden som det blev vanligare att använda morfin i Europa.

Vidare år 1864 uppfann läkaren Charles Gabriel Pravaz en egen spruta och med det blev morfinet ofta använt som smärtstillande medel (Green, 1991).

Morfinet sågs som mycket pålitligare än opium, det var fritt från obehagliga biverkningar, var snabbverkande, kraftfullt och euforiskt. Dock som en följd av detta var det även väldigt beroendeframkallande. Europeiska studier från sent 1800-tal till tidigt 1900-tal visar på att läkare och apotekare var överrepresenterade som morfinister, dock var missbruket företrätt i alla samhällsklasser. Hundratusentals européer och nordamerikaner nyttjade denna drog under sent 1800-tal men efter att restriktioner påbörjades, uppkom en svartmarknad. År 1926 började vallmofält uppkomma i nordvästra Mexiko som sedan smugglades in till bland annat USA. Vidare under 1960-talet växte Colombia fram som ett centrum för narkotika smuggling, däribland heroin. Mexiko och Colombia blev viktiga producenter för opium och är det än idag. Men de största kvantiteterna som odlas kommer dock fortfarande från Asien (Carnwath & Smith, 2002).

3.2. Problematiken med att bli missbruksfri

Att avgiftas från heroin eller morfin ger väldigt likartade symptom. Det kan vara väldigt obehagligt och smärtsamt, men det är inte riskabelt för hälsan att gå igenom abstinensen. Livsfaran kan uppkomma när avgiftade heroinister återgår till missbruket och inte tänker på att de inte längre tål lika höga doser vilket leder till deras andning kollapsar till följd av en överdosering. Abstinensen är konstant under flera dagar och ger yttringar som svettningar, kramper och kraftfull diarré (Carnwath & Smith, 2002).

3.3. Metadon som substitutionsdrog

Då många heroinister efter ett tag själva slutar med sitt missbruk har det skett en utveckling där skadereducering betonas. Det vill säga att man i många länder istället för total drogfrihet börjat fokusera på att narkomanen har det bra och tryggt trots sitt missbruk.

Därmed använder man sig av substitutionsdroger för att narkomanen ska slippa vara ute och jaga drogen hela tiden, med den kriminalitet som då medföljer. När personen sedan känner sig redo att sluta missbruka är denne i ett bättre hälsomässigt skick än annars möjligt (Carnwath & Smith, 2002).

Metadon utvecklades av tyska forskare under andra världskriget för att användas som smärtstillande medel, men det började sedermera användas för avgiftning av opiatmissbrukare efter kriget av amerikanska läkare. På 1960-talet upptäckte Vincent Dole, professor vid Rockefeller University i New York, att långtidsbehandling med metadon gjorde det lättare för heroinmissbrukare att avstå från heroin och förändra sina liv (www.ur.se).

Metadon är ett narkotikaklassat medel, men då det dricks i juice 1-2 ggr/dag sätts effekten in långsamt och utan kick. Metadon är ett syntetiskt morfinliknande ämne som ges i full dos för att blockera alla opiatreceptorer vilket gör att tillförsel av exempelvis heroin blir meningslös då effekten uteblir och det tar även bort opiatsuget (Johansson & Wirbing, 1999). Detta beror även på att metadonet verkar mycket långsammare än heroin, vilket gör att euforikicken uteblir samt att man därmed kan ställa in patienten på en daglig dos vilket leder till att denne i stort sett fungerar normalt (www.ur.se). Om det dock tillförs felaktigt, i för låg dos eller utan kontroll av eventuellt sidomissbruk kan metadon dock bli en del av ett omfattande missbruk (Johansson & Wirbing, 1999).

4. Historik om Sveriges narkotikapolitik

4.1. Synsätt på narkotikamissbruket

Fram till mitten av 1950-talet hade man ett medicinskt synsätt på narkotikamissbruk. Detta medförde att man enbart såg till de starka farmakologiska egenskaperna som framkallade beroende hos vissa patienter inom sjukvården. Utifrån detta perspektiv ansågs att missbruksproblemen skulle lösas genom patient och läkarrelationen, då några samhällsliga faktorer inte sågs som relevanta. Detta synsätt utmanades i mitten av 1950-talet av ett rättsligt och polisiärt perspektiv, vars syfte var att hejda missbruket med en kontroll och sanktionsstrategi som minskade utbudet av narkotika. Det nya synsättet framkom då man under början av 1950-talet i vissa kretsar börjat injicera centralsimulerande preparat. Missbruket av dessa medel uppkom då läkemedelsindustrin introducerade amfetamin i Sverige. Intagningssättet sågs som något annorlunda och hotfullt och då det började sprida sig till större kretsar, som stora kriminella grupper, prostituerade samt vissa ungdomsgäng började media uppmärksamma problemet. Utifrån detta beslutade Medicinalstyrelsen att begränsa läkarnas förskrivningar, vilket ledde till att en stor del av det folkliga missbruket upphörde. Dock uppkom problematiken med en svartmarknad, receptförfalskningar samt apoteksinbrott. Men i början på 1960-talet började man ifrågasätta den hårdnade narkotikapolitiken. Kritiken grundade sig på ett socialpolitiskt perspektiv då vissa ansåg att de hårda lagstiftningarna tvingade narkomaner bli kriminella och att man därmed försvårade för dessa att bryta sitt missbruk. Synsättet byggde på en vård- och reformstrategi som liknade det medicinska perspektivet. Vissa läkare hävdade att missbruket borde betraktas som en sjukdom och att narkotika borde ordinerats som en del i behandlingen (Johnson, 2003).

4.2. Legalföreskrivningar

År 1965 bildades RFHL, Riksförbundet för hjälp av läkemedelsmissbrukare, som var en direkt reaktion på polisens och det rättsliga systemets ökande inflytande på narkotikapolitiken. Budskapet RFHL förmedlade bestod av att man borde erbjuda missbrukare vård. Utifrån dessa påtryckningar inleddes samma år ett försök med legalföreskrivning av narkotika till narkomaner, som sanktionerades av Medicinalstyrelsen i samarbete med RFHL. Den främste ideologen för denna verksamhet var doktor Åhström, som gav sina patienter fria händer att själva dosera samt välja preparat.

Inom ett par år sågs försöket som ett misslyckande. Detta då doktor Åhström efter en kort tid var den ende läkaren som skrev ut narkotika, vilket gav upphov till en så hög arbetsbörda att han snart tappade kontrollen över verksamheten. Under försöksperioden fick 156 missbrukare receptbelagd narkotika, men då den sedermera kom ut på den svarta marknaden uppskattas att omkring 300 personer fick tillgång till denna. Vidare dog 11 människor i samband med legalförskrivningen. Dessa faktorer medförde en stor kritik mot försöket och RFHL drog tillbaka sitt stöd, vilket resulterade att år 1967 upphörde legalförskrivningen (Johnson, 2003).

4.3. Narkotikamissbruket som ett samhällsproblem

Narkomanvårdskommittén presenterade år 1967 den första statliga utredningen på narkotikaområdet. Det som framkommit var att det fanns behov att påbörja omfattande program mot narkotikamissbruket. Programmet skulle bygga på tre pelare: kontrollpolitik, narkomanvård och preventiva åtgärder. Utifrån kommitténs förslag beslutade regering och riksdag år 1968 om en åtgärdsform som till största delen gällt sedan dess. Beslutet bestod i att rättsväsendet stärktes inom det narkotika politiska området samtidigt som socialvårdsmyndigheten fick stor del av ansvaret för förebyggande åtgärder och nya typer av vårdinsatser. Detta medförde att sjukvårdsmyndigheten och det medicinska synsättet trängdes undan av de rättsliga och socialpolitiska perspektiven. Narkotikan hade i slutet av 1960-talet etablerats som ett samhällsproblem i Sverige och flera nya ickestatliga organisationer hade grundlagts (Johnson, 2003).

5. Historik om Metadonprogrammet i Sverige

5.1. Metadonbehandling introduceras i Sverige

Sedan narkotikan i slutet av 1960-talet etablerades som ett samhällsproblem betraktades allt bruk av narkotika som missbruk. Trots detta tog psykiatriprofessorn Lars Gunne år 1966 med sig idén om metadonbehandling till Sverige, efter att ha varit gästforskare i USA. Där hade han mött Dole och hans partner Marie Nyswander som introducerade Gunne för deras försöksverksamhet med metadon. Intagningskriterierna för att erhålla behandlingen var att man inte fick vara under 21 år, man måste ha missbrukat opiater i minst fem år med upprepade återfall efter avgiftning samt att patienten inte fick lida av någon svår psykisk sjukdom eller vara blandmissbrukare. Då behandlingen påbörjades ersattes heroinet med

metadon då de skrevs in på sjukhus under en och en halv månad. Vidare utreddes deras sociala situation och de erbjöds hjälp att ordna arbete eller studier. Då patienten skrevs ut fick denne återkomma varje dag för att dricka sina metadondoser samt lämna urinprov för att missbruket skulle kunna kontrolleras. Desto mer patientens sociala situation stabiliserades desto mindre blev kontrollen över denne. Ytterligare hjälp att erhålla jobb, bostad eller studieplats erbjöds, vidare kunde patienten dricka ett flertal doser hemma och urinproven gjordes mindre frekvent. Då Gunne återvände till Sverige inbjöd han kollegor att remittera opiatnarkomaner till Ulleråkers forskningsklinik där han startat upp en metadonbehandling utifrån samma kriterier som Dole och Nyswander. Det tog ett antal månader innan remisser till metadonbehandlingen började komma in. Under denna tid var opiatmissbruket ännu inte etablerat i Sverige. En undersökning som genomfördes år 1967 visade på att antalet opiatmissbrukare i Sverige var omkring 200 personer. Större delen av opiatmissbrukarna var även högutbildade och inte alls lika den klientel som USA hade. Gunne själv samt många av aktörerna inom narkomanvården var därmed tveksamma till om behandlingsformen var lämpad för svenska förhållanden. Denna osäkerhet ledde till att metadonbehandlingen kunde införas i Sverige utan någon större debatt (Johnson, 2003).

5.2. Attityden mot metadon förstärks

År 1968 började opiatmissbruket sakta att öka, och Narkomanvårdskommittén konstaterade i sin slutrapport år 1969 att opiatmissbruket nu även spridit sig till ungdomar. Vid denna tidpunkt började även remisserna till metadonbehandlingen att öka. Samtidigt började den tidigare osäkerheten från aktörer ur den drogfria missbrukarvårdens sida övergå i misstro och skepsis gällande metadon. Dock var det en tyst motvilja som visades genom ovilja att remittera patienter dit. I slutet av år 1969 hade sammanlagt 29 patienter tagit emot metadonbehandling. Av dessa fanns 21 patienter kvar, två hade avgiftats på eget initiativ och hos resterande fem hade man konstaterat sidomissbruk och därmed hade de avskrivits från behandlingen (Johnson, 2003).

5.3. Mobilisering mot metadon

I början på 1970-talet ökade opiatmissbruket ytterligare. Denna ökning tillsammans med en växande amerikansk tilltagande kritik mot metadon gav upphov till att man förknippade den svenska metadonbehandlingen med 1960-talets legalföreskrivning. Ett antal aktörer började därmed mobilisera sig mot metadonet. Även inrättandet av socialpolitiska policyn under 1970-talet gjorde det svårt att förena den rådande inställningen mot narkotika med metadonbehandling. Policyn hade framlett att man flyttade över narkomanvården från de psykiatriska sjukhusen och påbörjade en omfattande utbyggnad av behandlingshem, öppenvårdsmottagningar och rådgivningsbyråer. Detta ledde till att metadonbehandlingen började ses som än mer kontroversiell och för att kunna fortsätta som försöksverksamhet fick användandet av metadon ett flertal restriktioner. Från det att metadonet kunnat skrivas ut av läkare inom öppenvården, centraliserades all metadon till Uppsala där Ulleråkers forskningsklinik fanns (Johnson, 2003).

I samma takt som opiatmissbruket ökade, så ökade remisserna till metadonbehandlingen och med detta ökade kritiken mot metadonet. Företrädarna för kritiken var från RFHL, aktörer för den drogfria narkomanvården, socialarbetare, massmedia, läkare och politiker.

Huvudargumentet var att metadon i sig var ett narkotiskt preparat och därmed inte platsade i den svenska restriktiva narkotikapolitiken. Socialstyrelsen ansåg att metadonbehandlingen minskade missbrukarnas kriminalitet samt underlättade deras rehabilitering, men de delade även kritikernas farhågor. I synnerhet då det i längden skulle kunna tränga ut de mer kostsamma drogfria alternativen. Även patienterna som var aktuella i metadonprogrammet fick känna av motståndet då de fick fientligt bemötande av socialtjänsten, arbetsförmedlingen och den psykiatriska öppenvården. Detta ledde till att man som en del i metadonbehandlingen år 1974 startade upp eftervård och år 1976 med finansiering från Delegationen för socialforskning (DSF) startade upp ett öppenvårdsteam (Johnson, 2003).

5.4. Metadonprogrammet auktoriseras och utökas

Vid tidigt 1980-tal kom positiv forsknings och utvärderingsresultat av svenska forskare avseende metadonbehandlingens verkan. Socialstyrelsen beslutade därmed att auktorisera behandlingsformen och metadonbehandlingen började betraktas som en reguljär verksamhet

med dokumenterad effekt. Dock prioriterades fortfarande de drogfria alternativen. Men i mitten av 1980-talet kom problematiken med HIV. Spridningen av viruset bland missbrukarna blev allt allvarligare vilket ledde till att man började se på metadonbehandlingen som en nödvändig och effektiv behandlingsform som borde användas mer. Dock uppstod nu problem med väntetid på upp till två år för att komma in på metadonbehandlingen. Bland annat började Läkareföreningen mot AIDS driva på att man snabbt måste utöka metadonprogrammet då smittbekämpningen har större prioritet än drogfriheten. År 1987 var nästan 80 % av de prostituerade heroinisterna i Stockholm HIV-positiva, vilket ledde till att läkare började skriva ut metadon utanför metadonprogrammet. Efter en utredning kom Socialstyrelsen fram till att det fanns behov av att erbjuda metadon till HIV-positiva men samtidigt bevara de kriterier som finns för att kunna erhålla behandlingsformen. Lösningen man kom fram till var att utöka metadonprogrammet med ännu en mottagning, som skulle upprättas i Stockholm. De ursprungliga intagningsreglerna fastställdes, med undantag för redan HIV-smittade missbrukare (Johnson, 2003).

6. Dagens narkotikapolitik i Sverige

6.1. Vem har ansvaret över missbruksvården?

Det är kommunen som har det yttersta ansvaret för att personer med missbruksproblem får stöd och hjälp (Gregow, 2004). Detta gör att ansvaret över missbruksarbetet på lokal och regional nivå ökar. De centrala myndigheternas roll blir då att följa upp och utvärdera insatserna, men även att sätta upp normerna för arbetet. Socialstyrelsen bedriver tillsyn över missbruksvården inom hälso- och sjukvård samt sammanställer information om Länsstyrelsernas tillsyn över socialtjänstens missbruksvård. Socialtjänsten samt hälso- och sjukvården är styrda av ett flertal lagar vad gäller missbruksvården. Socialnämnden ska bland annat arbeta i förebyggande syfte mot missbruk och genom information och uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar samt de hjälpmöjligheter som finns. Socialnämnden ska se till att den enskilde missbrukaren får den hjälp denne är i behov av för att komma ifrån missbruket. Denna vård ska planeras i samförstånd med den enskilde individen och nämnden ska sedermera bevaka att planen fullföljs (www.socialstyrelsen.se).

Då en fungerande bostadssituation, meningsfull sysselsättning och ett fungerande socialt nätverk är viktiga förutsättningar för en framgångsrik behandling, finns ett samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård vid heroinnarkomani (www.sos.se)

Socialtjänsten ska enligt portalparagrafen, 1 kap. 1 § SoL, ta hänsyn till människans eget ansvar för sin sociala situation och inrikta arbetet på att utveckla individens egna resurser. Även skall verksamheten bygga på respekt till människans självbestämmanderätt. Detta poängteras vidare enligt 3 kap. 6 § SoL, 1st där det påpekas att insatserna ska utformas och genomföras i samförstånd med den enskilde individen, samt vid behov i samverkan med andra myndigheter (Norström & Thunved, 2002). Men i vissa fall kan vård påtvingas en individ i enlighet med Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Detta ska enbart nyttjas då frivillig vård inte kan genomföras och personen är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och det inte kan genomföras på annat sätt. Personen ska till följd av sitt missbruk uppfylla vissa kriterier:

- Den fysiska eller psykiska hälsan utsätts för allvarlig fara.
- En uppenbar risk föreligger för att förstöra sitt liv.
- Risk finns för allvarlig skada av sig själv eller någon närstående.

Utredning angående detta skall inledas då socialtjänst fått in en anmälan eller på annat sätt fått kännedom om att skäl finns för beredande av tvångsvård. Vidare är det länsrätten som fattar beslutet om tvångsvård LVM efter ansökan från socialnämnden (Gregow, 2004). Statens institutions styrelse (SiS) ansvarar för själva LVM vården. Hälso- och sjukvårdslagen riktar inte in sig på gruppen missbrukare, utan de innefattas av samma villkor som allmänheten (www.socialstyrelsen.se). Efter tillstånd från Länsstyrelsen kan personer, företag och organisationer bedriva HVB-hem. Kommunen som placerar en klient har ansvaret att följa upp hur vården bedrivs. Regeringen har dock nu gett Socialstyrelsen, i samarbete med Länsstyrelsen, i uppdrag att utforma normeringsinstrument (för att sätta normer i det sociala arbetet) avseende tillsynen (www.socialstyrelsen.se).

6.2. Brister i socialtjänstens missbruksarbete

Länsstyrelsen har genomfört en social tillsyn för år 2003 gällande verksamhet samt individtillsyn. Verksamheterna visade på brister i ungefär 35 % av tillsynen. Till största delen handlar dessa brister om socialnämnders beslut och domstolars gynnade domar som inte verkställs. Inom individarbetet framkom brister i 20 % av tillsynen, mestadels gällande socialtjänstens handläggning. De viktigaste brister som framkom avseende vuxna missbrukares kontakt med individ och familjeomsorg gällde:

- Klienten hade svårt att få vård som motsvarar behovet.
- Samarbetet mellan myndigheter samt vårdkedjan kring en klient var bristfällig.
- Klienterna hade bostadsproblematik, många var hemlösa.
- Dubbel diagnostiserade klienter, äldre personer med långvarigt missbruk samt unga vuxna hade svårt att få stöd och behandling avseende sin missbruksproblematik

Vidare uppmärksammade länsstyrelsen att budgeten stramas åt inom kommunernas socialtjänst och att personal saknas på en del områden. Detta ställer högre krav på socialtjänstens bedömningar, då de måste hitta passande strategier med begränsade resurser. Besluten blir snävare och domar verkställs inte vilket leder till brister i rättsäkerheten för individer. Länsstyrelsen uppmärksammade även att det finns samarbetsproblem mellan socialtjänsten och övriga aktörer, exempelvis med psykiatrin. Vidare ses brister med att socialtjänsten medverkar för lite till § 34-vård och kontraktsvård (Socialstyrelsen & Länsstyrelserna, 2004). På grund av stora förändringar av organisation, metoder och en minskning av resurser har vård och behandling av missbrukare genomgått stora förändringar. Samtidigt ökar antalet tunga missbrukare kraftigt (Socialstyrelsen, A. 2004).

6.3. Problematik med nuvarande utredningssätt

Socialstyrelsen genomförde en undersökning av missbrukarvårdens utredningsmetodik. Studien visade att socialarbetaren bland annat tenderade att särbehandla klienten efter dennes kön. Det framkom även skillnader i valet av insatser beroende på om socialarbetaren själv var man eller kvinna. Vidare framkom att olikheterna i val av insats var så pass stora att det är omöjligt att förutsäga vilken typ av behandling missbrukaren får. Detta tyder på att valet

av insats är godtyckligt, vilket är oacceptabelt enligt socialstyrelsen. Det fanns även skillnader i socialarbetarens attityd till missbruk samt i hur man agerar gentemot klienten. Exempelvis har de socialsekreterare med sjukdomssyn på missbruk större benägenhet att hänvisa till landstingsbaserad vård. Arbetet med missbrukare idag präglas därmed inte av systematiska och gemensamma strategier, något som regeringen ser som problematiskt (Socialstyrelsen, A.2004). Detta har lett till att Socialstyrelsen år 2001 fick i uppdrag av regeringen att under tre år genomföra ett utvecklingsprogram, vars syfte var att skapa och stärka strukturer för organiserad kunskapsuppbyggnad. Syftet var att underlätta utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst. Ett delprojekt har varit att skapa bedömnings- och uppföljningsstrategier som är viktiga för att ta reda på vilka insatser som är lämpliga för olika klienter och under vilka omständigheter de är det (Socialstyrelsen, B.2004). Detta är av vikt då behandlingsinsatser skall föregås av en strukturerad, kriteriebaserad diagnostik som åtföljs av konsekvent skattning av klientens problem. Informationen är viktig då den ska ligga till grund för uppföljningsbara individuella behandlingsplaner som upprättas i samverkan med klient, hälso- och sjukvården, socialtjänst samt eventuella andra aktörer. Enligt socialstyrelsen bör en metodisk och regelbunden uppföljning ingå i en behandlingsplan (SOSFS 2004:8).

Vidare antog regeringen i augusti år 2002 en aktionsplan för en mobilisering och samordning av narkotika politiken, det samlade begreppet för denna satsning är *Mobilisering mot narkotika*. Av denna samordning kan kommuner söka bidrag till sitt kommunala arbete mot missbruk. Utifrån detta har exempelvis *Trestadssatsningen* genomförts vars är att Malmö stad, Göteborgs stad och Stockholm stad har gått samman för att genomföra insatser på fyra prioriterade områden, vilka är: skola, krogar och nöjes miljöer samt unga och etablerade missbrukare. I detta arbete har bland annat upprättats kurser gällande Adicction Severity Index (ASI) för dem som arbetar med missbrukare i form av utredning, behandling eller inom kriminalvården, och är en form av standardiserat bedömningsformulär (www.mobilisera.nu).

7. Metadonbehandling i dagens Sverige

7.1. Allmänt om metadonprogrammets funktion

Heroin missbrukare har en kraftig överdödlighet samt omfattande sjuklighet och sociala komplikationer. Under år 2001 registrerades 354 dödsfall relaterade till heroinmissbruk i Sverige och bland obehandlade heroinister är dödligheten uppåt 60 gånger högre än normalbefolkningen. Enligt socialstyrelsen får inte många heroin-(opiat-)missbrukare en verksam behandling, trots att det samtidigt sker en utveckling av kunskaper om effektiva behandlingsmetoder, däribland läkemedelsassisterad behandling (www.sos.se). För en del heroinister som inte lyckats bli drogfria med annan behandling finns möjlighet att efter avgiftning erhålla underhållsbehandling i form av metadon under strikt kontrollerade former för att möjliggöra en återgång till ett strukturerat liv. I Sverige får metadonbehandling endast bedrivas på särskilda kliniker runt om i landet. Målet är att då missbrukarens sociala och psykologiska situation stabiliserats ska metadonet på sikt trappas ner. Detta medför att det kan bli flera års rehabiliteringsarbete (Johansson & Wirbing, 1999). Dokumentationen om metadon är omfattande och det har framkommit goda effekter av denna form av behandling. Det är hög andel som stannar kvar i programmet, missbruket minskar och de får en förbättrad social funktion. Socialstyrelsen poängterar vikten av att kombinera läkemedelsassisterad behandling med psykosocial behandling för ett lyckat resultat. Trots metadonets dokumenterade effektivitet har det ändå utgjort ett kontroversiellt bidrag vid behandling (www.sos.se).

7.2. Reglerandet av läkemedelsassisterad underhållsbehandling

År 2004 kom socialstyrelsens senaste föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, SOSFS 2004:8 (M).

Syftet med underhållsbehandling är att patienten skall sluta missbruka opiater och få en bättre hälsa samt förbättra sin sociala situation. Behandlingen får enbart ges på en sjukvårdsinrättning som är särskilt inrättad för beroendevård och ska drivas av den kommunala socialtjänsten. Huruvida en patient skall få erhålla denna form av behandling skall avgöras av en legitimerad läkare med ansvar för underhållsbehandling. Bedömningen ska göras efter en personlig undersökning samt i samråd med socialtjänsten (SOSFS 2004:8)

Kriterierna för underhållsbehandling är att:

- Patienten fyllt 20 år och har minst två års dokumenterat opiatmissbruk.
- Denne ska ha förmåga att ta till sig information samt kunna lämna samtycke.

Dock kan det vid synnerliga skäl ges underhållsbehandling till patient under 20 år.

Underhållsbehandling får ej ges om det finns skäl att anta att trots samtycke så kommer behandlingen inte kunna genomföras i enlighet med vårdplanen.

Om annan behandling bedöms tillräcklig finns föreskrifter där man kan neka underhållsbehandling, vidare ska patienten nekas om denne har sidomissbruk som innebär medicinsk risk eller om patienten varit utesluten från underhållsbehandling de senaste sex månaderna. Den sista punkten kan dock bortses vid särskilda skäl med hänsyn till patientsäkerheten. En patient får inte tvingas på behandlingen med exempelvis LVM eller LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård), dock finns möjligheten att erhålla behandlingen på frivillig basis trots att patienten vårdas med tvångsvård (SOSFS 2004:8).

7.3. Vårdplan

För en patient som ska erhålla underhållsbehandling krävs att en vårdplan upprättas.

Utgångspunkten till denna plan är en utredning som görs utifrån en strukturerad metodik och syftar till att ge en samlad bild av personens medicinska, psykologiska och sociala problematik samt behov och förutsättningar. Det är den legitimerade läkaren som ansvarar för underhållsbehandlingen som ska se till att vårdplanen upprättas i samråd med patienten och socialtjänsten. I upprättandet av vårdplanen skall även gemensamt bestämmas de särskilda villkor som ska gälla för underhållsbehandlingen, exempelvis urinprov för kontroll av eventuellt missbruk. Vidare ska vårdplanen innehålla de åtgärder som behövs för att syftet med behandlingen skall uppnås och bestå, de planerade insatser samt delmål i tidsföljd som överenskommit samt även socialtjänstens planerade insatser och dess samverkans former med beroendevården. Vårdplanen ska omprövas minst en gång om året i samråd med patient och socialtjänst. Vidare ska patienten informeras om de beteenden som kan leda till att behandlingen avbryts (SOSFS 2004:8).

7.4. Uteslutning av underhållsbehandling

Uteslutning kan göras om patienten trots särskilda stödinsatser inte kan förmås medverka till att syftet med behandlingen uppnås samt då denne; inte medverkat i behandling mer än en vecka, haft upprepade återfall i missbruk, missbrukar alkohol så pass att det innebär en medicinsk risk, manipulerat urinproven ett flertal gånger, utsatt patienter eller vårdpersonal för våld eller hot om våld eller dömts för narkotikabrott enligt dom som vunnit laga kraft (SOSFS 2004:8).

7.5. Avveckling av underhållsbehandling

En avveckling av underhållsbehandlingen får enbart påbörjas om patientens hälsa och sociala situation stabiliserats samt efter att den ansvarande läkaren samrått med socialtjänst. Avvecklingen ska noga planeras, kontrolleras och dokumenteras, vidare ska den ske successivt och anpassas till det enskilda fallet. Efter avvecklingen skall patienten följas upp i minst ett halvår. Om patienten återfaller i missbruk eller får svår abstinens skall avvecklingen avbrytas och ett nytt försök får göras efter ett års stabilt hälsotillstånd och social situation. Om det görs två misslyckade avvecklingar skall vårdplanen omprövas och målen för behandlingen ses om (SOSFS 2004:8).

8. Historik om Danmarks narkotikapolitik

8.1. Farmakologisk historia

Man har i Danmark försökt reglera lagar gällande apotek, läkare och medicin sedan år 1672. Den första förordningen som genomfördes innebar att den som ville bli apotekare måste genomgå examen. Första gången som missbruk blev dokumenterat i Danmark var år 1883. Då skrev Knud Pontoppidan i sin doktorsavhandling ”Den kroniska morfinisme”, att det fanns för lite kontroll över dem som handskades med morfin. Han menade att läkare var de som var mest utsatta för att utveckla ett morfinmissbruk, då de enligt honom hade ett krävande yrke och dessutom stor tillgång till morfin. Samma år introducerades nya regler som medförde att man bara fick ta ut en gång på recept som föreskrev medicin som innehöll morfin eller opium. Det tycks dock inte ha funnits en problematik kring ämnet bland befolkningen i allmänhet, utan den så kallade ”morfinisme” verkar snarare ha varit ett problem bland sjukvårdspersonal och deras anhöriga. Apoteken fick vid denna tid hade

monopol på de flesta mediciner som skrevs ut av läkare och recepten skulle dateras samt tydligt påvisa om det rörde sig om ett ”starkt medikament”. Opiater fick bara tillredas under en läkares översikt. År 1906 blev Sundhetsstyrelsen upprättad i Danmark och först då fick man möjlighet att förbjuda läkare och apotekare att praktisera sitt yrke om det kunde påvisas att de medförde fara för patienten på något sätt t.ex. på grund av svår sjukdom, psykisk sjukdom eller missbruk av antingen alkohol eller opium. Vid år 1913 infördes en lag som förbjöd privatpersoner att för eget bruk föra in läkemedel i landet (Green, 1991).

8.2. Narkotika och konventioner i Europa och Danmark

Den första opiumkonventionen som hölls år 1912, blev godkänd i Danmarks riksdag först år 1922. Man fastslog då att överträdelse av konventionen skulle straffas med böter upp till 10 000 Dkr eller fängelse. År 1930 fastslogs den andra opiumkonventionen från år 1925 i Danmark, då höjdes straffsatserna för överträdelse och man kunde nu få upp till 20 000 Dkr i böter eller fängelse. År 1936 godkände Danmark den tredje konventionen från år 1931, men det var först vid den fjärde konventionen som hölls år 1936 där det fastslogs att innehav av opium eller kokain skulle vara olagligt. Danmark godtog inte denna konvention då man ansåg att missbruksproblematiken inte var så stor i Danmark. De tidigare konventionerna koncentrerade sig framför allt på tillverkning och export av narkotiska medel (Green, 1991).

Då det nu fanns strängare regler kring opiaterna i Europa, blev det en angelägenhet för läkemedelsföretagen att framställa andra smärtstillande medel. Det första smärtstillande opiatet Petidin blev framställt år 1939. Andra syntetiska opiaterna framställdes under efterkrigstiden, en av dessa var metadon. Vid en konvention som hölls i Paris år 1948 bestämde man att även syntetiska opiaterna och andra medel som var beroendeframkallande och som kunde jämföras med morfin, heroin och kokain skulle underställas konventionen från år 1931. Vid år 1945 registrerades ett ökat missbruk i Danmark då fler personer med missbruk lades in på psykiatrisk klinik än tidigare. År 1949 krävde Sundhetsstyrelsen att varje månad få in listor över de opium-, morfin-, kokain- och amfetaminpreparat samt Petidin som hade ett fastställt minimi innehåll. Dessa listor skulle ha medicinens namn, upplysningar om dess verknings effekter, expedieringsdatum, läkares namn samt patientens namn och adress. Sundhetsstyrelsen fick dessa listor från de lokala amterna som är den danska

motsvarigheten till län. Sundhetspolitiet kunde år 1952 konstatera att det fanns ca 18 000 ”eufomane” i Danmark, ungefär 300 av dessa bodde i Köpenhamn och ca 50 bedrev handel med droger. År 1955 kom en lag som gav böter, frihetsberövning eller fängelse upp till två år för innehav eller försäljning av narkotika. Droger införskaffades under denna tid framför allt genom recept, därmed ansågs inte insmuggling som ett problem. Vidare år 1961 godkände Danmark ”enkeltkonventionen angående narkotiska medel”. Detta innebar att heroin och cannabis blev totaltförbjudna medel i Danmark och kunde inte längre användas för medicinskt eller vetenskapligt bruk. Mellan år 1965-66 hade man i Danmark bara 134 fall av narkotikabrott, 61 av dessa utfördes av personer som var under 21 år (Green, 1991).

8.3. Missbruket ökar och nya lagar införs

I mitten av 1960-talet var det många unga som experimenterade med hasch, LSD och råopium i Danmark. En undersökning visade att 20 % av de unga prövat någon form av narkotika. Man menade att bara 1-2 % av de unga hade allvarliga missbruksproblem och att dessa oftast hade ”sociala problem” sedan tidigare. Dock nämndes inte till allmänheten att dessa procent då utgjorde ca 7000-14 000 personer. År 1968 registrerades den första personen som dött pga. sitt missbruk i Danmark (Green, 1991).

I slutet av 1960-talet blev det modernt att röka råopium. Man menade att missbruket ökade och att de existerande lagtexterna därför inte räckte till. Därför infördes år 1969 § 191 i strafflagen, där man höjde straffsatsen upp till sex års fängelse för innehav och försäljning av narkotika. Intentionen med lagen var att fånga upp de mera ”professionella handlarna” av narkotika. År 1975 höjdes straffsatserna upp till 10 års fängelse. Anledningen till detta var att man menade att drogerna blivit starkare samt förfinade och därmed farligare. Antalet narkomaner stabiliserades under mitten av 1970-talet och man räknar med att det fanns mellan 5000-10 000 injektionsnarkomaner. Dödsfallen fortsatte dock att stiga och år 1980 registrerades 165 narkotika relaterade dödsfall. En av orsakerna till detta menar de danska myndigheterna kan ha varit de pakistanska morfinpillren som då kom ut på marknaden. Dessa innehöll från början ett stabilt innehåll av morfin men i mitten av 1970-talet blev morfinet utbytt av heroin. Dessa nya piller kunde ha ett morfininnehåll som varierade mellan 20-98 % (Green, 1991).

År 1982 kom § 191 a, som kunde ge upp till sex års fängelse för den som tar emot, skaffar sig, förvarar, transporterar, avhämtar, hjälper någon med utbyte eller på annat sätt får vinning av narkotiska medel. År 1990 registrerades 108 narkotika relaterade dödsfall. Anledningen till att dödsfallen minskat ansågs vara att många av de nya missbrukarna använde kokain och amfetamin. Dessa medel innebär inte samma risk för överdos som heroin. År 1990 trädde även FN-konventionen från år 1988 ikraft. Detta innebar bl.a. nya möjligheter för uppspårning, innefrysning och konfiskering av utrustning och egendom som är knutna till narkotikahandel (Green, 1991).

9. Historik om metadonprogrammet i Danmark

9.1. Metadonprogrammets historia

Sedan mitten av 1960-talet har det i Danmark använts metadon vid behandling av opiatmissbrukare. Från början användes medlet främst vid nedtrappning, så att klienten snarast skulle kunna påbörja sin behandling. I Danmark har metadonbehandling varit ett omdiskuterat ämne sedan denna introducerades. För det första har det diskuterats om det är moraliskt och ideologiskt riktigt att använda metadon som substitutionsbehandling eller om metadon bara skall användas vid nedtrappning av ett beroende. För det andra har storleken på den givna metadondosen varit omdiskuterad. Det har upplevts som ett problem att maxdosen styrts på ett centralt plan och inte varit styrd av individens behov för en effektiv metadonbehandling. Oftast har det varit frågan om att ge så liten dos som möjligt till klienten istället för att ge den dos som skulle vara nödvändig för att uppnå den medicinska effekt som eftersträvas. Det önskvärda resultatet för den individuella missbrukaren är att slippa abstinensbesvär, särskilt då en klient som lider av abstinens får fler oönskade återfall. En effektiv metadonbehandling skall ha som syfte att vara under en längre tidsperiod utan att klienten gör avbrott, för att undvika att denne återvänder till sin tidigare destruktiva livsstil (Narkotikarådets anbefalinger, 2000).

Osäkerheten kring läkares sätt att skriva ut metadon till unga missbrukare och behandlingssituationen i övrigt ledde till att en utredningsgrupp sattes in år 1972. Deras rapport ”Metadon i behandlingen af unge stofmisbrugere” kom ut år 1973 och dess slutsatser var att metadon skulle användas restriktivt. De ansåg inte att de goda resultat man

fått i USA med metadonbehandling kunde överföras till danska förhållanden.

Utredningsgruppen menade att behandlingsmöjligheterna och det statliga skydds nätet var betydligt bättre i Danmark än i USA. Vidare uppger rapporten att det kunde ses som problematiskt att ha ett substitutionsprogram med metadon, då det politiska målet var ett drogfritt Danmark. Utredningsgruppen såg utbredningen av metadonprogrammet som ett framtida problem då fler missbrukare skulle se programmet som mer behagligt än andra behandlingar och detta i sin tur skulle leda till en större efterfråga. Slutligen tyckte utredningsgruppen att det fanns risk för att missbrukare tog hem metadon och på så sätt fortsatte i sitt missbruk.

Det var först i mitten av 1980-talet som metadonbehandling blev vanlig i Danmark. Anledningen till detta var att man ville få bukt med HIV/AIDS smitta bland missbrukare. Mellan åren 1980 och 1990 togs fortfarande inte metadonprogrammet på stort allvar från det offentliga sidan. Det blev upp till enskilda läkare huruvida de valde att skriva ut metadon eller inte. Snart kunde både missbrukare och professionella inom missbruksvården med ganska stor säkerhet förutspå vilka läkare som skulle skriva ut metadon och vilka som inte skulle göra det (Narkotikarådets anbefalinger, 2000). Det riktades stor kritik mot detta sätt att bedriva metadonbehandling. Dödsfallen bland missbrukare ökade från 115 under år 1990 till 188 under år 1991. Vid senare undersökning visade det sig att metadon varit inblandat vid 51 av dessa dödsfall. Undersökningar tyder på att dödsfall i samband med metadon kan undvikas om metadonet är en del av ett offentligt kontrollerat behandlingsförlopp (Justitieministeriet, Socialministeriet & Sundhedsministeriet, 1994).

9.2. Förändringar i arbets- och ansvarsfördelning

År 1996 fick amterna ansvar för metadonbehandling samt läkemedelsfri behandling. Samtidigt med reorganisationen föreslogs en åtstramning av ramarna för metadonprogrammet. Målsättningarna för dessa förändringar var att amterna skulle kunna erbjuda individuella behandlingsplaner med möjlighet för flexibla lösningar. Det skulle även finnas kompletteringar i behandlingsutbudet. Ett år efter de utförda förändringarna ville Sundhetsministern att de utvärderades. Detta ledde till en rapport som utgavs av Narkotikarådet. Arbetsgruppen såg positivt på de lagändringar som blivit gjorda men lade

samtidigt fram viss kritik, som bl.a. bestod i att det fanns stora lokala skillnader i amternas metadonbehandlingspolitik. Då amterna nu hade monopol på behandling av missbrukare kunde det vara av betydelse att hålla deras verksamheter under uppsikt. Det fanns därför behov av kriterier för varaktig substitutionsbehandling. Vidare skulle amterna och kommunerna inte lägga så mycket vikt vid motprestationer från individen utan behandlingsplanen skulle göras upp av läkare och socialsekreterare. Slutligen skulle det göras lättare att framföra klagomål och dessa skulle vara mer lättöverskådliga än de varit tidigare (Narkotikarådets anbefalinger, 2000).

10. Dagens narkotikapolitik i Danmark

10.1. Ansvarsfördelningen i missbruksvården

Det är statens uppgift att fastlägga politik och utfärda rättsregler samt att kontrollera utbudet av narkotika genom att finansiera och skapa riktlinjer för polis, fängelser, domstolar och tullverket. Vidare skall man övervaka tendenser i missbruk genom att samordna, utvärdera och utöka den kunskap som finns på området, detta kan bland annat göras genom att forskning främjas. Staten skall även vägleda och råda kommunalstyrelser och amtsråd, men även stå för det internationella arbetet runt narkotika och narkotikapolitik (Sundhedsstyrelsen, 2001). Huvudprinciperna för den Danska narkotikapolitiken är att den kombinerar och avbalanserar:

- Förbud mot icke-medicinsk användning med en effektiv kontrollinsats.
- En varaktig och målinriktad förebyggande verksamhet.
- Ett nyanserat och samordnat behandlingstillbud.

Narkotikapolitiken i Danmark har en dubbel målsättning, att bekämpa drogmissbruk samt mildrande av de skador som förekommer på grund av missbruk. Det förebyggande arbetet skall ske genom samarbete mellan stat, amt och kommun. Sundhedsstyrelsens primära uppgift i det förebyggande arbetet skall vara att stödja det lokala förebyggande arbetet (www.sundhedsstyrelsen.dk). Vidare har Sundhedsstyrelsen det övergripande ansvaret för den narkotikaförebyggande verksamheten i Danmark. Deras uppgift är att följa utvecklingen på narkotikaområdet, vilket innebär bland annat att de skall redogöra för de trender som kan

förekomma inom bruk och missbruk av narkotika samt även kartlägga de skador som kan komma ur ett missbruk. Deras arbete kan innebära att de stödjer kampanjer och annat förebyggande arbete som sker på lokal nivå samt skall de medverka i uppbyggandet av nätverk. Sundhedsstyrelsens arbete är uppdelat på två plan. Dels skall man arbeta övergripande genom att bidra med information om missbruk och framför allt rikta in sig på unga. Dels skall man arbeta individinriktat och då framförallt koncentrera sig på de individer och grupper som ligger i riskzonen för ett framtida drog användande. Narkotikapolitiken i landet bygger således på en balans mellan prevention, vård och kontroll. Det är det förebyggande arbetet som skall prioriteras, detta skall ske på samtliga samhällsnivåer och vara målgruppsinriktat. Det organ som framförallt skall samordna narkotikapolitiken är Sundhedsministeriet. Hälsofrämjanderådet är det organ underställt Sundhedsministeriet som har till uppgift att evaluera den offentliga verksamheten som bedrivs på rusmedelsfältet. Socialministeriet är det organ som ansvarar för behandlingssektorn men de skall även bedriva förebyggande verksamhet inom den sociala sektorn (Kouvonen, 2001).

På den regionala nivån har de 14 amterna, Köpenhamns kommun och Fredrikshamns kommun sedan år 1996 ansvaret för behandling av narkotikamissbrukare. De har möjlighet att köpa sina tjänster från privata aktörer, vars har inneburit ett lyft för de läkemedelsfria behandlingsformerna, som även ökat, då de fått statligt stöd. Amtsrådsforeningen, som är amternas intresseorganisation, fattar avtal med regeringen och folketinget för de 14 amternas räkning. Dessa avtal rör främst deras ekonomi men omfattar även förpliktade behandlingsinsatser och det förebyggande arbete som skall utföras av amterna. De 275 kommunerna har ansvar för de förebyggande-, tidiga- och kontinuerliga insatserna för missbrukare. Vidare skall kommunen under och efter behandlingsförloppet ansvara för att förbättra personliga möjligheter för individer med missbruksproblem genom sina tjänster. Även om amterna skall ha huvudansvaret för behandlingsinsatserna kan kommunen bli delegerad av amtsrådet att sköta uppföljningen, om båda parter blir eniga om att kommunen bäst kan sköta denna del av behandlingen (Sundhedsstyrelsen, 2001). Då det gäller den förebyggande verksamheten skall samtliga amter tillsammans med kommuner och verksamheter utarbeta en sundhetsplan. Missbrukskonsulenter gör det mesta av det förebyggande arbetet i amterna. I kommunerna samarbetar skola, polis och sociala

myndigheter med det förebyggande arbetet. Kommunerna uppmanas vidare från statlig sida att, tillhandahålla professionella som arbetar med barn och unga i behov av särskilt stöd, på det lokala planet arbeta uppsökande med målsättning att nå särskilt utsatta grupper samt utarbeta lokal barn- och ungdomspolitik som skall innehålla obligatorisk drogundervisning och en missbruksorganisation på samtliga orter. De totala insatserna för narkotikamissbrukare har således ökat i Danmark de sista åren (Kouvonen, 2001).

10.2. Målsättningar och rättspraxis

Utgångspunkten är en individuell och behovsorienterad behandling med individuella målsättningar. Drogfrihet är inte alltid målet, då ibland enbart skadereduktion kan vara den omedelbara och realistiska målsättningen. En viktig del av substitutionsvården i Danmark har varit metadonbehandling. Utöver de missbrukare som kan förväntas uppnå drogfrihet genom metadonbehandling, finns det en grupp som på kort sikt är svår att göra drogfri. I denna grupp kan en del leva ett drägligt liv med metadonordination (Sundhedsstyrelsen, 2001).

I Danmark tillämpas en mer liberal narkotikapolitik än i övriga nordiska länder men däremot ger man polisen större befogenhet vid efterspaningar. Det är tillåtet med rumsavlyssning, infiltration i narkotikamiljön samt att provocera fram försäljning av narkotika. Lagstiftningen tillåter även omvänd bevisbörda vid konfiskering i grova narkotikamål. Danmark är även mer liberal då det gäller straffsatser för små mängder cannabis och annan narkotika. Om en person anhålls för första gången och har upp till 10 gram cannabis kommer denne oftast undan med en anmärkning. Innehav eller bruk av annan narkotika ses ej som grovt om personen inte tidigare är känd av polisen. Straffen för handel med tung narkotika är däremot stränga, i dessa fall döms personen alltid till ovillkorlig dom oavsett om personen tidigare blivit straffad eller inte (Kouvonen, Rosenqvist & Skretting, 2001).

11. Metadonbehandling i dagens Danmark

11.1 Metadonbehandling som skadereduktion

Målsättningen med skadereduktion är att minska de skador som ett missbruk för med sig. När man sätter in skadereduktion som insats behöver detta inte innebära att målsättningen är att missbruket minskar eller upphör. Ofta ses skadereduktion som en problematisk och

provocerande insats då man ser denna som ett led i en legaliseringsprocess av narkotika även om det inte behöver finnas en sådan koppling (Skretting, 2001). Behandlingen med metadon ses i Danmark som en välundersökt och väldokumenterad behandlingsform då man använt metadon i snart 40 år på patienter med opiatmissbruk. Substitutionsbehandling tillsammans med en psykosocial efterbehandling innebär psykisk och social stabilisering för patienten både på kortare och längre sikt. Metadonbehandlingen har kunnat fånga upp mer än 50 % av opiatmissbrukarna och kvaliteten på behandlingen ses som god då ca 85 % av patienterna per år väljer att stanna i behandling. Undersökningar visar att för patienter som stannar i behandling reduceras dödligheten till en tredjedel. Vidare minskar den drogrelaterade kriminaliteten markant och risken för blodsmitta reduceras. Undersökningarna visar även att livskvalitén hos patienter i behandling ökar. Det har även registrerats en minskning av psykiska symptom för dessa patienter (Narkotikarådets anbefalinger, 2000).

Narkotikarådet anser att metadonbehandlingen i princip skall vara obegränsad då det är svårt att sätta administrativa tidsgränser på denna typ av behandling men det har satts upp riktlinjer för insatsen. Dessa är:

1. Patienten skall ha ett starkt beroende av opiater. Beroendetillståndet kan definieras genom att minst tre av följande kriterier uppfyllts under en månads tid eller vid upprepade tillfällen under ett år:

- Patienten skall känna ett behov ("craving").
- En försämrad kontroll över intagen, det skall vara svårt att sluta eller minska bruket av drogen.
- Patienten skall känna abstinensbesvär eller använda opiater för att motverka och/eller undvika abstinensbesvär.
- Ökad toleransnivå.
- Drogintaget skall vara dominerande med hänsyn till tid och prioriteringar.
- Fortsatt bruk trots att patienten är medveten om skadeverkningar.

2. Patienten skall på frivillig basis vilja genomgå en långvarig metadonbehandling. Det är av vikt om patienten uttryckt en önskan om att vilja genomgå denna typ av behandling.

3. Det är viktigt att man övervägt andra relevanta behandlingsmöjligheter för att kunna välja den behandling som förmodas vara mest effektiv och minst påfrestande.

Det är även viktigt att nämna att behandling med metadon är en krävande behandlingsform som ofta sträcker sig över en lång tidsperiod. Långvarig metadonbehandling skall därför inte vara det första behandlingsvalet som erbjuds patienten (Narkotikarådets anbefalinger, 2000).

11.2. Brister i den nya metadonbehandlingen

Då amterna övertog ordination och kontroll av metadon år 1996, innebar lagändringen även att social behandling samt metadonbehandling för missbrukare föll under amterna, Köpenhamns kommuns och Fredrikshamns kommuns ansvarsområde. På grund av lagändringen bestämde embetsläkarinstitutionen i Köpenhamn att evaluera effekterna av den nya lagen. Det visade sig att bara en tredjedel av all metadonordination före år 1996 kommit från privata och allmänna läkare. Därför ställde man sig tveksam till om den nya lagen skulle få den effekt som var tänkt, nämligen att man ville få bort metadonordination som inte var knuten till social behandling (Sundhedsstyrelsen, 2001). Tidigare kritik gick ut på att läkarna hade liten eller ingen kontroll över patientens intag av medikamentet och att metadon därför stod för 15-30 % av överdos dödsfallen (Skretting, 2001). Ytterligare fann man i undersökningen att den nya lagen inte medfört restriktiva konsekvenser i Köpenhamn, varken då det gäller intagning till metadonbehandling eller för metadondosering. Annan kritik som fördes fram gentemot den nya lagstiftningen var att om patienten skulle behöva andra morfinpreparat utöver metadon måste denne ändå vända sig till allmän eller privat läkare.

Vidare menade undersökningsgruppen att det inte går att jämföra huruvida förändringen i lagstiftningen påverkat den kriminalitet som är relaterad till drogproblematik då man även före år 1996 haft metadonprogram i Danmark. Undersökningsgruppen ville veta om den nya lagen har haft någon effekt på somatiska och psykiska sjukdomar men fann ingen minskning av dessa efter år 1996. Statistik visar att missbrukare läggs in 4-10 gånger oftare för både vanlig vård som psykiatrisk vård om man jämför med övriga befolkningen. Vidare står det i rapporten att dödligheten bland patienter som blivit ordinerade metadon är hög i Köpenhamn och det har visat sig att trots de stora investeringar som gjorts av behandlingsinsatserna så har

inte dödligheten minskat. Slutligen påpekas i undersökningen att man behöver mer kunskap och förståelse om vilka processer som leder till dödsfall bland missbrukare (Sundhetsstyrelsen, 2001).

12. Sammanfattning av litteraturstudien

Efter att vi redogjort för Danmark och Sveriges narkotikapolitiska historia, de respektive metadonprogrammets utveckling, den aktuella narkotika politiken samt metadonprogrammets nuvarande funktion i de ovan nämnda länderna kan vi se både skillnader och likheter dem emellan. Både i Danmark och Sveriges narkotikapolitiska historia ville man reglera bort missbruket. Då problemet kvarstod valde man i Danmark att skärpa lagstiftningarna än mer, medan i Sverige utifrån ett socialpolitiskt perspektiv blev den hårdnande narkotikapolitiken ifrågasatt. Detta ledde senare till legalförskrivningarna som slutade i ett stort misslyckande. I Sverige medförde detta ännu en förändring i narkotikapolitiken, då arbetet mot narkotikamissbruket skulle bygga på kontroll, narkomanvård och preventiva åtgärder. Dessa åtgärdsformer har sedermera till största delen gällt i Sverige. I Danmark har man numer som narkotikapolitiskt mål att bekämpa drogmissbruket men även att mildra de skador som förekommer på grund av missbruk. Därmed är drogfrihet inte alltid målet, i vissa fall kan skadereduktion vara den enda realistiska målsättningen och en viktig del av substitutionsvården har varit metadonbehandling.

Metadon kom ungefär samtidigt till de båda skandinaviska länderna, under mitten av 1960-talet. I Danmark var metadon omdiskuterat redan från början, medan i Sverige påbörjades behandlingsformen nästan obemärkt. Däremot när opiatmissbruket ökade i Sverige började man ifrågasätta metadonbehandling. Även i Danmark ifrågasattes om metadon passade i det danska samhället. Dels för att de har ett helt annat skyddsnät för missbrukare än USA, men även på grund av att metadon är en drog vilket inte passade in i landets målsättning om ett drogfritt Danmark. I Sverige utvecklades en misstro mot metadon då man började förknippa det med legalförskrivningarna, liksom Danmark ansågs behandlingsformen inte passa in med den rådande narkotikapolitiken. I Sverige centrerades därmed alla metadonbehandling till Uppsala. I Danmark fortsatte det vara upp till varje

läkare om de vill skriva ut metadon. Detta trots undersökningar som tydde på att dödsfall i samband med metadon kunde undvikas om behandlingen blev offentligt kontrollerat.

I Sverige auktoriserades metadonbehandlingen under tidigt 1980-tal då det framkommit goda forskningsresultat, men det var inte förrän mitten av 1980-talet med den uppkommande problematiken med HIV som man började se metadonbehandlingen som nödvändig och utökade programmet.

Numer ses metadonbehandlingen som en väldokumenterad och välfungerande behandlingsmetod av de båda länderna. Båda länderna har klara kriterier som ska uppfyllas för att en klient ska kunna erhålla metadon. Men lagändringen i Danmark, där amterna tar över ansvaret av metadonbehandlingen, har sedermera kritiserats efter en evaluering av lagändringens effekter.

13. Intervju med Mats Svensson, avdelnings föreståndare för Metadonmottagningen i Lund

13.1. Processen in i metadonprogrammet

För närvarande har mottagningen 85 klienter och mängden klienter är beroende på hur stor budget mottagningen får av sjukhuset. I hela Sverige är det ungefär 1000 klienter som går på metadonprogram. När en person vill gå med i metadonprogrammet tar denne oftast själv kontakt med mottagningen eller så sker kontakten via dennes socialsekreterare eller genom en remiss från distriktsläkaren. För att vara aktuell för deltagande i programmet ska man enligt nya föreskrifter vara minst 18 år. Förutom detta ska personen ifråga ha ett dokumenterat opiatmissbruk som inneburit injicering av heroin under minst 4 år.

Heroin måste vara huvuddrog och det är viktigt att klienten lägger ner sitt sidomissbruk.

För att undvika detta tas urinprov regelbundet på klienterna. Efter att klienten uttryckt sin vilja att delta i metadonprogrammet, sätts denne i kö för en utredning, vars väntetid kan ta upp till fyra år. Väntetiden är lång då det är över 100 personer i kö, och det tas enbart in cirka 10 personer per år till programmet. När klienten kommer på tur för en utredning, görs denna av en socionom och en läkare på mottagningen som bland annat undersöker klientens sjukdomshistoria, missbrukskarriär samt inställning till behandling. Efter utredningen görs en bedömning om personen ska gå med i programmet. Om beslutet är positivt skall klienten

kunna komma in i programmet inom en månad efter att ha avgiftas. Om klienten har alkoholproblem kan denne även erbjudas antabus.

13.2. Behandlingen

Då klienten går med i programmet ska denne komma till mottagningen, där denne utses en sköterska och kontakt med en socialsekreterare etableras. Då metadonet sätts in ska det ligga mellan 50-250 mg, beroende på blodplasman. Detta då metadonet i blodet måste ligga mellan två värden, som varken får överstigas eller understigas. Klienten kommer till mottagningen för att ta sin dagliga dos och samtal förs med personalen där klienten talar om hur det vardagliga livet fungerar. Det är även viktigt att en bra kontakt upprätthålls med socialsekreterare och eventuell psykolog. Efter en tid då klienten börjar fungera socialt och uppfattas som pålitlig kan denne få med sig metadondoser hem samt hämta ut doserna på apoteket. Klienten måste dock fortfarande skicka in urinprover tre gånger i veckan, med tiden minskar antalet. Svensson anser att det går bra för de flesta metadonklienter. Resultatet för metadonklienterna kan delas in i tre delar. En tredjedel går det mycket bra för från först början. En tredjedel går det huvudsakligen bra för, men de har emellanåt några återfall. Den återstående tredjedelen har större svårigheter att förbli drogfria och tar då oftast till bensodiazepiner. För vissa i denna grupp vänder det efter ett tag och de kan fortsätta utan större problem i programmet, andra skrivs sedermera ut mot sin vilja. Det förekommer även att klienter trappar ner sitt metadon själva och börjar sälja den resterande dosen för cirka 700 SEK. Då kan det ofta bli till personer som inte har ett opiatmissbruk, vilket kan leda till allvarliga intoxer. En vanlig metadondos som en missbrukare tar är så pass hög att den lätt kan ta död på en ickemissbrukare.

13.3. Viktig skillnad mellan metadon och heroin

Det finns väsentliga skillnader mellan heroin och metadon. Heroin måste tas tre gånger per dag för att hålla personen frisk. Denne pendlar från att må dåligt till en hög kick som sjunker tills personen når botten igen och behöver mer heroin. Personen ifråga ser närmast ut att sova då den är som mest påverkad av heroin. Vidare sker en toleransutveckling och personen måste konstant höja dosen för att nå samma kick. Heroinet måste injiceras vilket leder till att alla blodkärl sticks sönder. Missbruket leder även till att personen utsätter sig för att smittas

av allvarliga sjukdomar som hepatit A, B och C samt HIV/AIDS. Om vi nu jämför heroinet med metadon räcker en metadondos i 48 timmar, under denna tid blir personen varken abstinent eller så pass påverkad att den ser ut att somna. Många uttrycker efter någon månads användning att hjärnan och tankar börjar komma igång. Däremot behåller en metadonpatient en form av hinna mot världen, och kan uppfattas som påverkad. Metadon ger även en viss ångestdämpande effekt vilket äldre klienter tycker är bra då heroinmissbrukare kan ses som hormonellt handikappade eftersom endorfinerna och antistressförsvaret i kroppen förstörts av heroin. Slutligen är en av de viktiga skillnaderna att metadon inte injiceras utan tas oralt.

13.4. Negativt med metadon

Nackdelar med metadon är de medicinska biverkningarna. Klienten går upp mycket i vikt, svettas mycket och blir trög i magen. För kvinnorna är vätskeansamling i kroppen vanlig medan män får problem med impotens. Det manliga problemet kan dock åtgärdas med Viagra. Den lugnande effekten metadon har kan vara bra vid ångest men passar inte de klienter som vill vara pigga. Vidare kan metadon inbjuda till att dricka alkohol och att ta piller då man saknar en kick. Förutom detta är metadon en drog som är lika beroendeframkallande som heroin, men dock mycket svårare att avgiftas från. Det skall också nämnas att en metadonintox är farligare än en heroinintox.

13.5. Svenssons erfarenhet av det danska metadonprogrammet

Svensson menade att hans erfarenhet av Danmarks metadonprogram var att det skiljer sig ganska mycket mellan de olika programmen. Enligt honom har metadonprogrammen gemensamt att klienten i Danmark behåller metadonet trots att denne misskött sig och blivit utskriven från behandlingen. Svensson har uppfattningen att i Danmark fortsätter klienterna ofta att blandmissbruka. Det vanligaste är cannabis som är lugnade och benzodiazipiner som är ångestdämpande, menar han. Det Svensson reagerat på när han varit på studiebesök på något av de behandlingshem med metadon som finns i Danmark var att runt om i närområdet var det fullt med flaskor som tidigare innehållit metadon. I Sverige vill mottagningen ha tillbaka flaskorna som ett sätt att motverka den svarta försäljningen av metadon. Det Svensson tycker är positivt med metadonbehandlingen i Danmark är att de bara har en

väntetid på två till tre dagar medan det i Sverige finns väntetider som är upp till fyra år. Enbart i Köpenhamn går det fler personer på metadonprogram än i hela Sverige.

13.6. Den aktuella samhällsynen på metadon i Sverige, enligt Svensson

Skillnaden som skett på det politiska planet enligt Svensson är att metadonprogrammet förr var kontroversiellt, något som det inte är längre. Samhället har insett att det kan hjälpa missbrukare som är hopplöst fångade i heroin, som kanske annars skulle dött om de inte fick hjälp genom att få metadon. Slutligen tror Svensson att metadon kommer att användas mer i framtiden som behandlingsform. Detta särskilt då det är billigt, (5000 kr/månaden) jämfört med annan behandling. Samhället slipper även kostnader för häkte, fängelse samt andra relaterade variabler som ger en hög samhällskostnad. Enligt en undersökning som Svensson hört talas om kom man fram till att för varje krona som investeras i metadon ges fem kronor tillbaka i vinst för samhället.

14. Intervju med Lau Heideman, chef på X-felt i Danmark

14.1. Hur arbetet går till på X-felt

Lau Heideman som har arbetat inom missbruksvården i 15 år är förnärvarande chef på X-felt som är ett av Köpenhamns kommuns ambulatorier. X-felt tar emot 105 klienter som mest och de flesta av dessa är mellan 30 och 35 år samt har en personalstyrka. Det är ett dagcenter för alla typer av klienter med missbruksproblematik där det även erbjuds metadonbehandling. Vanligtvis blir klienten inskriven på ett dagcenter antingen via sitt socialkontor eller via rättsystemet. Det är vanligt att personer som blivit dömda till ett fängelsestraff väljer att söka behandling. Det ses som positivt om klienten frivilligt valt att gå i behandling och ses då som mer motiverad att vilja förändra sin situation menar Heideman. Om klienten skulle missköta sig under behandlingen resulterar detta i att domen om fängelsestraff verkställs.

På X-felt avgörs vid dörren huruvida en klient skall få lov att komma in eller inte. Inga prover tas och man kan därför inte med säkerhet veta om klienten är nykter eller ej.

Ibland väljer man att släppa in påverkade klienter om man anser att det skulle vara värre för dem att bli bortskickade. Heideman väljer att lita på sina klienter men är medveten om att han ofta blir lurad. Skulle det upptäckas att klienten lurat personalen och tar heroin resulterar detta i att klienten inte längre får metadon.

14.2. Behandlingen

När klienten kommer till X-felt blir denne tilldelad två behandlare och en psykolog. Till ambulatoriet kommer klienterna för att hämta sin medicin och få terapi. Klienten går både i enskild terapi och gruppterapi och det varierar hur ofta de kommer till X-felt. I början går de flesta klienter varje dag och med tiden avtrappas besöken. På X-felt bestäms den lämpliga dosen metadon för varje enskild individ och sedan diskuteras inte medicinen och dosen vidare om det inte är nödvändigt. På X-felt arbetar de lösningsfokuserat och koncentrerar sig på det positiva i klientens tillvaro. Han menar att det är viktigt att klienten skall gå ifrån samtalet med en bra känsla inombords och få bättre självkänsla och självförtroende samt ett större hopp inför framtiden. Han lämnar de svåra samtalen till personer med utbildning i hantering av denna typ av problematik.

14.3. Positivt med metadon

Heideman är positiv till arbete med metadon i substitutionsbehandling. Han menar att klienter dels kan lockas till behandling med metadon och samtidigt få ett stabilare liv där de slipper att konstant jaga efter pengar till heroin. Många kvinnor som tidigare behövt prostituera sig för att få tag i pengar slipper försätta sig i denna typ av ofta farliga och obehagliga situationer. Det är även bättre för den övriga befolkningen att opiatmissbrukare får metadon då kriminaliteten minskar och människor känner sig säkrare på gatorna menar Heideman. Han tycker inte att det är realistiskt att antaga att alla med ett drogmissbruk skall bli drogfria. Han beräknar att av de ca 3000 heroinmissbrukare han träffat under sina 15 år inom missbruksvården har ca 50 blivit drogfria. Heideman tycker att metadon är det bästa sättet att arbeta med opiatmissbrukare.

14.4. Negativt med metadon

Heideman understryker att det är mer positivt än negativt att erbjuda klienter metadon. Som negativt nämner han den illegala handel som pågår med metadon i Danmark och framförallt Köpenhamn. Detta medför att personalen ofta kommer i diskussioner med polisen om metadon som beslagtogs kommit från X-felt eller från något annat ambulatorie. Han menar att det är svårt att göra något åt problemet.

Även om Heideman anser att det är bra att den enskilde individen kan gå till apoteket och själv hämtar ut sitt metadon medger han att klienters benägenhet att fuska med sig metadon ut ur behandlingshem leder till att metadon säljs olagligt i Danmark. Ibland har det även hänt att en klient går till andra behandlingsställe för att hämta ut metadon, trots att Heideman ringt och meddelat de andra behandlingsinstanserna att klienten går på X-felt och att de skall avvisa denne. Heideman visar även en oro för alla de unga som är nyfikna och vill prova preparatet då de lätt kan fastna i ett missbruk. Ytterligare negativa aspekter med metadon är enligt Heideman biverkningarna. Han skulle hellre ge ett antal klienter heroin än metadon. Dessa klienter ligger enligt Heideman på enorma doser metadon som man vet att de kommer att dö av då metadon är osunt för kroppen. För att hålla dessa klienter vid liv menar han att de borde få tillgång till heroin för att rädda deras liv då det enligt hans mening är sundare för klienten.

14.5. Skillnader efter lagändringen år 1996

Vid tillfrågad om han märkt någon skillnad i narkotikapolitiken efter lagändringen år 1996, menar Heideman att han inte upplever någon större skillnad i hur man arbetar med missbruksproblematiken, men tycker att det blivit slappare regler runt metadon. Det är fler som får metadon, doserna varierar kraftigt mellan behandlingsinstitutionerna och metadon blir mer och mer självklart i Danmark menar han.

15. Intervju med Jonas Turesson, socialsekreterare på Stadsdelsförvaltningen Södra Innerstaden (SDF) Enhet för vuxna i Malmö

15.1. Hur går processen till när en klient vill gå med i metadonprogrammet?

När en klient intresserar sig för att gå med i metadonprogrammet ställer denne sig i kö för utredning. I Malmö är denna kö ungefär på två år. Då utredningen ska påbörjas kontaktas en socialsekreterare som jobbar med missbruk. Denne hjälper till med frågor som boende, sysselsättning och stöd. Socialsekreteraren gör en utredning över klienten som presenteras för personalen som arbetar på metadonprogrammet. Denna utredning kan göras med hjälp av ASI - Addiction Severity Index (ett strukturerat frågeformulär) eller genom att socialsekreteraren fört fram fakta över de tidigare behandlingar som klienten försökt genomgå. Det har kommit nya föreskrifter från och med i år gällande samarbetet mellan

metadonprogrammet och socialtjänsten. Tidigare var kontakten inte så stor utan socialsekreteraren hjälpte mest till med yttranden, nu ska socialsekreteraren närvara vid rond på sjukhuset, något Turesson anser är onödigt.

15.2. Positivt och negativt med metadon

Det positiva med metadon är att det räddar liv och man vinner tid menar Turesson.

Med detta menar han att klienten får tid att jobba med sig själv och sitt missbruk.

Livet får stabilitet vilket bl.a. innebär att skola, boende och jobb ordnas upp. I bästa fall får klienten ett nytt socialt nätverk, vilket minskar risk för återfall som i sin tur minskar risken för utskrivning ur programmet. Det viktiga enligt Turesson är att klienten får ordning på sitt liv och efter fyra till fem år kan skillnaden vara väldigt stor. Det ger vinster både för samhället och för individen, menar han.

Det negativa med metadon enligt Turesson, är att ett opiat ersätts med ett annat.

Kroppen fortsätter att underhållas med droger, vilket gör det till ett aktivt missbruk.

Det är även en svår moralisk fråga huruvida staten skall ge gratis narkotika. Turesson har personligen gått från att vara helt negativ till metadon till att bli mer och mer positiv då han sett behandlingsresultaten, dock anser han fortfarande att total drogfrihet ska eftersträvas.

Enligt Turessons erfarenhet har 12 stegsbehandlingen varit den behandlingsform som gett bäst resultat för missbrukare. Särskilt för dem som efter behandlingen aktivt engagerar sig i NA (Anonyma Narkomaner). Han menar att oftast har de klienter som vid fler tillfällen misslyckats med 12 stegsbehandlingen senare velat ta del av metadonprogrammet. Han har haft 30 egna klienter som deltagit i metadonprogrammet, men då kontakten brutits med dessa vet han inte om de någonsin har blivit helt drogfria. Det kan uppfattas som att man ger upp hoppet om att klienten kan få ett liv helt utan droger om man erbjuder metadonbehandling som alternativ, menar Turesson. Det är än värre om socialsekreteraren skulle säga att klienten är ett hopplöst fall och därmed får fortsätta med heroin, tillägger han. Metadon är ändå en genväg, som kan ge ett bra resultat, dock ändå en drog. Värst är då klienten själv har gett upp hoppet och ser sig själv som ett hopplöst fall. Då är det väldigt svårt att kunna hjälpa, menar Turesson.

15.3. Vilka lyckas bäst komma ut ur sitt missbruk?

De som lyckas bäst med att bryta sitt missbruk är i åldern 25-40 år och dessa klienter har tröttnat på missbrukets konsekvenser och hittat motivation av att det finns annat att kämpa för. Turessons erfarenhet är att det avgörande är hur mycket klienterna själva är beredda att satsa på att komma ut sitt missbruk och vilken motivation de har. Det är oftast de som verkligen har försökt sluta som efter ett flertal misslyckade försök kommer att tänka på metadon. Turesson menar sig se att allt fler klienter, nu till skillnad från förr, föreslår substitutionsbehandling som en av de första behandlingsformerna. Det har även blivit svårare att komma in på metadonprogrammet de senaste åren. Idag är kön på två år och den kommer att bli längre eftersom man inte bygger ut programmet, trots att fler människor söker till det. Anledningen till den växande efterfrågan är att heroinmissbruket ökar i Sverige.

15.4. Attityden gällande skadereducering har ändrats

Turesson menar att opinionen angående substitutionsbehandling vänt. Riksdagen har påverkats av sina väljare och därmed har socialstyrelsen, som styrs av riksdagen fått ändra sina direktiv. Turesson menar dock att värderingar gällande skadereducering skiljer sig åt i de olika partierna beroende på hur man ser på missbruk och missbrukare. Mobilisering mot narkotika, som är regeringens mobiliseringsplan mot droger, har börjat ställa sig mer positiva till substitutionsbehandling och även sprutbytet. Däremot har Hassela och Riskförbundet narkotika fritt samhälle (RNS) ställt sig negativa till substitutionsbehandling från första början och höll under 1970-talet och 1980-talet den aktivt negativa debatten avseende bland annat metadon. De påverkade även på den tiden politikerna och utövade hårda påtryckningar för att stoppa utvecklingen gällande vad de såg som en liberalisering av narkotikapolitiken. De var del i en folkrörelse på den tiden, men som nu inte alls är lika stor. De är fortfarande negativt inställda men har inte samma gehör hos politikerna som förut menar Turesson.

15.5. Turessons erfarenhet av Danmarks metadonbehandling

I Danmark kan en klient erhålla metadonbehandling mycket snabbare än i Sverige. Att det är så pass annorlunda i Danmark beror på att de har en vårdgaranti, men det är inte alltid den håller. Med anledning av dessa skillnader har det hänt att svenska socialsekreterare har skickat svenska klienter över till Danmark för metadonbehandling. Detta är väldigt

kontroversiellt då rättsläget är osäkert om detta verkligen får göras rent juridiskt. Klienten pendlar då dagligen mellan Malmö och Köpenhamn. Vidare skiljer sig vården då det i Danmark fås även tillgång till benzodiazepiner och det är fler platser då det finns många kliniker. I Danmark kostar metadonbehandlingen 3500 kronor per månad, så samhällsvinsten är stor.

16. Intervju med Karen-Margrete Jørgensen, sjuksköterska och projektkoordinator i Danmark

16.1. Jørgensens arbetsuppgifter

Jørgensen har arbetat inom missbruksvården i nio år. Tidigare har hon bl.a. arbetat med HIV smittade missbrukare. Det nuvarande projektet som Jørgensen arbetar med går ut på att förebygga oönskad graviditet och minska sexuellt överförbara sjukdomar bland missbrukande kvinnor. Hon koordinerar insatserna vid olika ambulatorier och rådgivningscentra. Hennes huvuduppgift är att gå in i dialoger med kvinnorna och tala om könssjukdomar och prevention.

16.2. Hur metadon används i Danmark

Jørgensens upplevelse är att patienterna ofta vill ha mer och mer metadon, och att olika behandlingscentra har olika regler kring metadon och framför allt storleken på doserna kan variera kraftigt. Hon menar att det skiljer sig mycket på Västjylland, Fyn och Östjylland där Fyn är mer restriktiv med metadon och ger inte fullt så stora doser som i resten av Danmark. Maxdoserna kan skilja mellan 160 ml upp till 260 ml. Detta är något Jørgensen ställer sig kritisk mot. Hon personligen skulle inte vilja ge mer än 120 ml per dag och tror att många missbrukare använder höga doser av metadon som en trygghet och tröst. Jørgensen anser att metadon endast skall användas för att eliminera abstinens och sakta borde trappas ner. Missbrukaren skall inte delta i avgörandet av en rimlig dos utan dosen skall bestämmas på riksnivå och enligt vad forskningen säger om dosis, anser Jørgensen. Vidare tycker hon att det alltid skulle finnas någon form av social insats till dem som får metadon som komplement så det inte enbart är en medicinsk behandling. I Danmark diskuteras enligt Jørgensen enbart hur man skall ge klienterna metadon, om de skall tvingas hämta sitt metadon varje dag på ambulatoriet eller om de själva skall kunna ta ut medicinen på apotek.

Personligen anser hon att det är acceptabelt att klienterna hämtar ut sin medicin på apotek men hon menar att det är viktigt att man har tät kontakt med dem pga. alla de risker och problem som finns runt metadon som byte av metadon mot andra droger, att patienten injicerar medlet osv. Det är hennes uppfattning att man skulle kunna undvika dödsfall om man fick bort det illegala metadonet från gatorna och önskar att det gjordes mer för att lösa detta problem. Ofta lurar patienten sin läkare och påstår att de behöver större doser än vad de egentligen gör för att kunna sälja det som blir över eller byta bort det mot en annan drog. Detta menar Jörgensen skulle kunna undvikas om det fanns av direktiv som behandlingsställena var tvungna att följa.

16.3. Subutex en bättre substitutionsdrog

Jörgensen skulle vilja att man införde mer subutex i missbruksvården därför att metadon gör patienterna avtrubbade. Om man lyckades ändra missbrukarens inställning till mediciner och droger i de fall klienten inte föredrog att vara avtrubbad menar hon att subutex skulle vara mycket bättre. Hon har haft patienter som upplevt att de vaknat upp efter att ha övergått från metadon till subutex. De beskriver det som att opiumdimman försvunnit. Hon menar att subutex används mindre inom missbruksvården i Danmark därför att det är mycket dyrare än metadon. Däremot anser hon att metadon fungerar bättre för de patienter som har någon form av psykisk sjukdom men är osäker om det finns något bevis för detta.

16.4. Metadon kontra heroin

I Danmark diskuteras det huruvida man skall byta ut metadon mot heroin för en viss typ av missbrukare något Jörgensen inte alls tror på. Hon anser att det vore fel av staten att ge fritt heroin då det finns en annan syn på heroin än metadon. Metadon är accepterat som medicin medan heroin är en tung drog som är och borde förbli totalt förbjuden enligt Jörgensen. Enligt henne är diskussionen snedvriden då man ofta inte talar om sidomissbruk, problem med att injicera, storleken på dosen osv. Jörgensen menar att om staten skulle ge fritt heroin har de gett upp tron på människan. Om staten gav dem heroin skulle de ändå fortsätta att jaga droger och större doser. Statens mål borde vara att bryta denna trend och försöka rikta in missbrukaren på en annan typ av liv, anser Jörgensen.

16.5. Positivt med metadon

Det hon tycker är positivt med metadon är att patienterna slipper abstinenssymptom och kan därmed skapa en stabilitet i sitt liv som många av dem inte haft på länge. Ur en behandlingssynpunkt anser hon att det finns stora vinster med att använda sig av substitutionsbehandling.

16.6. Skillnader efter lagändringen 1996

Jörgensen menar att det förut fanns mer regler och att det var svårare att erhålla metadon. Bara de senaste fem åren anser hon att kontrollen av läkemedelsutskrivning när det gäller tabletter och metadon har blivit sämre. Hon menar att det är alldeles för lätt för missbrukare att få metadonbehandling vilket gör det lättare för den enskilde missbrukaren att fuska. Jörgensen menar att man inte får glömma att det är missbrukare man arbetar med och de har en annan syn på vad som är acceptabelt när det gäller medicin.

17. Intervju med Per-Olof Olofsson, politiker för Socialdemokraterna i region Skåne, Malmö

17.1. Allmänt kring arbetet med metadon

Olofsson är finansiär för all verksamhet inom sjukvården i Malmö. Den verksamhet som ska prioriteras ekonomiskt inom sjukvården bestäms av nämnder och politiker. Gällande subutex skall det bli hårdare restriktioner då det funnits en problematik med att medicinen kommit ut på svarta marknaden. Däremot anser Socialstyrelsen att metadonprogrammet ska prioriteras, något som därmed görs menar Olofsson. Förut var det ett bestämt antal som fick delta i metadonprogrammet, men utifrån de nya föreskrifterna som kom i början av året ska alla som vill och uppfyller kriterierna erbjudas plats. Detta medför att verksamheten kommer att utöka, därmed ska lokalen för Malmös metadonmottagning bli dubbelt så stor. Det skall även bli fler platser på avgiftningen och inom slutenvården för metadonklienter som väntar på metadonbehandling. För att klara utbyggnaden av metadonprogrammet, har Malmö fått sex miljoner kronor extra som ska användas till dessa ändamål. Utan dessa pengar tror Olofsson att sjukhuset inte valt att bygga ut mottagningen. Enligt uppgift som Olofsson fått från Beroendecentrum finns 1200 aktiva heroinmissbrukare i Malmö. Utav dessa uppskattas hälften vara motiverade att bryta sitt missbruk. Beroendecentrum har även gjort en

utvärdering av verksamheten som Olofsson tagit del av, där resultatet tyder på att metadonprogrammet fungerar förhållandevis bra.

17.2. Positivt med metadon

Olofsson menar att om en klient känner sig motiverad till avgiftning så blir valet att genomföra detta enklare genom att denne kan erhålla metadon. Vissa av de individer som genomgår metadonprogrammet klarar sedermera av att leva ett drogfritt liv. Andra klarar inte detta och får metadon resterande tid av livet. Olofsson anser även att verksamheten måste ha gett goda resultat, då Socialstyrelsen annars inte skulle prioritera metadonprogrammet. Metadonprogrammet behövs för att det kan leda till att klienten slutar missbruka. Annars kan det leda till väldigt stora kostnader inom slutenvården. Därmed anser Olofsson att det är viktigt att de dyra läkemedelskostnaderna sak betalas centralt i regionen och inte av respektive nämnd eller sjukhus då det annars belastar andra patientgrupper. Detta ska bli verklighet från januari 2006.

17.3. Negativt med metadon

För sjukvården blir det en ekonomisk belastning, men utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv ger metadonprogrammet en vinst. Olofsson anser att det inte finns något negativt med själva metadonet, men att pengarna även kunnat läggas på något annat såsom på cancerpatienter. Därför är det bra att region Skåne gett dessa 6 miljoner kronor till Malmö, då de annars hade tagits ur någon annan verksamhet. Olofsson uppskattar att metadon är ungefär hälften så billigt som subutex, vilket är en medicin som kostar 100 000 kronor om året per person. Metadon är visserligen billigare, men då det ofta är en livslång behandling kan summan bli väldigt hög i längden. Olofsson hoppas att klienten får möjlighet att studera eller får ett arbete, så att denne så småningom betalar in skatt till samhället.

17.4. Olofsson erfarenhet av den danska metadonbehandlingen

Olofsson känner inte till så mycket om Danmarks sätt att handskas med metadon. Ändock har han fått uppfattningen om att medicinen är mer tillgänglig i Danmark än i Sverige. Han känner även till att Danmark har en stor problematik med svarthandel av metadon

Olofsson har uppfattningen att det är billigare läkemedel i Danmark. Även känner han till att det finns en skillnad i hur man ger subutex till sina klienter. I Sverige krossas tabletten innan den ges till klienten, medans i Danmark ges tabletten ut hel vilket kan leda till att man lättare kan smussla med medicinen, tror Olofsson.

17.5. Hur har narkotikapolitiken påverkat metadonprogrammet

Olofsson vet inte om narkotikapolitiken har påverkat metadonprogrammets verksamhet i Sverige. Han tror att det är bättre att ha missbrukare under uppsikt då de annars kan vara mycket kostsamma för samhälle, med tanke på de brott som denna grupp gör sig skyldiga till. Vidare anser Olofsson att det ökande alkoholmissbruket är det mest kostsamma ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Alkohol leder till stora kostnader inom sjukvården och gör därmed större samhällelig skada än narkotika, samt är det svårare att bekämpa då alkohol är socialt accepterat.

18. Intervju med Frank Hedegaard, politisk narkotikaordförande för Socialistisk Folkeparti i Danmark

18.1. Diskussion kring metadon

Frank Hedegaard anser att metadon är ett acceptabelt läkemedel som skall eliminera biverkningar och se till att opiatmissbrukare inte har något sidomissbruk. Han menar att de flesta som får metadon trots detta i mellan åt berusar sig. En del av missbrukarna hjälps av metadonet och vissa har kommit helt ur sitt missbruk pga. det. Hedegaard menar att diskussionen kring metadon kan läggas på olika nivåer. Ses det från missbrukarens sida är det att föredra metadon som medicin därför att missbrukaren då slipper att jaga efter pengar till droger. Metadonet har dock en del biverkningar som Hedegaard anser vara oacceptabla. Metadon är tänkt att ges regelbundet under många år men man vet också att om medicinen används på detta sätt kommer det med tiden att påverka hjärtfunktionen. Hjärtklaffarna fungerar inte som de skall på klienter som tagit metadon i runt 30 år. Om klienten får heroin tar kroppen inte skada på samma sätt, utan de skador som heroinmissbrukare ådrar sig har ofta att göra med intagningsättet. Ofta rör det sig om infektioner i samband med injicering. Skulle en person som intagit heroin oralt obduceras skulle det enligt Hedegaard inte finnas några kroppsliga skador. Han anser samtidigt att det idag i Danmark är alldeles för många

som får metadon. Han skulle hellre se att fler fick en annan typ av behandling. Eventuellt ska metadon användas som en övergångsmedicin i denna behandling men skall ej innebära att klienter ska gå på metadon i 30 år. Metadon är trots allt utvecklat till att vara ett smärtstillande medel, menar Hedegaard. Det viktiga med metadon eller annan substitutions behandling är att man lindrar missbrukarens smärta. Om missbrukaren är tillfredställd är det lättare att arbeta pedagogiskt med denne så att han eller hon får möjlighet att komma ut i arbetslivet utan abstinens. Han anser att det finns missbrukare som bär på en smärta som de inte klarar av att bära utan substitutions behandling.

18.2. Narkotikapolitikens påverkan på metadonbehandlingen

Ungefär 40 % av missbruksvårdens pengar går till metadon i Danmark i dag då detta är en billig behandling jämfört med andra typer av behandlingsformer. Denna utveckling anser Hedegaard är oroväckande eftersom det inte heller finns någon forskning som styrker att pengarna borde fördelas på detta sätt. Hedegaard anser att andra typer av behandlingsformer inte evalueras tillräckligt och ofta görs inte jämförelsen med metadon på samma nivå. På politisk primärnivå försvaras metadon behandling genom att det är ett billigt alternativ som ger och har gett goda resultat samt att man genom att erbjuda metadon håller vårdgarantin på 14 dagar.

Hedegaard menar att det står i cirkuläret från Sundhedsstyrelsen att metadonbehandling endast skall kunna ges som en del i en annan behandling således inte som en självständig behandling samt enbart under en kortare tid. Det finns missbrukare som fått metadon i 30 år, och detta kan knappast uppfattas som en kortare tid menar Hedegaard samt ges metadon på vissa ambulatorier som en enskild behandling trots att detta strider mot Sundhedsstyrelsens yttrande. Hedegaard tar upp även politikerns moraliserande av metadon och hur diskussionen förs i Sverige kring medicinen. Han menar att det är absurt att missbrukare kommer till Danmark för att köpa illegalt metadon med anledning av att de förvägras hjälp på andra sidan bron. Hedegaard har föreslagit i folketinget att man som försök skulle ge heroin till en utvald grupp av missbrukare som har ett tungt missbruk för att se om detta skulle vara till större hjälp för dessa individer. Han blev angripen från alla håll däribland av sundhetsministern som dagen efter förslaget gick ut i media och uttalade att han definitivt var emot fritt heroin.

Hedegaard menar att det ofta blir diskussioner av detta slag som är helt onödiga och som överhuvudtaget inte har med verkligheten att göra. Han önskar heller inte att heroinet skall bli lagligt utan menar att det vore intressant om studier kunde jämföra heroin och metadon under kontrollerade former.

18.3. Skillnader efter lagändringen år 1996

Hedegaard tror inte att de nya lagarna gjort någon större skillnad. Han anser att de senaste åren har metadon behandlingen blivit mer och mer accepterad som behandling. Från att ha varit en försöksbehandling har den under kort tid blivit en allmänt erkänd behandling som alla kan få och ingen kan dock förklara varför så många ska ha metadon.

19. Intervju med Rita Hjälms, kurator på metadonmottagningen i Malmö

19.1. Hjälms arbetsuppgifter

Hjälms har varit med och startat upp metadonmottagningen i Malmö för 13 år sedan. För ett år sen blev hon sjukskriven för en tid. Då hon återvände till sitt arbete hade hennes arbetsuppgifter ändrats något. Förut hade hon enbart jobbat med personer som gick på metadon, nu har hon även hand om narkotikamottagningens patienter som befinner sig på en angränsande byggnad, då metadonmottagningen och narkotikamottagningen ska slås ihop. Detta innebär att hon numer har ett flertal klienter som genomgår avgiftning samt klienter som har varit avgiftade under en längre tid. Behovet av stödsamtal uppkommer då detta är en klientgrupp som ofta har tidiga känslomässiga störningar, enligt Hjälms. Det är dessa störningar som kan ha gett upphov till att klienterna har förmåga att sticka sig själva med nålar, anser Hjälms. Hjälms har haft vissa av sina klienter under flera år och då vissa av klienterna har svårt med separationer och då metadon oftast är en livslångbehandling ser Hjälms ingen anledning att avbryta relationen.

19.2. Processen in i metadonbehandlingen

När en klient vill gå med i metadonprogrammet får denne träffa läkare och kurator. I detta skede har kuratorn rollen som utredare. Under utredningssamtalet skall kuratorn lyssna efter om kriterierna om godkännande av klienten uppfylls. Det är även kuratorns uppgift att höra efter ifall straffrättsliga åtgärder väntar klienten, då denne isåfall inte är aktuell för

metadonbehandling. Vidare ska klienten ha kontakt med en social sekreterare inom missbruksfältet. Efter utredningssamtalet ska klienten, om denne uppfyllt kriterierna, komma på ytterligare ett utredningssamtal hos kuratorn. Där görs en översikt av patientens missbrukskarriär, där det i huvudsak ses huruvida klienten nyttjat mycket benzodiazepiner, då många åker ut ur programmet på grund av sidomissbruk av detta preparat, men även en intervju om dennes bakgrunds historia. En fråga Hjälms anser viktig är hur klienten upplevde sitt första drog rus. Hon menar att narkomaner inte är offer för heroinet, utan de tycker ruset är underbart. Det missbrukaren vill slippa är de konsekvenser drogmissbruket för med sig som prostitution och kriminalitet. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att de lyckas överleva med stora inre sår med drogens hjälp, menar Hjälms. Efter utredningssamtalet kontaktas socialsekreteraren som då påbörjar sin utredning.

När utredningen är klar och patienten har avgiftats samt lämnat tre rena urinprov ska denne komma till mottagningen för att påbörja sin behandling. Att all personal ska lära känna klienten är viktigt om konflikt skulle uppstå, då klienten har lättare att agera ut vid konflikt med personal som denne inte har en relation till, anser Hjälms. Detta är en av anledningarna till att metadonprogrammet inte ska ha för många klienter. Många heroinister reagerar dock introvert vid konflikt med att bestraffa sig själva, detta görs med att det återupptar ett sidomissbruk som leder till utskrivning

19.3. Positivt med metadon

Metadon gör att de kan få ett skapligt liv och samtidigt behålla den skyddande glaskupan mot världen, som Hjälms tror att många missbrukare behöver för att få en dräglig tillvaro.

Då Hjälms tror att ångest kan ge upphov till psykiska sjukdomar, menar hon att metadonet hindrar vissa klienter från att bli psykiskt överbelastade. Det bästa menar hon är om klienterna kan lära sig att hantera sin ångest, hon har övningar för de klienter som är villiga att försöka arbeta bort sin ångest.

19.4. Negativt med metadon

Hjälmmenar att metadon lätt blir en drog bland alla andra droger klienten är beroende av. Vissa klienter menar att samhället har gjort dem beroende av ännu ett preparat och då via projektion skjuter ifrån sig ansvaret. Detta trots att klienten ibland medvetet gått in i behandlingen för att komma åt ännu ett medel för att döva sina sinnen. Att metadon har många biverkningar anser Hjälmm också är problematiskt.

19.5. Samhällets syn på metadon

Samhällssynen avseende metadon har förändrats mycket. Det har blivit två läger, de som tycker metadon är bra och de som inte alls tycker det borde användas. Humanisterna anser att missbrukare ska ha tillgång till substitutionsbehandling, annars är risken för stor att de dör. Detta är något som Hjälmm inte håller med om. Vissa gör ett aktivt val att fortsätta missbruka trots risken att de blir utskrivna. Om en missbrukare dör av överdos kan detta också vara ett aktivt val, menar Hjälmm. Oftast är det tabu att tala om självmord bland missbrukare, men det existerar. Hon menar att de själva är duktiga på att veta exakt hur mycket deras kropp tål av drogen.

19.6. Hjälms erfarenhet av den danska metadonbehandlingen

Hjälmm känner till att Danmark arbetar utefter ett flertal modeller beroende på behandlingsställe. Det finns en modell som hon är motståndare till. Det är en form av trappstegssystem där man först hamnar på ett vanligt ambulatorie och får efter hand större frihet och kan ta med sig metadondoser hem. Visar det sig med tiden att man inte klarar av att ta det ansvaret så hamnar man på ett annat behandlingsställe med andra missbrukare som inte heller klarar av den typen av ansvar. Denna typ av bestraffningssystem är Hjälmm totalt emot, där man kan hamna bland de lägsta av de lägsta. Hjälmm kallar detta för att det uppstår ett A och B lag, där personalen inte bryr sig trots att de påstår motsatsen. Denne uppfattning framställs som human men är enligt Hjälmm ultra liberal. Det kan lätt uppfattas av missbrukaren att denne inte är värd att satsa på, och detta får inte ske menar hon då hennes uppfattning är att dessa människor absolut är värda att satsa på.

20. Analys

Vi kommer att redovisa de sju intervjuer vi gjort i en sammanfattad version för att ge en nyanserad bild av de skillnader och likheter som finns av de respektive metadonprogrammets nuvarande funktion och vad de olika yrkesgrupperna har för syn på metadon, metadonbehandling och den narkotikapolitik som förs. Utifrån intervjuerna har vi uppfattat skillnader mellan Danmark och Sveriges syn på metadon och metadonbehandling.

I Danmark finns en vårdgaranti som tillsammans med ekonomiska faktorer gör metadonbehandling till en behandlingsform som både tjänstemän och politiker prioriterar. Det anses vara en väldokumenterad och fungerande behandling som många får erhålla. I Danmark talar man om att substitutionsbehandling skyddar det övriga samhället från narkomanen, med de negativa aspekter som medföljer såsom, brott, kanyler osv. Detta är däremot inte ett vanligt argument i Sverige bland personal som arbetar med denna behandlingsform. I Danmark har man gått ett steg längre än i Sverige då det gäller diskussioner kring missbruksvård då man funderar på att göra ett försök att ge heroin till missbrukare för att rädda liv. Diskussionen i Danmark handlar inte längre om metadon skall användas som substitutionsbehandling utan snarare på vilket sätt metadon skall ges. Det var angående detta som kritiken handlade om år 1996 då forskning visade att praktiserande läkare skrev ut metadon utan att de satte in tillräckliga kontrollinsatser. Vidare meddelades det att amterna skulle kunna erbjuda metadon tillsammans med individuella behandlingsplaner och mer flexibla lösningar. Detta sågs som bättre för den enskilde missbrukaren.

I Sverige är metadon mer accepterat idag än tidigare. Ett bevis på detta ser vi genom att Malmö sjukhus fått sex miljoner kronor för att bygga ut sitt metadonprogram. Sverige har emellertid inte samma problematik med en stor svart marknad gällande substitutionsmediciner, det är dock inte lika många som får substitutionsbehandling som i Danmark. Reglerna för att kunna erhålla metadonbehandling är mycket restriktivare i Sverige än Danmark då det bl.a. ses det som allvarligt att under behandling ha ett sidomissbruk.

I de båda länderna är personal medveten om vikten av den narkotikapolitik som förs. Både Sverige och Danmark är mer liberala i sin syn på metadonbehandling än de var för 15 år sedan, men i Danmark finns en större tilltro till metadonbehandling än i Sverige. Det finns viss kunskap i Sverige om Danmarks metadonprogram och vice versa då det gjorts studiebesök till grannlandet för att få en annan syn på metadonbehandling. Personalen som gjort dessa besök menade att synen på narkotika, klienten och substitutionsbehandling skiljde sig markant åt mellan Sverige och Danmark och de hade svårt att förstå varandras syn på substitutionsbehandling. Heideman beskrev det som att personalen från de respektive länderna talade förbi varandra.

21. Diskussion

Det kan ifrågasättas om det överhuvudtaget är realistiskt att reglera bort användandet av droger. Samhället och staten bör ta ställning i frågan men de straffrättsliga åtgärderna kan oftast ifrågasättas. Vi menar att för individer som har ett missbruk är straff inte en riktig åtgärd. Däremot skall regelbrott få konsekvenser, frågan är hur dessa skall ge individen möjlighet till att bryta sitt destruktiva beteende. Å andra sidan är det lika förödande att låta en individ som har ett missbruk få fri tillgång till droger, då vi tycker detta är att uppmuntra till fortsatt missbruk. Det är viktigt att staten markerar att den inte accepterar ett negativt beteende samtidigt som den hjälper individen. Balansen är svår att finna och det handlar mycket om politisk tillhörighet. Hur mycket skall staten hjälpa och hur mycket skall den styra?

Att som i Danmark mildra individens skador som denne fått genom sitt missbruk tycker vi är bra. Det vi ifrågasätter när det gäller skadereduktion är att det i Danmark inte krävs tillräcklig motprestation av klienten. Att låta individer fortsätta med sitt missbruk och sidomissbruk menar vi ger fel signaler inte bara till missbrukaren utan även till samhället. Detta kan även göra att det önskvärda resultatet inte uppnås, då missbrukaren är kvar i sitt missbruk och sin kriminella tillvaro. Missbrukaren kan även lätt få uppfattningen att han eller hon inte är värd att satsas på. Samhället skall ta del i det ansvar som handlar om att hjälpa medborgarna då de inte kan eller inte vill hjälpa sig själva.

Skadereduktion anser vi skall finnas för klienter som är berättigade till den typen av hjälp men det skall inte bli en långsiktig lösning som innebär att andra behandlingsformer bortses. Vidare skall behandlingen och substitutionsvården visa på goda resultat samt vila på etiska grunder, inte bara för gruppen i substitutionsbehandlingen utan även för den enskilde. Därför ifrågasätter vi Danmarks metadonpolitik även om vi kan hålla med om att fler skulle få tillgång till metadonprogrammet i Sverige. Vi frågar oss dock om det inte kan vara så att en utökning i metadonbehandlingar snarare handlar om en politisk uppgivenhet i narkotikafrågan snarare än att politiker ser till individers bästa.

I vilken utsträckning skall individen få möjlighet till substitutionsbehandling? När hjälper samhället och när har det gett upp i frågan om den enskildes missbruksproblematik?

Vi frågar oss om substitutionsbehandling i Danmark alltid handlar om vård eller om det ofta handlar om att upprätthålla en vårdgaranti. I Skandinavien är vi förhållandevis bra på att erbjuda annan typ av behandling även om denna är dyr för samhället, detta tycker vi skall fortsätta både i Danmark och Sverige. Politik skall inte alltid handla om ekonomi även om den är en viktig variabel. Metadon är en billig behandlingsform som kan bidra med sänkta behandlingskostnader, detta får dock inte innebära att metadon väljs framför andra behandlingar p.g.a. att denna behandling är den billigaste. Detta kan leda till att det läggs pengar på en behandling som i längden inte ger de resultat samhället eller individen eftersträvar. Politiker skall se till individens och samhällets bästa när de avgör om en behandling är politisk korrekt och prisvärd. Vi tror att detta allt för ofta styrs av kortsiktiga beslut och att det bland politiker finns en stor rädsla för att göra och säga något som är politiskt inkorrekt. En faktor som därmed är av betydelse är att budgeten är kortsiktig vilket ofta försvårar långsiktiga målsättningar, samtidigt som det håller de ekonomiska ramarna.

Att centralisera all metadonbehandling som det gjordes i Sverige under 1970-talet anser vi enbart kan fungera om antalet narkomaner inte är så stort. Då det är en långsiktig behandling är det inte realistiskt att alla heroinmissbrukare ska flytta till ett och samma ställe för att erhålla metadonbehandling. Problem uppstod då väntetiden till metadonprogrammet blev på flera år. Att som i den danska metadonprogrammets historien låta varje enskild läkare skriva ut metadon har sina fördelar då alla som behöver läkemedlet kan få tillgång till det.

Problemet med okontrollerad medicinutdelning är att det blir upp till varje individ hur denne medicinerar sig, vilket vi tycker är fel. Risken är stor att missbrukaren utnyttjar denna typ av system för att få tag på recept från olika läkarmottagningar. Vi frågar oss om de nuvarande ambulatorierna i Danmark kan ha övertagit läkarens roll i att frikostigt ge ut metadon. Vidare anser vi att det är av vikt att missbrukare med HIV/AIDS ska ha tillgång till substitutionsbehandling.

Vi anser att metadon inte ska vara en självklar behandlingsinsats. Det är ett narkotiskt preparat och ska därmed användas restriktivt. Det ska inte heller vara den första behandlingsform som ska föreslås. Metadonets skyddande glaskupa kan vara välbehövligt bland dem som missbrukat länge och inte förmår komma i kontakt med sina känslor, men för unga som inte missbrukat under längre tid kan denna bieffekt vara problematisk och hämmande. Vidare tror vi att tillåta sidomissbruk under metadonbehandling bara leder till att missbruket upprätthålls. För att det ska vara meningsfullt att nyttja denna behandlingsmetod ska personen ifråga komma bort från sitt missbruksliv och ett liv i kriminalitet. Att staten upprätthåller denna livsstil och samtidigt ger missbrukaren en ny drog som denne kan sälja vidare ser vi enbart ger större individuella och samhälleliga kostnader. Den utveckling som numer sker i Sverige leder till en alltmer liberal narkotikapolitik som vi anser påminner om den danska politiken. Denna typ av politik anser vi signalerar uppgivenhet snarare än engagemang.

I denna uppsats har vi kommit fram till att det finns skillnader i metadonprogrammen om man jämför Danmark och Sverige, i dess utformning och användningssätt. Detta kan spåras i den historiska utveckling som skett i narkotikapolitiken. Vi anser att legalföreskrivningarna i Sverige är något som man inte vill upprepa och därmed är det mer naturligt i Sverige att vara fortsatt restriktiva mot alla former av narkotiska preparat. I Danmark däremot har man inte denna erfarenhet, något som vi tror påverkar både synen på metadon men även att man vill prova att ge gratis heroin. Vi har även kommit fram till att metadonbehandling behövs för vissa heroinmissbrukare, men att det ska ske under kontrollerade former då den önskvärda effekten att förändra individens liv till det bättre annars riskerar att utebli.

Källförteckning

Carnwath, T & Smith, T. (2002) *Heroin century*. London: Routledge.

Green, J. (1991). *Fra opiumskrig til ungdomsnarmomani*. Vordingborg: Forlaget GRIFO.

Gregow, T. (2004). *Sveriges rikes lag*. 125:e ed. Stockholm: Norstedts juridik.

Johansson, K & Wirbing, P. (1999). *Riskbruk och missbruk: alkohol-läkemedel-narkotika*. Stockholm: Natur& Kultur.

Johnson, B. (2003). *Polycyspridning som översättning*. Malmö: Daleke Grafiska AB.

Justitieministeriet, Socialministeriet & Sundhedsministeriet. (1994). *Bekæmpelse af narkotikamisbruget. Elementer og hovedproblemer*. København: Statens information.

Kouvonen, P. (2002). Narkotikaprevention-omorganisering och prioritering. I A. Kouvonen, P., Rosenqvist, P. & Skretting, A. (NAD). (Red.) *Bruk, missbruk, marknad och reaktioner*. (pp. 105- 132). Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD)

Kouvonen, P., Rosenqvist, P. & Skretting, A. (2001). Sammanfattning och slutsatser. I A. Kouvonen, P., Rosenqvist, P. & Skretting, A. (NAD). (Red.) *Bruk, missbruk, marknad och reaktioner*. (pp. 161- 174). Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD)

Narkotikarådets anbefalinger. (2000). *Substitutionsbehandling*. København: Narkotikarådet.

Norström, C & Thunved, A. (2002). *Nya sociallagarna. 15:e uppl.* Stockholm: Elanders Gotab.

Skretting, A. (2001). Behandling og skdereduksjon. I A. Kouvonen, P., Rosenqvist, P. & Skretting, A. (NAD). (Red.) *Bruk, missbruk, marknad och reaktioner*. (pp. 87- 104). Helsingfors: Nordiska nämnden för alkohol- och drogforskning (NAD).

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

Socialstyrelsen. (2004a). *Narkomanvård på lika villkor? En studie av förhållanden som kan ha betydelse vid val av insatser inom narkomanvård*. www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen. (2004b). *Systematisk bedömning inom socialtjänsten*. Lindsberg: Bergslagens Grafiska AB

Socialstyrelsen & Länsstyrelsen. (2004). *Social tillsyn 2003. Resultat av länsstyrelsernas tillsyn*. www.socialstyrelsen.se

SOSFS 2004:8(M). *Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende*. Socialstyrelsens författningssamling.

Sundhetsstyrelsen. (2001). *Narkotikasituationen i Danmark : årsrapport til det europæiske overvågningscenter for narkotika og narkotikamisbrug, EMCDDA*. København: Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen.

Hedegaard, Frank politisk narkotikaordförande för Socialistisk Folkeparti i Danmark

Heideman, Laur chef på X-felt i Danmark

Hjälml, Rita kurator på metadonmottagningen i Malmö

Jørgensen, Karen-Margrete sjuksköterska och projektkoordinator i Danmark

Olofsson, Per-Olof politiker för Socialdemokraterna i region Skåne, Malmö

Svensson, Mats avdelnings föreståndare för Metadonmottagningen i Lund

Turesson, Jonas soc.sekr. SDF Södra Innerstaden i Malmö

<http://svt.se/svt/jsp/Crosslink.jsp?d=2434&a=371279>. Sveriges television. Kritik mot nya drogprojektet. (2005-05-04).

www.mobilisera.nu/upload/3398/aktionsplan_040315.swf. Mobilisering mot narkotika. Aktionsplan.(2005-05-02).

www.socialstyrelsen.se/Amnesord/ Socialstyrelsens hemsida, ämnesord. (2005-05-02).

[www.sos.se/cgi-](http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=265&EXTRA_ARG=&CFGNAME=MssFindSV%2Ecfg&host_id=42&page_id=12455424&query=metadon&hiword=metadon+)

[bin/MsmGo.exe?grab_id=265&EXTRA_ARG=&CFGNAME=MssFindSV%2Ecfg&host_id=42&page_id=12455424&query=metadon&hiword=metadon+](http://www.sos.se/cgi-bin/MsmGo.exe?grab_id=265&EXTRA_ARG=&CFGNAME=MssFindSV%2Ecfg&host_id=42&page_id=12455424&query=metadon&hiword=metadon+). Socialstyrelsen: Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare – En kunskapsöversikt (2005-04-11).

www.sst.dk/Borgerinfo/Narkotika/Strategi.aspx?lang=da. Sundhedsstyrelsens hemsida. (2005-04-14).

www.ur.se/beroendet/291. Utbildnings radion, TV universitetet. (2005-05-04).

Bilaga

Intervjufrågor (metadonprogrammets personal)

Varför behövs metadonprogrammet? (positivt - negativt)

Berätta om hur processen går till, från när en person vill gå med i programmet tills det avslutas?

Vad händer under behandlingen?

Hur tror Ni att narkotikapolitiken som förs har påverkat programmet? (utformning, expansion, restriktioner m.m.)

Har du någon erfarenhet av Sverige/Danmarks metadonprogram? (likheter - skillnader, negativt - positivt)

Intervjufrågor (politiker)

Vad har Ni för erfarenhet/kunskap om metadonprogrammet?

Varför behövs metadonprogrammet?

Hur tror Ni att narkotikapolitiken som förs har påverkat metadonprogrammet? (utformning, placeringar, expansion, restriktioner m.m.)

Har Ni någon erfarenhet av Sverige/Danmarks metadonprogram? (likheter - skillnader, negativt - positivt)

Intervjufrågor (social sekreterare)

Berätta om hur processen går till, från att en klient ansöker om metadonprogrammet till ett beslut i frågan från Er sida?

Varför behövs metadonprogrammet?

Hur tror Ni att narkotikapolitiken som förs har påverkat Era beslut om placeringar till metadonprogrammet?

Har Ni någon erfarenhet av Sverige/Danmarks metadonprogram? (likheter - skillnader, negativt - positivt)