



LUNDS

UNIVERSITET

Socialhögskolan

Skadereducering i Sverige och Danmark

**En studie om skadereducerande
insatser vid opioidberoende**

Fredrik Sahlman Jacobsen

Kandidatuppsats SOPA 63

Termin: HT 2020

Handledare: Lars B Ohlsson

Abstract

Author: Fredrik Sahlman Jacobsen

Title: Harm reduction in Sweden & Denmark – a study of harm reduction responses for opioid dependence

Supervisor: Lars B Ohlsson

Assessor: Hans Knutagård

Harm reduction as a response to drug problems has long been considered controversial in Sweden, among other countries. The term has therefore rarely been used in official Swedish documents. However, harm reduction in the neighboring country, Denmark, has in contrast to Sweden, not encountered the same degree of resistance. The aim of this study was, based on this difference, along with advances in the field in recent years, to go over differences and similarities in terms of harm reduction responses in these countries. This by looking into which harm reduction responses for opioid dependence are currently available in these countries, and how they are put forward. A comparative method has been used to compare the two countries positions. Publications, of relevance to the aim, from government agencies in both Sweden and Denmark has been reviewed for this purpose. The two acknowledged harm reduction responses *drug consumption rooms* and *heroin-assisted treatment* is currently not available in Sweden. However, *Folkhälsomyndigheten*, a Swedish government agency, has recently suggested that the pre-conditions for implementing drug consumption rooms should be investigated. In terms of differences and similarities between the two countries, it has become clear that the term *harm reduction* is used more sparingly by the agencies in Sweden. Furthermore, in contrast to Denmark, it appears that an aim to reduce drug consumption tend to be more present when these responses are put forward in Sweden. The motivation of harm reduction responses is presented from a public health perspective in both countries.

Keywords: harm reduction, opioid dependence, Sweden, Denmark

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	5
1.1 Problemformulering	5
1.2 Syfte och frågeställningar.....	7
1.3 Begrepp och definitioner	7
1.3.1 Skadereducering	7
1.3.2 Opioider.....	8
1.3.3 Beroende.....	8
2 Kunskapsläge.....	9
2.1 Skadereducerande insatser.....	9
2.2 Narkotikastrafflag.....	12
2.3 Kritik.....	12
2.4 Perspektiv på skadereducering	13
2.4.1 Rättighetsperspektivet	13
2.4.2 Folkhälsoperspektivet.....	13
3 Teoretisk utgångspunkt	13
4 Metod.....	14
4.1 Urval	14
4.2 Tillförlitlighet	15
4.2.1 Förförståelse	16
4.3 Bearbetning och analys.....	17
4.4 Forskningsetiska överväganden.....	17
5 Resultat och analys	18
5.1 Lågtröskelverksamheter.....	19
5.2 Sprututbyte	21
5.3 Utbildning och naloxonutdelning	22
5.4 Injektions- och brukarrum	23
5.5 Bostad först och sociala stödinsatser	26
5.5.1 Sociala stödinsatser	26
5.5.2 Bostad först.....	27
5.6 Behandling.....	30
5.6.1 Substitutionsbehandling	30
5.6.2 Heroinbehandling	34

6 Diskussion	34
7 Referenser	36

1 Inledning

Opioider är en grupp av preparat som verkar på kroppens system av opioida receptorer. Det vill säga det system som upplevelser av smärta och belöningar regleras genom. Tillika det system som påverkar vår förmåga till att knyta an till andra människor, samt förmågan att utföra målinriktade beteenden (Svensson & Karlsson 2018, s. 202). Majoriteten av de opioider som existerar kan antingen sväljas, inhaleras eller intas via näsan. Dock uppstår de kraftfullaste effekterna av opioider genom att de injiceras (Johnson, Richert, Svensson 2017, s. 75 f.).

Världshälsoorganisationen (WHO) gick 1986 ut med rekommendationer om att rena kanyler och sprutor ska finnas tillgängligt för personer som injicerar droger. Sveriges första sprutbyte, i försöksform, öppnades därefter i Lund samma år (Tryggvesson 2012, s. 519). Tillika var det året som nål- och sprututbytesprogrammen infördes i Danmark (EMCDDA 2019a). Incitamentet för dessa sprututbytet var främst rädslan för en potentiell HIV-epidemi bland personer som injicerar droger (Johnson, Richert, Svensson 2017, s. 313). Inrättandet av dessa sprututbytesprogram i Sverige och Danmark, samt flera andra europeiska länder under 80-talet, kan anses vara den viktigaste händelsen i skadereduceringens historia. Vidare, utöver rädslan för HIV, bidrog även kritik mot den rådande narkotikapolitiken till detta genombrott. Det vill säga en reaktion på en narkotikapolitik som uppfattades som alltför repressiv (ibid.).

1.1 Problemformulering

Internationell narkotikapolitik omgärdas av diverse oenigheter. En betydande del av dessa oenigheter gäller frågan om hur narkotikans skadeverkningar ska bekämpas. I denna fråga kan vi se två sorters huvudlinjer: visionen om ett narkotikafritt samhälle, genom en restriktiv narkotikapolitik, och förespråkare för skadereduktion (Johnson 2005, s. 161). Skadereducering, en översättning av det engelska begreppet *harm reduction*, används vanligtvis för att beskriva en viss typ av policy, program eller interventioner som är utformade för att minska sociala, hälsorelaterade och ekonomiska skador för individen, gruppen och samhället (Rehm et al. 2010, s. 79). I *Health and social responses to drug problem: a European guide* lyfter *European Monitoring Centre for Drugs and Drug*

Addiction (EMCDDA) fram och granskar evidens och s.k. bästa praxis. Publiceringen innehåller bland annat avsnittet: Reducing opioid-related deaths. I detta avsnitt uppmärksammas olika typer av interventioner för att reducera risken för opioid-relaterade dödsfall (EMCDDA 2017, s. 51 ff.). Dessa utgörs av skadereducerande insatser uppdelade i tre led: *Reducing fatal outcome of overdose*, *Reducing risk of overdose* samt *Reducing vulnerability*, varav det förstnämnda ledet består av två typer av interventioner. Dessa två är *Take-home-program för läkemedlet Naloxon*, ett slags opioidmotgift, samt *övervakat intag av droger* (ibid.). Interventioner som enligt EMCDDA:s rapportering 2019 beskrevs, tillsammans med Heroin-assisterad behandling, som tillgängliga i Danmark men inte i Sverige (EMCDDA 2019b, s. 18).

EMCDDA:s uppdrag är att rapportera till EU och dess medlemsländer om drogproblemen i Europa, samt ta fram vetenskapliga belägg och information inom området. I deras rapport 2020 framhålls Sverige som det land i EU med högst antal rapporterade dödsfall per miljon invånare med en direkt koppling till droger (EMCDDA 2020, s. 4, 67 f.). Antalet dödsfall i rapporten 2020 bygger främst på siffror från 2017 och 2018, det vill säga att åren som dödsfallen rapporterades varierar mellan länderna. Antalet dödsfall i Danmark, 52 per miljon, rapporterades 2017 medan 81 per miljon registrerades i Sverige under 2018 (EMCDDA 2020, s. 80). Dock innebar detta en minskning för Sverige då 92 dödsfall per miljon tidigare hade rapporterats under 2017. I en övervägande majoritet av dessa dödsfall visade toxikologirapporterna en förekomst av opioider (EMCDDA 2019b, s. 12).

I samband med detta kan rapporten från 2020 nämnas. Minskningen av dödsfall i Sverige mellan 2017 och 2018 omnämns nämligen som ett möjligt resultat av en ökning av interventioner (EMCDDA 2020, s. 67 f.). Vidare publicerade regeringen under 2018 en debattartikel med titeln: "*Vi inför naloxonprogram för att minska dödligheten*", där de presenterar förändringar som kommer ge hälso- och sjukvården förutsättningar för att öppna naloxonprogram (Regeringen 2018). Det vill säga ändringar för införandet av den åtgärd EMCDDA listat som en av två skadereducerande insatser för att minska opioidrelaterade dödsfall. Tillika en av de insatser opioidberoende personer haft tillgång till i Danmark men inte i Sverige.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att, genom komparation, få en ökad förståelse för Sveriges och Danmarks ställning vad gäller skadereducerande insatser vid opioidberoende.

Utifrån en jämförelse mellan länderna utgår studien från följande frågeställningar:

- Vilka skadereducerande insatser är för närvarande aktuella vid opioidberoende?
- Hur framställs och motiveras skadereducerande insatser vid opioidberoende?

1.3 Begrepp och definitioner

1.3.1 Skadereducering

Skadereducering används i studien som en översättning av det engelska begreppet *harm reduction*. Tidigare har emellertid begreppet även översatts till skademinimering och skadebegränsning i svensk litteratur inom området (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 310; Heilig 2019, s. 206). Att reducera negativa effekter vid droganvändning, oavsett om bruket upphör eller ej, beskriver Rehm och Fischer (2010, s. 82) som skadereduceringens huvudsakliga mål. Så om en minskad drogkonsumtion kan ingå som en direkt målsättning med skadereducerande åtgärder har diskuterats. Inom skadereduceringsrörelsen har exempelvis flera ansett att åtgärder som inbegriper någon form av krav på avhållsamhet från droger, bör särskiljas från skadereducerande insatser. Även om skadereducering var självaste huvudmålet med åtgärden (Room 2010, s. 108 f.).

Utgångspunkten i skadereducering kan beskrivas som en uppfattning om att fokus bör ligga på resultatet av droganvändningen, i stället för på självaste användningen i sig. Skadereducering kan alltså presenteras som ett alternativ till det mer konventionella paradigmet bakom åtgärder vid drogbruk, det vill säga där självaste användningen legat i fokus (Rehm & Fischer 2010, s. 82). I en bred kontext kan skadereducering innebära olika policys, program och interventioner avsedda för att reducera de hälso-relaterade, sociala och ekonomiska skador droganvändning kan orsaka. Det är något som, utöver att

tillämpas på individnivå, också kan omfatta grupp- och samhällsnivå (EMCDDA 2017, s. 27 f.).

1.3.2 Opioider

Opioider är en samling preparat som utgörs av naturliga opiater samt hel- och halvsyntetiska opioider. Medan morfin är ett välkänt opiat, är heroin ett exempel på en halvsyntetisk opioid. Det vill säga ett preparat som framställts genom en kemisk modifiering av opiater. Bland helsyntetiska opioider finner vi bland annat metadon, tramadol och fentanyl. Detta är opioider som består av kemiska föreningar tillverkade i laboratorier (Johnson, Richert, Svensson 2017, s. 74 ff.). Samtliga opioider påverkar brukaren i varierad grad på följande sätt: de lindrar smärta, dämpar andningen, samt minskar utsöndringen av sekret från individens körtlar och slemhinnor. Vanligtvis försvinner ångest, smärtor och bekymmer under ett opioidrus. De kraftfullaste rusen på opioider åstadkoms genom intravenösa injektioner, men preparaten kan också ätas eller inhaleras. Generellt vid opioidbruk åligger en hög beroendepotential. Men kraftfulla rus genom exempelvis injektioner ökar dock risken för att ett beroende utvecklas. Utöver beroende och risken för överdos, kan brukare av opioider också utsättas för vissa skador och sjukdomar. Dessa saknar emellertid en direkt koppling till intaget av preparaten. I stället är det den livsstil som beroendet kan medföra, eller också intagnings sättet, som kan resultera i detta. Exempelvis leder injicering av opioider ofta till blodsmittor och infektioner (ibid.).

1.3.3 Beroende

I denna studie undvikts ordet *missbrukare*. I stället används *beroende* i studien om det är en fråga om en person med ett pågående missbruk. Detta då ”missbrukare” kan uppfattas som nedsättande och stigmatiserande av personer som berörs av denna form av problematik. Beroende anses även, enligt många professionella, som ett bättre definierat begrepp. Begreppet innefattar bland annat en stark vilja, förenat med misslyckanden, att bli av med beroendet, samt att abstinenssymtom uppstår när intag upphör. (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 16).

2 Kunskapsläge

Nedan följer redogörelse av tidigare kunskap inom området. Kunskap som presenteras är främst hämtad från monografin *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* som European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) publicerade under 2010.

2.1 Skadereducerande insatser

Verksamheter, insatser, erbjudande, med mera som tillhandahåller stöd och behandling, utan krav på att personen behöver vara drogfri, benämns vanligtvis som *lågtröskel* (Strike 2013, s. 52). *Bostad först* (housing first) som egentligen är en insats för hemlösa, är ett exempel på en lågtröskelverksamhet. Men till skillnad från andra insatser vid hemlöshet, där en av förutsättningarna är drogfrihet, ställs inget sådant krav vid bostad först. I stället ses boende som en mänsklig rättighet, samt en förutsättning för att kunna hantera andra utmaningar i livet (Knutagård & Kristiansen 2016, s. 3 ff.). Under 2010 infördes bostad först som ett forskningsprojekt i Sverige efter att modellen introducerats av forskare vid Socialhögskolan i Lund 2009 (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 309). I Danmark implementerades bostad först-modellen däremot i samband med landets första hemlöshetsstrategi 2009–2013. En strategi som lanserades efter den första kartläggningen över landets hemlöshet som genomfördes 2007 (Socialstyrelsen 2020, s. 12).

Substitutionsbehandling vid opioidberoende (opioid substitution treatment) är en form av insats som är avsedd för att minska användningen och effekterna av olagliga opioider (Kimber et al. 2010, s. 116). Behandlingen, eller programmen, kan beskrivas som en s.k. lågtröskelförskrivning av preparatet metadon eller buprenorfin. Det ska dock tilläggas att det finns olika typer av program för substitutionsbehandling. Behandling i sig ses vanligtvis inte som skadereducering, dock kan det ingå, eller vara en huvudinriktning, i vissa behandlingsformer (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 316 f.). Det vill säga att medan ett fokus på rehabilitering och struktur kan föreligga, finns det samtidigt program

med fokus på skadereducering. I dessa program förekommer vanligtvis en lägre grad av struktur, tillika kan både misskötsel och fortsatt illegalt drogbruk tolereras. I Sverige har rehabilitering, att upphöra med droganvändningen främst legat i fokus, men över tid har detta förändrats något. Bland annat togs drogfrihet bort i verksamheternas formella syfte i riktlinjerna 2016 (ibid.).

Under substitutionsbehandlingen föreligger det en minskad risk för överdosering hos opioidberoende personer. Dödligheten, jämfört med den grupp av brukare som befinner sig utanför, har visat sig vara mindre än en tredjedel hos personerna i behandling. Det finns underlag som indikerar att förebyggande insatser, gällande överdosering, är av särskild vikt under de fyra första och sista veckorna i behandling (EMCDDA 2017, s. 53 f.). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* publicerade 2019 en studie med syftet att utvärdera de nordiska ländernas tillvägagångssätt gällande vård vid opioidberoende (opioid use disorder care). Studien lyfter bland annat fram att skadereduceringen är begränsad i Sverige jämfört med de övriga länderna. Vidare beskrivs kriterierna för tillträde, och därmed tillgänglighet, till behandling som relativt obegränsad i Danmark och Norge, till skillnad från Sverige och Finland. I studien uppmärksammas även att tillgängligheten till *nål- och sprututbytesprogram* (needle and syringe programmes) varit begränsad i Sverige fram till 2017. Tillika, trots framsteg inom området de senaste åren, kan brukare i Sverige fortfarande ställas inför vissa svårigheter gällande tillgång (Gedeon et al. 2019, s. 287 ff.). Fram till 2010 erbjöds insatsen enbart i Lund och Malmö (Richert 2014, s. 13). Nål- och sprututbytesprogram är program, eller mottagningar, som förser brukare med sterila nålar och sprutor för injicering av droger (Kimber et al. 2010, s. 116). Epidemiologisk evidens pekar på att nål- och sprututbytesprogram kan resultera i minskad överföring av HIV och hepatit C mellan brukare som injicerar droger (EMCDDA 2017, s. 59).

I EMCDDA:s publicering *Health and Social Responses to Drug Problems* (2017) presenteras två typer av insatser som kan minska självaste dödligheten vid överdosering av opioider. En av dessa insatser är *program för naloxonutdelning* (take-home naloxone programmes). Det vill säga en utdelning av läkemedlet Naloxon tillsammans med instruktioner för vårdgivare och brukare (Kimber et al. 2010, s. 116). Naloxon beskrivs som ett slags motgift för opioider, ett läkemedel som temporärt kan hindra effekterna av opioider (1177 Vårdguiden 2020). Under 2014 gick världshälsoorganisationen ut med en

rekommendation om att Naloxon bör göras tillgängligt för personer som sannolikt kommer att bevittna en överdos (EMCDDA 2017, s. 55). Den andra insatsen som EMCDDA lyfter fram för att minska dödligheten vid överdosering är *Injektions- och brukarrum* (drug consumption rooms). Denna skadereducerande insats består av anläggningar där brukare erbjuds ett säkrare, mer hygienisk, intag av droger genom professionell övervakning. Utöver att förhindra överdoser beskrivs även insatsen vara ett sätt att minska drogbruket i offentliga miljöer, samt upprätta kontakt med personer i samhället som annars kan vara svåra att nå (Hedrich, Kerr & Dubois-Arber 2010, s. 305). I en studie av Kappel et al. (2016, s. 5) presenteras intervjuer med klienter hos fem olika brukarrum i Danmark. Enligt studien förelåg konsensus om att klienterna kände sig trygga och respekterade när de besökte brukarrummen. Majoriteten av klienterna uttryckte tillika att de var nöjda med insatsen, samt att besöken uppmuntrade dem till att delta i konversationer med personalen (ibid.).

Vidare kan just kommunikation ha en skadereducerande funktion. Detta då många är omedvetna eller underskattar risken för överdoser. Därför menar EMCDDA att kompetent personal inom hälso- och sjukvård bör erbjuda *utbildning och rådgivning* till opioidberoende personer (EMCDDA 2017, s. 54). Dock har informationsinsatser ofta begränsade effekter då majoriteten av vana användare känner till riskerna sedan tidigare. Tillika innebär användarnas livssituation, samt psykiska mående, ofta svårigheter att undvika dessa risker, även om de känner till dem. Insatsen kan emellertid vara viktig för personer som nyligen börjat använda opioider (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 320).

Om det visar sig att brukarens behov inte kan täckas med hjälp av övriga insatser, kan *Heroinförskrivning* (heroin-assisted treatment) vara ett alternativ. (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 317 f.). Denna typ av behandling tillämpas restriktivt. Personer som påbörjar heroinbehandling har ofta ett väldigt svårbehandlat beroende. Vanligtvis har flera andra insatser, utan framgång, varit aktuella innan behandlingen övervägs (Strang, Groshkova & Metrebian 2012, s. 160 f.) I samband med detta kan det påpekas att det, vad gäller de skadereducerande insatser som nämnts ovan, är mycket som talar för att störst effekt uppnås genom att de kombineras. Det vill säga att insatserna tillsammans utgör en slags stomme för en bredare och mer övergripande strategi. En strategi som består av både

individinriktade och strukturellt inriktade insatser (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 322).

2.2 Narkotikastrafflag

Eget bruk av narkotika kriminaliserades 1988 i Sverige. Till följd av påtryckningar från opinionen ändrade Socialdemokraterna, som tidigare motarbetat förslaget, åsikt och kriminaliseringen infördes. Det var utifrån uppfattningen att denna lagändring kunde innebära svårigheter för personer att söka vård för sitt drogbruk, som partiet tidigare varit motståndare (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 183).

En allmän regel, om att innehav för eget bruk inte skulle bestraffas, tillämpades från 1969 till 2004 i Danmark. I stället var praxis en varning och beslagtagande av narkotikan. Under 2004 skedde emellertid en radikal förändring då en nolltoleranspolitik infördes, och ett straff på minst böter började gälla för samtliga illegala droger för eget bruk (Houborg 2014, s. 27).

2.3 Kritik

Skadereducering har, bland annat i Sverige, ansetts som kontroversiellt. Detta innebär att det kan föreligga incitament för att undvika användningen av begreppet (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 313). Det finns kritiker som menar att skadereducering kan förmedla uppmuntring av droganvändning. Tillika har det framförts att *skadan* i begreppet skadereducering saknar en objektiv definition. Något som kritiker menar resulterar i en lägre grad av empirisk bas för tillämpning, samt utvärdering, av de skadereducerande insatserna (Rehm & Fischer 2010, s. 79 ff.). Vidare har kritiker tillika hävdat att en skadereducering kan anses vara en cynisk strategi. De menar att strategin tyder på för lite tilltro till brukarens egen förmåga till att förändra ett beteende (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 312).

2.4 Perspektiv på skadereducering

2.4.1 Rättighetsperspektivet

Ur rättighetsperspektivet lyfts skadereducering fram som en narkotikapolitisk strategi. Skadereducering framhålls som en strategi som bör ersätta den förbudspolitiska modellen snarare än att komplettera den. Användningen av narkotika ses här som en rättighet, därför bör också samhällets insatser reduceras till att minimera skador av den. Fokus ligger på att mänskliga rättigheter ska respekteras av narkotikapolitiken och inte kränka individer genom narkotikabekämpningen. Perspektivet lämnar plats till frågor om straffsänkningar, avkriminalisering och legalisering (Johnson, Richert, Svensson 2017, s. 311).

2.4.2 Folkhälsoperspektivet

Genom folkhälsoperspektivet ses konsekvenserna av narkotikaanvändningen som ett problem för inte bara brukaren, utan också för samhället. Fokus ligger på konkreta skadereducerande insatser. Till skillnad från rättighetsperspektivet ses narkotikaanvändningen inte som en rättighet. I stället betonas individens rätt till prevention, bra behandling och god hälsa. Detta innebär att insatser som motiveras utifrån folkhälsoperspektivet är lättare att kombinera med den restriktiva narkotikapolitiken (Johnson, Richert, Svensson 2017, s. 311).

3 Teoretisk utgångspunkt

Den transteoretiska modellen för beteendeförändring (TTM) är en övergripande modell som beskriver en individs förändringsprocess. Denna process delas in i sex olika skeden, eller stadier, som individen kan befinna sig i under obestämd tid. Det första skedet benämns som *the precontemplation stage*, ett stadie där individen saknar tankar på förändring. I det andra skedet, *the contemplation stage*, överväger dock individen en förändring i sitt beteende. Detta följs sedan av *the preparation stage*, ett tredje stadie där personen är beredd att göra något åt sin situation. Det fjärde är sedan det stadie då individen vidtar åtgärder så att en förändring kan ske, detta beskrivs som *the action stage*. I det femte stadiet, *the maintenance stage*, befäster sedan individen sitt nya

beteendemönster, något som i vissa fall kan leda till det sista stadiet, s.k. *termination*, där förändringsarbetet kan avslutas. Då återfall är vanligt beskrivs förändringsprocessen främst som en cirkulär process. Det vill säga, vid återfall, börjar individen vanligtvis om från ett tidigt skede i förändringsprocessen. (DiClemente 2018, s. 23 ff.).

Teorin används i studiens analys av motiveringar för skadereducerande åtgärder. Det vill säga hur en motivering framstår i förhållande till de stadier som ingår i den transteoretiska modellen. För individer som befinner sig i de första tre stadierna, samt de som får återfall, kan nämligen stöd erhållas genom skadereducerande insatser. Medan insatser med ett krav på avhållsamhet från droger endast anses fungera för individer i det fjärde och femte stadiet (Vearrier 2019, s. 126). Utifrån denna inneboende begränsning av individens möjligheter, ämnar teorin bidra till analysen genom att utreda om dessa begränsningar är något som uppmärksammas i samband med motivering av skadereducerande insatser.

4 Metod

En komparativ metod har tillämpats i denna studie. Utgångspunkten i den textanalys som genomförts har således varit av en jämförande karaktär. För fastställande av samband utifrån empirin, som omfattar både Sverige och Danmark, används två typer av metoder. Den första, *The Method of Agreement*, utgår från om likheter mellan länderna i ett viss avseende, framstår i ytterligare ett avseende, då är det denna likhet som påverkar den första likheten. Dock under förutsättning att ländernas ställning framstår som olika i övrigt. För den andra, *The Method of Difference*, kan man säga att det omvända gäller. Om skillnader mellan länderna påvisas i ett avseende, och sedan också i ytterligare ett avseende, är det denna skillnad som påverkar skillnaden i det första avseendet. Men detta förutsätter emellertid att ländernas positioner i övrigt är lika (Denk 2002, s. 56 ff.).

4.1 Urval

En så kallad sekventiell urvalsstrategi, ett målstyrt urval (Bryman 2018, s. 498), har tillämpats i studien. Det vill säga att urvalet utökats efter hand utifrån uppfattningen om att ytterligare material kan bidra till studiens syfte och frågeställningar. Inledningsvis

valdes aktuella riktlinjer, rekommendationer och publiceringar inom området från Folkhälsomyndigheten, Sundhedsstyrelsen, samt den svenska och danska Socialstyrelsen som empiri. Empirin består främst av publiceringar under perioden 2017 till 2020. Likvärdig mängd av materiel har samlats in från myndigheterna i både Sverige och Danmark.

Motiveringen till urvalet är att frågeställningarna bör kunna besvaras med hjälp av dessa publikationer från ländernas statliga myndigheter. Det har också varit av betydelse att materialet är relativt lättillgängligt med tanke på tidsfaktorn (Ahrne & Svensson 2015, s. 171). Därtill, då materialet kommer från statliga myndigheter, har valet av empiri möjligtvis resulterat i att mindre tid behövde läggas på granskning av dess äkthet (Lind 2014, s. 128).

4.2 Tillförlitlighet

Då studien genomförs med en kvalitativ ansats, utgår bedömning från s.k. tillförlitlighet och äkthet, i stället för reliabilitet och validitet. Vad gäller bedömningen av tillförlitlighet används fyra kriterier som Bryman 3 (2018, s. 467) beskriver. Dessa är: trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och möjligheten att styrka och konfirmera innehållet. Även om en grunddefinition har etablerats för *harm reduction*, är fortfarande begreppet omdiskuterat. Till detta hör bland annat diskussioner kring hur skada (*harm*) definieras, samt om en målsättning att reducera drogintaget kan ses som *harm reduction*. Vidare används också alternativa begrepp, såsom *harm minimization*, för skadereducerande insatser och mål (EMCDDA 2010, s. 108 f.). I studien används begreppet skadereducering som en översättning av *harm reduction*. Likt övrig litteratur kan olika ord användas för *harm reduction* i svenska texter, men här tillkommer också en viss frihet vad gäller översättningen av begreppet. Exempelvis förekommer bland annat *skadebegränsning* och *skadelindring* utöver skadereducering och skademinimering. Detta kan, utöver att möjligtvis orsaka förvirring, vara något som innebär vissa skillnader vad gäller förståelse och beskrivningen av skadereducering. Dessa skillnader är således något som inledningsvis har behandlas, tydliggjorts, i studien. Vidare, vad gäller graden av

trovärdighet, utgår studien från tidigare forskning i samband med detta tydliggörande och följer de regler som etablerats inom området (Bryman 2018, s. 467 ff.).

Då studien avser en aktuell jämförelse mellan Danmark och Sverige, kan flera begränsningar vad gäller överförbarhet föreligga. Det vill säga att hur pass överförbara studiens resultat kommer att vara till en annan miljö. Men genom en utförlig beskrivning av definitioner, med hänsyn till kulturella skillnader, är självaste förutsättningen för överförbarhet något som eftersträvas. Genom redogörelse av arbetsprocessen eftersträvas också transparens. Detta utifrån att studiens pålitlighet ska vara bedömningsbar. I linje med transparens ska även en tydlighet gällande begränsningar för objektiviteten som kan uppstå föreligga. Det ska finnas en möjlighet att styrka, samt konfirmera, resultaten genom en tydlig framställning och tillförlitlig referenshantering. Vad gäller äkthet, att lyfta fram en rättvis bild av området (ibid.), uppmärksammas skillnaderna i de definitioner och åsikter som råder inom området.

Avslutningsvis bör språket belysas i relation till tillförlitlighet. Trots ett danskt efternamn, samt relativt god förståelse för det danska språket, är mitt modersmål svenska. Det har således varit något av en utmaning att bearbeta empirin som inhämtats från danska myndigheter. Dock har bearbetningen av detta material gjorts med noggrannhet för att få fram en rättvis bild av landets ställning, och därmed uppnå en hög grad av tillförlitlighet. För att få fram en rättvis bild fattades också ett beslut om att utdrag från de danska myndigheterna skulle presenteras i sin helhet. Att i stället för att översätta dem lämna utrymme för läsarens bedömning. Det vill säga om en korrekt tolkning av materialet gjorts i denna studie.

4.2.1 Förförståelse

Den egna förförståelsen var begränsad inför arbetet med studien. Jag var bekant med begreppet *harm reduction* sedan tidigare, dock ytligt. Tillika var det en lika ytlig kännedom om injektions- och brukarum, som styrde in mig på skillnader mellan länderna. Det vill säga vetskapen om att detta erbjöds i Danmark men inte i Sverige.

4.3 Bearbetning och analys

En reducering av materialet, empirin, har varit nödvändig för att bemöta det Ahrne och Svensson (2015, s. 220 ff.) beskriver som representationsproblemet, det vill säga en omöjlighet att få med allt i studien. Denna reducering har sedan påverkat arbetets riktning genom beslut att avgränsa och välja bort delar av materialet (ibid.). Efter genomläsning av materialet upprättades sedan olika koder. Vid kodningen användes programmet NVivo (Bryman 2018, s. 725 ff.) för att underlätta bearbetning och analys av empirin. Inledningsvis utgjorde varje typ av skadereducerande insats en egen kod, tillika skapades även koder för kritik, narkotikastrafflag, övergripande skadereducering med mera. De flesta av dessa koder, eller noder som man använder i programmet, tilldelades därefter ett flertal underkategorier. Genom underkategorierna, s.k. *children* i NVivo (ibid.), klargjordes exempelvis om det rörde sig om *motivering till ställningstagande* eller om *tillämpning och omfattning* vad gällde den aktuella insatsen. Vidare, efter redovisningen av det material som samlats in, låg fokus på argumentation utifrån empirin och de tolkningar som gjorts (Ahrne & Svensson 2015, s. 174, 232).

4.4 Forskningsetiska överväganden

Då valet av empiri gjordes med hänsyn till etik, krävdes inga ytterligare åtgärder för att följa forskningsetiska principer. Studien bygger på insamling av offentligt material där inga personuppgifter behandlas. Informationskravet, med avstamp i den första regeln, påverkar inte studien då uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare uteblir. Vidare är det inhämtade materialet inget som berörs av den andra punkten då inga personuppgifter har hanterats. Detta innebär att det s.k. samtyckeskravet, att inhämta samtycke från uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare, inte heller varit aktuellt. Tillika något som också gäller för de nästkommande två regler. Det vill säga två punkter som innefattar undersökningsdeltagarens rätt att bestämma över sitt eget deltagande, samt den avsaknad av påtryckningar och påverkan som ska finnas (Vetenskapsrådet u.å.). Igen, vad gäller konfidentialitetskravet, behandlas inga etiskt känsliga uppgifter om enskilda personer i studien. Tillika bör det också nämnas att nyttjandekravet i forskningsetiska

principer även följs. Detta då den sjunde och åttonde regeln också berör uppgifter om enskilda personer, uppgifter om enskilda individer som inte får användas eller lånas ut för icke-vetenskapliga syften. Uppgifter som därtill inte får användas för beslut eller åtgärder med en direkt påverkan på den enskilde, utan att personen lämnat medgivande (ibid.).

5 Resultat och analys

Under 2020 gav Socialstyrelsen i Danmark ut publikationen: *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. I riktlinjerna beskrivs ”social drogmissbruksbehandling” bestå av sociala insatser anpassade efter individens behov, resurser och önskemål. Insatserna kan vara avsedda för att avsluta droganvändning, upprätthålla drogfrihet, samt att minska intag och förhindra eskalering av droganvändningen. Men syftet med insatserna beskrivs även kunna vara att minska skadorna av droganvändningen. Det vill säga skadereducering (EMCDDA 2017, s. 27 f.). Vidare, i samband med ett uppmärksammande av att skadereducering bör tillhandahållas efter behov och önskemål, lyfter Socialstyrelsen fram en definition av skadereduktion.

Ved skadesreduktion menes tiltag, som reducerer omfanget af de skader, som personer via et stofmisbrug påfører sig selv eller det omgivende samfund. (Socialstyrelsen 2020, s. 27)

Denna kortare beskrivning av skadereduktion följer de sedan upp med några exempel på skadereducerande insatser såsom nål- och sprututbytesprogram och brukarrum. Det uppmärksammas att det, oavsett målsättning, alltid är viktigt med att undvika eller minimera skador under och efter ett behandlingsförlopp.

I Sverige publicerades 2019 *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. I publikationen lyfter Socialstyrelsen (2019, s. 22) fram tre typer av rekommendationer för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Åtgärder med rekommendationer som benämns: icke-göra, FoU och rangordning 1–10. Den första typen kräver troligtvis inget förtydligande, men den avser åtgärder som inte bör utföras överhuvudtaget. Åtgärder med FoU-rekommendation är dock insatser som socialtjänst och hälso- och sjukvård inte bör utföra rutinmässigt. I stället bör de endast utföras inom

ramen för forskning och utveckling. Vidare avser rangordning 1–10 åtgärder som bör, eller kan erbjudas. Siffrorna 1–10 representerar graden av prioritering. Det anges inga exakta gränser i den skala som presenteras. Men de skriver emellertid att 8–10 främst används för åtgärder som *i undantagsfall kan* erbjudas, 4–7 för åtgärder som *kan* erbjudas och de med prioritet 1–3 främst används för åtgärderna som *bör* erbjudas. I denna publikation, med ett omfång på 144 sidor, förekommer inte begreppen: *skadereducering*, *skademinimering*, *skadebegränsning* och *harm reduction*.

5.1 Lågtröskelverksamheter

Innan mer konkreta skadereducerande insatser hamnar i fokus bör begreppet *lågtröskel* avhandlas. En kortare beskrivning av lågtröskelverksamheter lyfts fram under rubriken: *Lågtröskelverksamheter (Harm reduction)* i Socialstyrelsens förslag till uppföljning av Sveriges sprututbytesverksamheter 2019. Beskrivningen lyder:

Skadebegränsande åtgärder för att minska riskutsatthet för infektioner, så kallad ”harm reduction”, är en pragmatisk hållning med starkt vetenskapligt stöd. Den har i Sverige varit omdiskuterad, men nu pågår utbyggnad av lågtröskelverksamheter som innefattar mottagningar för sprututbyten. (Socialstyrelsen 2019, s. 12)

Denna beskrivning uppmärksammar alltså något som ligger i linje med vad som tidigare lyfts fram från Johnson, Richert och Svensson (2017, s. 313), att skadereducering ansetts som kontroversiellt i Sverige. Utifrån att dessa författare påpekat att begreppet sällan används i svenska, officiella, dokument (ibid.), kan ovanstående beskrivning ses som något ovanligt. Socialstyrelsen fortsätter detta med att belysa att denna typ av verksamhet vanligtvis kategoriseras som en uppsökande, mobil eller fast lågtröskelverksamhet.

I Folkhälsomyndighetens åtgärdsförslag 2020, omnämns specifikt utvecklingen av *mobila lågtröskelmottagningar* som viktig. De skriver att de mobila verksamheterna bland annat kan förse brukare med rena sprutor och kringutrustning för injektion. Något som sedan följs upp med att verksamheterna även skulle kunna erbjuda

läkemedelassisterad rehabilitering vid opioidberoende (LARO). Detta underbygger de genom att påpeka att mobila lågtröskelmottagningar kan vara ett sätt att nå en ökad, mer likvärdig tillgång i samhället. Vidare betonas det att individens hälsa, samt möjligheten till att bli fri från droganvändningen, ska främjas genom denna typ av lågtröskelverksamhet. Tillika ska de verka för att minska droganvändningens negativa effekter på samhället. Det vill säga att även om detta ligger i linje med självaste definitionen av skadereducering (EMCDDA 2017, s. 27 f.), betonas främjandet av individens drogfrihet.

Som tidigare klargjorts av den svenska Socialstyrelsen kategoriseras dessa verksamheter vanligtvis som *uppsökande, mobila och fasta*. En form av *mobila lågtröskelverksamheter* uppmärksammas också av den danska Socialstyrelsen i deras *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling 2020*. Detta i samband med att, likt Folkhälsomyndigheten, betona att alla medborgare, oavsett bakgrund och livssituation, ska kunna erbjudas en behandling som matchar deras behov. Dock benämns denna typ av insats som *ambulant behandling*, i stället för att rubricera den som ett lågtröskelerbjudande (lavtærskeltilbud). Men det framgår emellertid i beskrivningen av ambulant behandling att:

Ambulant behandling kan karakteriseras som et lavintensitets-tilbud, hvor målet både kan være stofrihed, stabilisering og skadesreduktion. Ydelsen leveres typisk to til otte gange om måneden og tilpasses den enkelte borgers situation og behov. Dermed kan intensitet og varighed variere, således at kontakten til borgeren i nogle behandlingsforløb eller i nogle perioder er meget tæt, mens den i andre er mindre intens. Ambulant behandling er i modsætning til døgnbehandling karakteriseret ved, at behandlingen finder sted, mens personen befinder sig i sit nærmiljø. (Socialstyrelsen 2020, s. 25)

Det vill säga att behandlingsformen är mobil och kan, i linje med att vara ett lågtröskelerbjudande (Strike 2013, s. 52), ha skadereduktion som målsättning. Vården ges på plats och fokus ligger på individuella samtal, samt på rådgivning och gruppbehandling. Att syftet kan vara skadereducering påpekas tillika vid beskrivningen av den andra behandlingsformen: *døgnbehandling*, som också omnämns ovan.

5.2 Sprututbyte

Under 2019 gav Sundhedsstyrelsen i Danmark ut en inspirationskatalog som bland annat bygger på andra länders riktlinjer och utlämningsmetoder för steril injektionsutrustning. Detta då nationella riktlinjer för utdelning av steril injektionsutrustning saknas i Danmark för tillfället. I inspirationskatalogen uppmärksammas en undersökning från 2018 som visar att 71 % av Danmarks kommuner delar ut steril injektionsutrustning. Sundhedsstyrelsen skriver:

Udlevering af sterilt injektionsudstyr er yderst effektivt til at reducere smitteoverførsel af hiv og hepatitis B og C. Udlevering af sterilt injektionsudstyr reducerer antallet af injektioner foretaget med ikke-sterilt eller genbrugt udstyr. Studier har vist, at adgang til sterilt injektionsudstyr kan reducere risikoen for smitte med hepatitis C med 56 pct. (Platt et al. 2018). Udleveringsprogrammer har desuden vist sig at være cost-effektive og har ikke medført en stigning i brugen af stoffer eller antal injektioner (WHO et al. 2017; Sweeney et al. 2019). (Sundhedsstyrelsen 2019, s. 7)

Beskrivningen följs upp med att de belyser att det i Danmark, likt internationellt, föreligger rekommendationer om tillgång till steril injektionsutrustning. Vilket de bland annat hänvisa till EMCDDA och WHO i samband med. Vad gäller Sundhedsstyrelsens redogörelse ovan ligger detta i linje med vad som tidigare lyfts fram under kunskapsläget. Det vill säga att evidens pekar på att insatsen kan bidra till minskad överföring av HIV och hepatit C (EMCDDA 2017, s. 59).

I Sverige lyfter även Socialstyrelsen (2019, s. 9) fram WHO:s rekommendationer i *Ändringar i lagen av sprutor och kanyler*. De skriver dock att tillgängligheten till sprututbytesverksamheter behöver utökas för att nå den täckningsgrad som WHO rekommenderar. Vidare publicerade den svenska Socialstyrelsen (2019) ett pressmeddelande i december 2019 om att en lagändring från 2017 resulterat i just en större tillgänglighet till sprututbyte i landet. De skriver att det nu är 16 av 21 regioner som erbjuder detta. Det vill säga att antalet regioner med sprututbytesverksamheter har

fördubblats sedan denna lagändring. I pressmeddelandet beskrivs denna utveckling som positivt. Detta då verksamheterna bidrar till en minskad smittspridning och kan tillika förse brukarna med möjligheter att erhålla adekvat vård och omsorg. Likt den danska Socialstyrelsen lyfter de fram risken för att smittas av HIV och hepatit C vid sprutdelning. Det uppmärksammas att en sänkning av åldersgränsen för sprututbyte var en av lagändringarna under 2017. Åldern sänktes då från 20 till 18 år, något de anser som viktigt för att kunna erbjuda yngre personer denna möjlighet. Speciellt då sprutdelning är vanligare bland personer under 25 år. I samband med att det poängteras att åtgärden ämnar förse individen med möjligheter till vård och omsorg, kan folkhälsoperspektivet lyftas fram. Detta då prevention, bra behandling och god hälsa, till skillnad från självaste droganvändningen, ses som en rättighet utifrån ett folkhälsoperspektiv (Johnson, Richert, Svensson 2017, s. 311). Vidare uppmärksammas möjligheterna att även nå ut med överdosprevention via sprututbyten. Utdelning av läkemedlet naloxon, samt information kring hur man kan agera vid en bevitnad överdos anges som exempel på denna överdosprevention.

5.3 Utbildning och naloxonutdelning

Den svenska Socialstyrelsen (2019, s. 19) skriver i deras uppföljning av sprututbytesverksamheterna att sex, av nitton sprututbytesverksamheter, angav under 2018 att de även börjat dela ut naloxon som överdosprevention. Hos samtliga verksamheter som erbjöd naloxon ingick dessutom utbildning om hur man identifierar, tillika agerar vid en överdos. Vidare, i Socialstyrelsens (2019, s. 41 f.) riktlinjer, rekommenderas det att erbjuda naloxon och utbildning till personer med opioidberoende och risk för överdos. Rekommendationen presenteras med prioritering 1, det vill säga en insats som *bör* erbjudas. Detta motiveras med att åtgärden kan rädda liv och att läkemedlets biverkningar är begränsade.

I ett pressmeddelande från 2019 skriver Socialstyrelsen (2019) att de, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, tagit fram ett nationellt informationsmaterial om naloxon. Informationen riktar sig till personer med ett pågående opioidbruk. Något som kan anses ha en tydlig koppling till argumentation utifrån ett folkhälsoperspektiv. För i målet med detta material, motiveringen, framgår det nämligen att informationen är avsedd för att

stärka individens *egna möjligheter* att undvika och hantera överdoser. Fokus flyttas nämligen från den illegala drogen till de skador som en oförsiktig användning av den kan medföra. Ett förhållningssätt som den etablerade narkotikaforskare Gerry Stimson förespråkade i samband med hans kamp om narkotikaanvändarnas rätt till hälsa (Svensson 2012, s. 93 f.).

I Danmark ingår förebyggande av dödsfall med hjälp av naloxon som ett supplement i Sundhedsstyrelsens (2018, s. 1) *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsbehandling*. Sundhedsstyrelsen skriver att naloxon är receptbelagt och tillhandahåll av läkare under substitutionsbehandling. För att förhindra dödsfall, samt skadliga effekter av förgiftning vid opioidöverdos, skriver de att alla som är, eller kommer befinna sig i kommunal behandling för opioidberoende, *ska* erbjudas en kurs i första hjälpen och användning av naloxon. Detta uppmärksammas tillika som en punkt i Socialstyrelsens (2019, s. 28) *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. I både Sverige och Danmark betonas det alltså att utbildning ska ges tillsammans med naloxon.

5.4 Injektions- och brukarrum

Injektions- och brukarrum finns för närvarande inte i Sverige. I Socialstyrelsens riktlinjer och rekommendationer listas *övervakat heroinintag vid opioidberoende* under rekommendationen *icke-göra*. Deras fullständiga motivering lyder:

Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har effekt på mortalitet och ger ökad risk för negativa händelser. (Socialstyrelsen 2019, s. 113)

Denna motivering saknar emellertid referens, samt skiljer den sig något från tidigare forskning. Bland annat jämfört med hur övervakade injektioner lyfts fram i EMCDDA:s genomgång av evidens vid skadereducerande insatser som publicerades under 2017. I stället för att hävda att övervakat intag saknar effekt på dödlighet, uppmärksammas bristen på bedömningsbar evidens. Något som understryks med att detta förhindrar

slutsatser kring dess effektivitet vad gäller överdoser och mortalitet (Sumnall, Bates & Jones 2017, s. 12). Att avgörandet dessutom motiveras med att åtgärden ger ökad risk för negativa händelser kan också ifrågasättas utifrån EMCDDA:s publicering. De belyser nämligen att s.k. *low-quality evidence* pekar på att mottagningar, för övervakad injicering, främjar säkrare injektioner och minskar överdoser i närområdet (ibid.). I en sammanställning från 2018, skriver EMCDDA även att evidens som antyder att åtgärden resulterar i en ökad droganvändning saknas. I stället skriver de att insatsen kan resultera i säkrare injiceringar, minskad narkotikaanvändning i offentliga miljöer, samt en ökad tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för klienterna (EMCDDA 2017, s. 6).

Dock, i kontrast till Socialstyrelsens rekommendation lyfter Folkhälsomyndigheten (2020, s. 22 f.) fram insatsen bland deras åtgärdsförslag under det nästkommande året. De skriver nämligen att förutsättningar för, samt behovet av, injektions- och brukarrum bör utredas. Bland annat genom att undersöka vilka för- och nackdelar som finns i en svensk kontext. Tillika hur förenlig insatsen är med svensk lagstiftning och vilka lagändringar som eventuellt kan krävas. Om det genom en utredning bedöms att behov och goda förutsättningar finns, föreslår dem ett pilotprojekt för utvärdering. I samband med åtgärdsförslaget, omnämns Danmark som ett av åtta europeiska länder som erbjuder injektions- och brukarrum. Något som sedan följs upp med en beskrivning av insatsen. Folkhälsomyndigheten skriver bland annat:

Injektionsrum riktar sig till svårnådda och marginaliserade individer som på ett mycket riskfyllt sätt injicerar narkotika och som inte är redo eller vill sluta med sitt narkotikabruk. (Folkhälsomyndigheten 2020, s. 22)

Utifrån den transteoretiska modellen för beteendeförändring (TTM) kan valet av att ha med *att inte vara redo*, eller *att inte vilja sluta*, i denna beskrivning vara av särskild vikt. För enligt TTM är detta nämligen tankar och känslor som ingår tidigt i en människas beteendeförändringsprocess. Medan *att inte vilja sluta* kan anses ingå i *the precontemplation stage*, kan *att inte vara redo* tillskrivas personer som befinner sig i det nästkommande steget. Det vill säga då individen har börjat överväga en förändring, det s.k. *contemplation stage*. I Folkhälsomyndighetens beskrivning uppmärksammas tillika att EMCDDA listar denna insats som en möjlig åtgärd för att minska den

narkotikarelaterade dödligheten. Något Folkhälsomyndigheten menar innebär att insatsen sannolikt är effektiv i den kontext där den utvärderats, men att ytterligare utvärderingar rekommenderas. Det betonas att det är svårt att dra enhetliga slutsatser om insatsens positiva effekter utifrån forskning, men att det inte heller har konstaterats några negativa effekter. Det vill säga ett resonemang som, till skillnad från Socialstyrelsens motivering, ligger i linje med EMCDDA:s sammanställning av evidens (Hedrich, Kerr & Dubois-Arber 2010, s. 305).

Danmark erbjuder emellertid injektions- och brukarrum (stofindtagelsesrum). I ett pressmeddelande 2012 går Sundheds- og Ældreministeriet ut med att Danmarks första injektions- och brukarrum öppnar i Köpenhamn.

Sundhedsministeren ser frem til åbningen af rummet, som vil give stofmisbrugerne en mere tålelig tilværelse og også forventes at medvirke til, at antallet af overdosisdødsfald blandt gademisbrugerne vil falde. (Sundheds- og Ældreministeriet 2012)

I pressmeddelandet uppmärksammas också en hög dödlighet bland narkotikaanvändare i Danmark. De skriver att detta delvis beror på att användarna tvingas ta droger i offentliga miljöer, något som inte bara är ovärdigt, utan också ohygieniskt och farligt. Detta följs upp med att belysa att erfarenheter i andra länder pekar på att injektions- och brukarrum kan minska dödligheten bland narkotikaanvändare. Insatsen beskrivs vara ett sätt att förbättra villkoren för användarna, och förhoppningsvis också resultera i att en del av dem kan påbörja en behandling för sitt beroende. Dock anges detta endast som en förhoppning och inte som ett mål. Så en diskussion om detta kan anses som en renodlad skadereduceringsinsats är inte aktuellt. Det vill säga utifrån de röster som tidigare uppmärksammats inom skadereduceringsrörelsen. De som menar att insatser med minskad konsumtion som mål bör särskiljas från övriga skadereducerande insatser (Room 2010, s. 108 f.).

Ur ett folkhälsoperspektiv tenderar skadereducerande åtgärder att rättfärdigas genom att påpeka att de, utöver den hjälp de innebär för individen, också resulterar i fördelar för

befolkningen (Svensson 2012, s. 116). Detta anser jag exemplifieras genom Sundheds- og Ældreministeriets pressmeddelande. De skriver nämligen att insatsen dessutom kan resultera i en ökad trygghet bland invånarna, samt ta bort en del använda sprutor och nålar i området. Pressmeddelandet avslutas med ett förtydligande om att injektions- och brukarrum möjliggjorts genom ett lagförslag. Detta lagförslag innebär att kommuner och oberoende institutioner med kommunalt avtal, kan erbjuda insatsen för personer över 18 år med ett starkt beroende. Senare, under 2016, rapporterar Sundheds- og Ældreministeriet att fyra kommuner i Danmark erbjuder injektions- och brukarrum. Dessa erhåller statligt ekonomiskt stöd under de första åren insatsen erbjuds, men därefter kommer full kommunal finansiering gälla.

5.5 Bostad först och sociala stödinsatser

Bostad först och *socialt stöd* riktar sig inte specifikt till opioidberoende personer. Dock är detta två typer av insatser som i hög grad kan anses vara relevanta för denna grupp av människor. Bland annat då bostadsproblem inte är ovanligt bland personer med drogproblem (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 308 f.)

5.5.1 Sociala stödinsatser

I *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* har den svenska Socialstyrelsen ett avsnitt med rubriken *Sociala stödinsatser*. Detta avsnitt inleds med följande:

I SoL finns särskilda bestämmelser om att socialnämnden aktivt ska se till att personer med missbruk får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån missbruket (5 kap. 9 §). Socialnämnden ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning (3 kap. 2 §), och vi benämner dessa åtgärder som sociala stödinsatser (Socialstyrelsen 2019, s. 48)

Utifrån ovanstående utdrag kan möjligtvis närvaron av skadereducering ifrågasättas. Detta på grund av att det som erhålls ska ges med hänsyn till den hjälp och vård individen

behöver för att ta sig ur sitt beroende. Något som inte är förenligt med vad Rehm och Fischer (2010, s. 82) menar är skadereduceringens huvudsakliga mål. Det vill säga att reducera de negativa effekterna vid droganvändning, oavsett om bruket upphör eller ej.

I definitionen som tidigare uppmärksammades under resultat och analys, listar danska Socialstyrelsen specifikt *social støtte i hjemmet* (socialt stöd i hemmet) som ett exempel på skadereduktion. Men likt den svenska Socialstyrelsen har de även med *social indsats* som en egen rubrik. Under denna rubrik skriver de:

Sociale indsatser omfatter de kommunale ydelser og hjælpeforanstaltninger, som skal bidrage til at afhjælpe eller reducere sociale problemer, der kan være medvirkende til, at borgeren indleder og/eller fastholder et stofmisbrug. (Socialstyrelsen 2020, s. 40)

Till skillnad från tidigare utdrag, från svenska Socialstyrelsen, skriver de inte att brukaren ska erhålla det stöd som behövs för att bli fri från sitt beroende. Utan i stället belyser de att insatserna är avsedda för att reducera de sociala problem som kan bidra till droganvändningen, beroendet. Något som de sedan följer upp med:

Formålet med den sociale støtte er at forbedre borgerens samlede livssituation, blandt andet ved at understøtte øget mestring af eget liv, oplevelse af større trivsel og øget deltagelse i sociale fællesskaber. (Socialstyrelsen 2020, s. 40)

Det vill säga ett fastställande av att självaste syftet med socialt stöd är att förbättra medborgarens övergripande livssituation. Något som, utifrån ett folkhälsoperspektiv (Johnson, Richert, Svensson 2017, s. 311), kan ge uttryck för att ett större utrymme lämnas till skadereducerande insatser. För även om självaste droganvändningen inte ses som en rättighet, betonas medborgarens rätt till god hälsa.

5.5.2 Bostad först

I Sverige ingår tre olika modeller i Socialstyrelsens (2019, s. 51) riktlinjer för boendeinsatser vid hemlöshet. Av dessa är det genom bostad först-modellen som hemlösa

med ett pågående drogbruk kan erbjudas ett permanent boende. På grund av det kan Bostad först ses som en skadereducerande insats (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 308 f.). Insatsen fanns endast i 13 av Sveriges 290 kommuner år 2015 (ibid.). Men i deras *öppna jämförelser* under 2020 skriver Socialstyrelsen (2020, s. 4) att en femtedel av Sveriges kommuner kan erbjuda Bostad först. I motiveringen till Socialstyrelsens (2019, s. 52) rekommendation om bostad först, beskrivs modellen ha en något bättre effekt på boendestabilitet jämfört med vårdkedja. Dock ingår båda i en och samma rekommendation.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör

- erbjuda boendeinsatser i form av vårdkedja eller bostad först till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och som är hemlösa (prioritet 4). (Socialstyrelsen 2019, s. 52)

Det vill säga en rekommendation med prioritet 4. Att åtgärderna bidrar till ökad boendestabilitet, skriver Socialstyrelsen har varit avgörande för denna rekommendation. Till skillnad från vårdkedja och Bostad först presenteras emellertid boendetrappa med prioritet 8. En insats som socialtjänst och hälso- och sjukvård *i undantagsfall* kan erbjuda hemlösa med narkotikaberoende. Något som motiveras med att belysa de negativa effekter åtgärden kan ha. Vilket de menar bland annat inbegriper svårigheter att komma vidare till nästa steg i trappan, risk för regression, och att brukaren får börja om från ett tidigare steg i modellen (Ibid.). Utifrån vad Socialstyrelsen presenterar som avgörande för rekommendationen, genom deras motivering, kan Bostad först framstå som ett rimligt förstahandsval. Detta eftersom de skriver att Bostad först, jämfört med de andra två alternativen, anses ha en bättre effekt vad gäller just boendestabilitet. Vidare, i deras *öppna jämförelser* skriver Socialtjänsten (2020, s. 4) tillika att uppföljningar visar att, jämfört med andra boendeinsatser, så löser Bostad först i högre grad enskildas hemlöshet. Dock listas insatsen som en rekommendation med lika hög prioritering som vårdkedja.

Socialstyrelsen i Danmark publicerade 2020 rapporten: *Styrket implementering af Housing First*. I publiceringen lyfter de fram erfarenheter av bostad först i fyra utvalda länder. Socialstyrelsen presenterar bland annat Norges och Finlands implementering av bostad först i förhållande till landets egna upplevelser. I rapporten framgår det att

åtminstone 32 av landets 98 kommuner erbjuder insatsen (Socialstyrelsen 2020, s. 5). Det poängteras i beskrivningen av insatsen att en stabil bostadssituation anses vara en förutsättning för en förbättrad livssituation för individen. Vidare, till skillnad från svenska Socialstyrelsen, betonar de att skadereduktion ingår i insatsens grundprinciper. En skillnad som potentiellt kan tolkas som ett resultat av att skadereduceringen ansetts som kontroversiellt i Sverige (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 313). Den danska Socialstyrelsen fortsätter med att belysa att det föreligger en stark grad av evidens för att insatser baserade på Bostad först-principen, kan hjälpa människor från hemlöshet. Detta följs sedan upp med:

Housing First handler også om, at mennesker med komplekse, sociale problemer gives en specialiseret social støtte, for at de kan bo og forblive i egen bolig. (Socialstyrelsen 2020, s. 10)

De uppmärksammar alltså att socialt stöd också ges för att stärka individens förutsättningar för att behålla den egna bostaden. Något jag tolkar som ett slags erkännande, accepterande, av vissa begränsningar hos individen. De skriver nämligen att stödet ges för att behålla bostaden, inget annat. Vilket inbegriper att stödet inte ges för att individen ska uppnå drogfrihet. Detta är något jag menar, utöver att ligga i linje med skadereduceringens huvudmål (Rehm & Fischer 2010, s. 82), också kan härledas till den transteoretiska modellen för beteendeförändring (TTM). Detta då insatser som innefattar avhållsamhet från droger endast anses fungera för personer som befinner sig i TTM:s fjärde och femte stadie (Vearrier 2019, s. 126).

Socialstyrelsen (2019, s. 51 f.) i Sverige skriver också att den hemlösa personen ska erbjudas fortsatt stöd och vård i samband med egen bostad. Tillika belyser de att inga krav ställs på nykterhet eller deltagande i behandling. De skriver att stödinsatsen som erbjuds består av någon form av case management. Det vill säga någon form av modell för att samordna vård- och stödinsatser och förse klienten med passande vård och stödinsatser. Dock skriver de att avgörandet för rekommendationen om case management, bland annat, är att åtgärden kan bidra till avhållsamhet från droger. Något som möjligtvis kan ge uttryck åt ett lägre fokus på skadereducering. Detta utifrån den ovisshet som Room (2010, s. 109) lyfter fram, om drogfrihet kan ingå som målsättning med skadereducering.

5.6 Behandling

5.6.1 Substitutionsbehandling

I deras *nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* skriver Socialstyrelsen följande under rubriken: *Missbruk eller beroende av opioider*:

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende är en åtgärd som syftar till att förebygga återfall, förbättra social funktion samt minska medicinska komplikationer och dödlighet. (Socialstyrelsen 2019, s. 46)

Denna kortare beskrivning kan troligtvis anses ligga i linje med skadereducering utifrån ett folkhälsoperspektiv. Men i samband med att belysa denna mening kan också Socialstyrelsens kunskapsstöd: *läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende* från 2020 lyftas fram. Kunskapsstödet utgör en del av det uppdrag de erhållit av regeringen för att minska narkotikarelaterad dödlighet i Sverige. Målsättningen med kunskapsstödet beskrivs vara att bidra till en god och likvärdig vård och omsorg för opioidberoende personer. Socialstyrelsen skriver följande om läkemedelsassisterad behandling (LARO):

Målet med LARO är att, genom att erbjuda farmakologisk behandling, psykologiska eller psykosociala behandlingar eller socialt stöd, öka möjligheterna för personer med opioidberoende att uppnå drogfrihet⁵, samt ökad psykisk och fysiskt hälsa och socialt fungerande. (Socialstyrelsen 2020, s. 14)

Denna beskrivning av självaste målet med LARO, *att uppnå drogfrihet*, bör genom en återblick till kunskapsläget och utifrån definitionen av skadereducering, också uppmärksammas. Det vill säga utifrån diskussionen om en minskad drogkonsumtion, drogfrihet, kan ingå som direkt målsättning med en skadereducerande insats (Room 2010, s. 108 f.). Men som Johnson, Richert och Svensson (2017, s. 316 f.) påpekar ses också självaste behandling vanligtvis inte som skadereducering. Utan att det i stället kan ingå eller vara är en huvudinriktning i vissa behandlingsformer. Vidare har fokus, som tidigare lyfts fram under kunskapsläget, främst legat på att upphöra med droganvändningen i Sverige (ibid.). Dock uppmärksammas det att socialt stöd med mera är en del av LARO. I anslutning till ovanstående beskrivning av målet betonar de även att personens hela livssituation beaktas, och att ekonomisk stabilitet samt att upprätta nya sociala nätverk

över tid också kan ingå i målsättningen. På så vis avvisas inte de individuella förutsättningarna hos varje individ.

I de nationella riktlinjerna rekommenderar Socialstyrelsen (2019, s. 39) läkemedelassisterad behandling med buprenorfin-naloxon eller metadon vid opioidberoende som en insats som *bör* erbjudas. Socialstyrelsen motiverar rekommendationen med att båda behandlingsalternativ har en god effekt vad gäller andelen som stannar kvar i behandling, samt på deras droganvändning. Behandling med buprenorfin-naloxon beskrivs öka andelen som blir opioidfria, vilket Socialstyrelsen skriver varit avgörande för rekommendationen. Något som kan tolkas ge uttryck för ett lägre fokus ligger på skadereducering, detta med tanke på att ha minskad drogkonsumtion som mål (Room 2010, s. 108 f.).

Substitutionsbehandling erbjuds även i Danmark. I Sundhedsstyrelsens *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin*, uppmärksammas fördelarna med substitutionsbehandling. De skriver att en lägre dödlighet förekommer bland personer i behandlingen. Vidare belyser de att en minskning av riskbeteende och en viss brottslighet, samt en ökad sysselsättning, också kan ses inom denna grupp. I samband med att kommenterar sociala behandlingsinsatser i *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling 2019* skriver också danska Socialstyrelsen följande:

Social stofmisbrugsbehandling kan iværksættes uden lægelig behandling. På samme måde kan lægelig stofmisbrugsbehandling iværksættes uden en socialfaglig indsats, hvis den ordinerende læge i samarbejde med borgeren og den socialfaglige behandler vurderer, at borgeren ikke har behov for social stofmisbrugsbehandling eller andre sociale ydelser. Behandling med substitutionsmedicin bør dog som udgangspunkt ikke stå alene. (Socialstyrelsen 2019, s. 13)

Medicinsk behandling behöver alltså inte påbörjas tillsammans med sociala insatser, behandling, och vice versa. Men det påpekas emellertid även att utgångsläget är att

behandlingen inte enbart bör bestå av substitutionsmedicin. Dock, trots uppmärksammande i slutet, skriver de att detta inte är något krav. En redogörelse som i viss mån kan anses ge uttryck för vissa möjligheter som inte finns i Sverige. Det vill säga förutsättningar för en mer anpassad behandling, där exempelvis skadereducering kan få en mer central roll. En tolkning som kan jämföras med vad Johnson, Richert och Svensson (2017, s. 316 f.) lyfter fram som två huvudtyper av substitutionsbehandling. De särskiljer nämligen dessa två typer av behandlingar utifrån deras grad av struktur och rehabiliterande ambition. Vidare påpekar de att substitutionsbehandlingen i Sverige haft mest gemensamt med den ena av dessa huvudtyper. En typ av behandling som har en högre grad av rehabiliterande ambition och struktur. Detta eftersom strikta kriterier för vad som krävts för att bli beviljad behandling har funnits i Sverige. Men också då syftet har varit att uppnå förändrad livssituation och drogfrihet. I kontrast till denna typ av substitutionsbehandling finner vi den andra huvudtypen. En typ av behandling med låg grad av struktur, samt inga krav på förändring och att upphöra med droganvändningen (ibid.). Denna typ menar jag kan, till skillnad från substitutionsbehandlingen i Sverige, anses ligga närmare den i Danmark. Vidare, utöver det som tidigare lyfts fram, kan denna bild stärkas genom följande:

En beslutning om i utide at afslutte en substitutionsbehandling, fordi den er nytteløs, er en lægefaglig vurdering og bør overvejes nøje. Behandlingen bør altid genoptages, når patienten er motiveret, og der kan opnås enighed om en behandlingsplan. (Sundhedsstyrelsen 2017, s. 64)

Ovanstående är hämtat från Sundhedsstyrelsens *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin*, under rubriken *Afbrydelse af substitutionsbehandlingen*. I detta stycke framför de alltså att ett beslut om att avsluta en substitutionsbehandling innebär en medicinsk bedömning. Tillika skriver de att detta är något som bör övervägas noggrant. Att behandlingen alltid bör återupptas följer de sedan upp med följande:

Stofafhængige, der optræder truende eller voldelige over for personalet eller andre på behandlingsinstitutionen, kan bortvises fra behandling. Dette bør dog benyttes med varsomhed, og patienten bør altid gives andre tilbud,

herunder tilbud, der sikrer den fortsatte medikamentelle behandling.
(Sundhedsstyrelsen 2017, s. 64)

Sundhedsstyrelsen påpekar här att brukare kan utvisas från behandlingen men att, igen, detta bör tillämpas med försiktighet och övervägas. Tillsammans utgör dessa stycken, som lyfts fram ovan, helheten av det som presenteras under rubriken *Afbrydelse af substitutionsbehandlingen*. Till skillnad från att avbryta behandlingen på grund av att den visar sig verkningslös, eller utifrån att klienten agerar hotfullt, kommenteras inte användningen av droger i dessa stycken. Det vill säga något som kan förstärka uppfattningen om att substitutionsbehandlingen i Danmark ligger närmare en av dessa huvudtyper. Den huvudtyp där krav på förändring och drogfrihet saknas och där fokus i stället ligger på skadereducering (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 316 f.). Tillika är detta något som möjligtvis kan tolkas vara mer förenligt med en förståelse av människans begränsningar. Det vill säga de begränsningar som tidigare uppmärksammats i studien genom redogörelsen för olika stadier i den transteoretiska modellen (TTM). Vidare, vad som tidigare klargjorts, framhålls även individens förändringsprocess som en cirkulär process genom TTM, detta då just återfall är vanligt (DiClemente 2018, s. 23 ff.).

Vidare, att substitutionsbehandlingen som är aktuell i Sverige ligger närmare den andra huvudtypen, kan möjligtvis följande utdrag ge uttryck åt.

Om en patient, trots adekvata insatser för att förbättra behandlingsutfallet och när samtliga behandlingsinsatser haft utebliven effekt, fortsätter med sådant sidomissbruk kan risken med behandlingen överväga nyttan. I särskilt komplicerade fall kan läkaren bedöma att sidomissbruket i kombination med den läkemedelsassisterade behandlingen innebär en påtaglig medicinsk risk för patienten (4 kap. 8 § HSLF-FS 2016:1) och behandlingen kan behöva avslutas. (Socialstyrelsen 2020, s. 58)

Till skillnad från danska Sundhedsstyrelsen, ingår ovanstående i en mer omfattande beskrivning av att avbryta en behandling. Utdraget är hämtat från Socialstyrelsens kunskapsstöd: *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende 2020*, under rubriken: *Avsluta läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende*. Även då det

påpekas att behandling vid särskilt komplicerande fall av sidomissbruk, kan innebära en påtaglig risk för patienten. Så betonar de emellertid att det kan vara aktuellt att avsluta behandlingen på grund av ett sidomissbruk. Vidare, i samband med denna redogörelse skriver Socialstyrelsen:

En viktig del av behandlingsarbetet är att hjälpa patienten att upphöra med sitt sidomissbruk (Socialstyrelsen s. 58)

Det vill säga ett klagörande som kan anses ligga närmare huvudtypen med en högre grad av rehabiliterande ambition, där drogfrihet ofta ingår som mål (Johnson, Richert & Svensson 2017, s. 316 f.).

5.6.2 Heroinbehandling

Heroinbehandling erbjuds inte i Sverige och utifrån granskning av studiens empiri, framgår det att insatsen inte heller har kommenterats av dessa myndigheter. I Danmark kan emellertid opioidberoende personer behandlas med heroin (diacetylmorfin). Sundhedsstyrelsen (2020, s. 8) skriver i delrapporten *Stofmisbrugsbehandling – efterspørgsel og tilgængelighed*, att det etablerats fem kliniker som erbjuder behandlingen i Danmark. Syftet med behandlingen beskrivs i första hand vara att förhindra en försämring av patienternas hälsotillstånd, men avser på längre sikt även ha förbättring av hälsa och sociala situationer som målsättning. Behandlingen är avsedd för svårbehandlade patienter. Detta förtydligas genom att lyfta fram att patienterna som erbjuds behandlingen tillhör en grupp som tidigare genomgått flera långtidsbehandlingar med metadon. Något som stämmer överens med vad som tidigare framförts med hjälp av Strang, Groshkova och Metrebian (2012, s. 160 f.) under kunskapsläget.

6 Diskussion

Det framgår att två etablerade skadereducerande insatser erbjuds i Danmark men inte i Sverige. Dessa är *injektions- och brukarrum* och *heroinbehandling*. Dock har Folkhälsomyndigheten lyft fram ett åtgärdsförslag om att utreda förutsättningarna, samt behovet, av injektions- och brukarrum. Det framgår att användningen av begreppet skadereducering används mer sparsamt i svenska publikationer som granskats i studien.

Till skillnad från i Danmark framstår det som att myndigheterna i Sverige också tenderar att uppmärksamma drogfrihet som en möjlighet, målsättning, i samband med att lyfta fram dessa skadereducerande insatser.

På grund av studiens omfång och dess jämförande karaktär gjordes ett flertal avgränsningar. Tillika har tidspressen satt sin prägel på studiens utformning. Bland annat då bearbetningen av empirin från de danska myndigheterna visade sig vara väldigt tidskrävande. Utifrån detta, samt att ytterligare infallsvinkel erbjuds genom komparation, begränsades tillämpningen av teori i studien. Vidare ligger detta också till grund för beslutet om att använda färre frågeställningar i undersökningen. Dock, för att väga upp för en tunnare teoridel, tillämpades en något tyngre användning av tidigare forskning. Men tillsammans med frågeställningarna resulterade det i att studien fick en mer beskrivande inriktning. Troligtvis är det också ett resultat av att ett större område behandlades i studien. Det vill säga ett slags hinder för att tillämpa en djupare analys av varje enskild insats. Denna form av analys har dock, utifrån dess omfattning, inte varit studiens huvudsakliga syfte.

7 Referenser

1177 Vårdguiden (2020) *Naloxon vid opioidöverdos i Skåne*.

<https://www.1177.se/Skane/behandling--hjalpmedel/behandling-med-lakemedel/behandlingar-med-lakemedel/naloxon-vid-opioidoverdos-i-skane/>. Hämtat: 2020-12-12.

Ahrne, Göran, Svensson, Peter (2015) *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3. uppl. Stockholm: Liber.

Denk, Thomas (2002) *Komparativ metod: förståelse genom jämförelse*. Lund: Studentlitteratur.

DiClemente, Carlo C. (2018) *Addiction and change: how addictions develop and addicted people recover*. 2. Uppl., New York: The Guilford Press.

EMCDDA (2017) *Health and social responses to drug problem: a European guide*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA (2019a) *Denmark, Country Drug Report 2019*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA (2019b) *Sweden, Country Drug Report 2019*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA (2020) *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Folkhälsomyndigheten (2019) *Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika*.

Gedeon, Charlotte, Sandell, Mikael, Birkemose, Inge, Kakko, Johan, Runarsdottir, Valgerdur, Simojoki, Kaarlo, Clausen, Thomas, Nyberg, Fred, Littlewood, Richard, Alho, Hannu (2019) Standards for opioid use disorder care: An assessment of Nordic approaches. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(3): 286-298.

Hedrich, Dagmar, Kerr, Thomas, Dubois-Arber, Françoise (2010) Drug consumption facilities in Europe and beyond. I Rhodes, Tim & Hedrich, Dagmar (red.), *Harm*

reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Helilig, Markus (2019) *Beroendetillstånd*. 3. Uppl., Lund: Studentlitteratur.

Houborg, Esben (2014) Stofbrug og straf i Danmark – Heroinbehandling och legaliseringsdebatt. I Nilsson, Fredrik, Svensson, Bengt (red.) *Svensk och dansk narkotikapolitik. Gränsløs - tidskrift för studier av öresundsregionens historia, kultur och samhällsliv*, Iss 2001–4961.

Johnson, Björn (2005) *Metadon på liv och död: En bok om narkomanvård och narkotikapolitik i Sverige*. Lund: Studentlitteratur.

Johnson, Björn, Richert, Torkel, Svensson, Bengt (2017) *Alkohol- och narkotikaproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Kappel, Nanna, Toth, Eva, Tegner, Jette, Lauridsen, Sigurd (2016) A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs. *Harm Reduction Journal*. Vol. 13, p1-12.

Kimber, Jo, Norah, Palmateer, Hutchinson, Sharon, Hickman, Matthew, Goldberg, David, Rhodes, Tim (2010) Harm reduction among injecting drug users: Evidence of effectiveness. I Rhodes, Tim & Hedrich, Dagmar (red.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Knutagård, Marcus, Kristiansen, Arne (2016) Scaling Up Housing First Pilots – Drivers and Barriers. *Nordic Journal of Social Research*, Vol 10, Iss 1 (2019).

Regeringen (2018) “*Vi inför naloxonprogram för att minska dödligheten*”.

<https://www.regeringen.se/debattartiklar/2018/02/vi-infor-naloxonprogram-for-att-minska-dodsfallen/>. Hämtat: 2021-01-10.

Rehm, Jürgen, Fischer, Benedikt (2010) Harm reduction in an open and experimenting society. I Rhodes, Tim & Hedrich, Dagmar (red.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Rehm, Jürgen, Fischer, Benedikt, Hickman, Matthew, Ball, Andrew, Atun, Rifat, Kazatchkine, Michel, Southwell, Mat, Fry, Craig, Room, Robin (2010) Perspectives on

harm reduction — what experts have to say. I Rhodes, Tim & Hedrich, Dagmar (red.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Room, Robin (2010) The ambiguity of harm reduction — goal or means, and what constitutes harm? I Rhodes, Tim & Hedrich, Dagmar (red.), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.

Socialstyrelsen (2019) *Stark rekommendation för naloxon i nationella riktlinjer*.

<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/stark-rekommendation-for-naloxon-i-nationella-riktlinjer2/>. Hämtat: 2021-02-28.

Socialstyrelsen (2019) *Ändringar i lagen om utbyte av sprutor och kanyler – förslag till systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamhet i Sverige*.

Socialstyrelsen (2020) *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Socialstyrelsen (2020) *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*.

Socialstyrelsen (2020) *Styrket implementering af Housing First*.

Socialstyrelsen (2020) *Öppna jämförelser 2020 – Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden*.

Strang, John, Groshkova, Teodora, Metrebian, Nicola (2012) *New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Strike, Carol, Millson, Margaret, Hopkins, Shaun, Smith, Christopher (2013) What is low threshold methadone maintenance treatment? *International Journal of Drug Policy*. 24(6): e51-e56.

Sumnall, Harry, Bates, Geoff, Jones, Lisa (2017) *Evidence review summary: drug demand reduction, treatment and harm reduction*. Liverpool: Public Health Institute, John Moores University.

Sundheds- og Ældreministeriet (2012) *Sundhedsministeren åbner Danmarks første stofindtagelserum*.

<https://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Forebyggelse/2012/September/Aabning-af-foerste-stofindtagelsesrum-i-DK.aspx>. Hämtat: 2021-01-02.

Sundhedsstyrelsen (2017) *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin*.

Sundhedsstyrelsen (2018) *Supplement til Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsbehandling*.

Sundhedsstyrelsen (2019) *Udlevering af sterilt injektionsudstyr til personer med et IV-stofbrug*.

Sundhedsstyrelsen (2020) *Stofmisbrugsbehandling – efterspørgsel og tilgængelighed*.

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

Svensson, Bengt, Karlsson, Petter (2018) *Missbruk av heroin och andra opioider*. 2. Uppl., Lund: Studentlitteratur.

Tryggvesson, Kalle (2012) "Sprutbyte – visst bara de slutar med droger". Svenska myndigheters och politikernas hantering av rena sprutor till narkomaner. *Nordic Studies on Alcohol & Drugs / Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*. Vol. 29 Issue 5, p519-540, 22p.

Vearrier, Laura (2019) The value of harm reduction for injection drug use: A clinical and public health ethics analysis, *Disease-a-Month*, May 2019 65(5):119-141.