

Lunds universitet
Socialhögskolan
SOL 065
Ht 2005

Metadon – drog eller medicin

- en diskursanalys av Socialstyrelsens föreskrifter för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende.

Författare: Susanne Svefors
Linda Thomsen

Handledare: Agneta Hedblom

Abstract:

This thesis discusses the attitudes versus methadone assisted rehabilitation ad modum Dole Nyswander in Sweden during the period 1972 – 2004. This is done by means of a Foucault inspired discourse analysis applied on the directions issued by the Board of Health and Social Affairs. The context in which these directions were created is also described, in which scientific achievements on methadone treatments during the period, and the main actors struggling to establish and define the discourse on narcotics and narcomania, are juxtaposed to the effects of the work of the Board. It is stated that the directions were largely affected not by scientific results and knowledge on methadone, but by the symbolic connotations of narcotics in Sweden established in the discourse already in the mid 1960:s. Also during the end of the studied period, after the occurrence of AIDS had begun making methadone more broadly accepted, the findings of this thesis showed that the legacy of the 1970:s symptomtheory and its severe antagonism against methadone, was still present, in effect, in the discourse around methadone and subutex assisted rehabilitation, and so in the directions issued by the Board of Health and Social Affairs.

Key words:

Methadone, Discourse analysis, Board of Health and Social Affairs, Narcotics, Heroin, Opiates, Methadone assisted rehabilitation, HIV, AIDS

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Förord | 5 |
| 1. Inledning | 6 |
| 1.1 Problemformulering | 6 |
| 1.2 Syfte | 7 |
| 1.3 Frågeställningar | 7 |
| 2. Metod..... | 8 |
| 2.1 Materialinsamling..... | 8 |
| 2.2 Analysmetod..... | 9 |
| 2.3 Diskursanalys | 10 |
| 2.4 Reliabilitet | 12 |
| 2.5 Validitet | 12 |
| 2.6 Källkritik | 13 |
| 2.7 Avgränsning | 14 |
| 2.8 Begreppsdefinitioner | 14 |
| 2.8.1 Underhållsbehandling - Metadonbehandling | 14 |
| 2.8.2 Beroende..... | 15 |
| 2.8.3 Missbruk..... | 16 |
| 2.9 Fortsatt framställning | 17 |
| 2.10 Tidigare forskning | 17 |
| 3. Bakgrund..... | 19 |
| 3.1 Heroinets etablering och egenskaper | 19 |
| 3.2 Heroinberoende | 21 |
| 3.3 Metadon och dess egenskaper | 22 |
| 3.4 Metadonbehandlingens framväxt i Sverige..... | 23 |

| | |
|--|----|
| 4. Forskning på Metadonbehandling..... | 25 |
| 4.1 Internationell forskning på Metadonbehandling | 25 |
| 4.2 Svensk forskning, uppföljning och utvärdering av Metadonbehandling . | 26 |
| 4.3 Forskning i sammanfattning..... | 29 |
| | |
| 5. Kontexten inför föreskrifterna 1972-2004..... | 30 |
| 5.1 Kontexten inför MF 1972: 28..... | 30 |
| 5.1.1 Den svenska narkotikapolitiken tar form | 30 |
| 5.1.2 Huvudstrategier i och förklaringsmodeller av svensk narkotikapolitik | 33 |
| 5.1.3 En sammanfattning av svensk narkotikapolitik | 35 |
| 5.1.4 Ulleråkers verksamhet 1966-72 | 36 |
| 5.1.5 Socialstyrelsens incitament för föreskrifterna 1972..... | 36 |
| 5.1.6 En kort sammanfattning av MF 1972: 28..... | 36 |
| | |
| 5.2 Kontexten inför SOSFS 1983: 2..... | 37 |
| 5.2.1 Hasselarörelsen..... | 37 |
| 5.2.2 Kritik mot Ulleråker | 38 |
| 5.2.3 En kort sammanfattning av SOSFS 1983: 2..... | 40 |
| | |
| 5.3 Kontexten inför SOSFS 1988: 4..... | 41 |
| 5.3.1 AIDS- Ett nytt hot uppstår | 41 |
| 5.3.2 Vårdideologiska motsättningar | 43 |
| 5.3.3 En kort sammanfattning av SOSFS 1988: 4..... | 44 |
| | |
| 5.4 Kontexten inför SOSFS 1990: 16..... | 44 |
| 5.4.1 En kort sammanfattning av SOSFS 1990: 16..... | 45 |
| | |
| 5.5 Kontexten inför förändringarna i föreskriften under 1990-talet..... | 45 |
| 5.5.1 Heroinbrukets utveckling | 45 |
| 5.5.2 Rester av motstånd mot Metadonbehandlingen | 45 |
| 5.5.3 Förändringar i föreskrifterna under 1990-talet..... | 46 |
| | |
| 5.6 Kontexten inför SOSFS 2004: 1 och SOSFS 2004: 8..... | 46 |

| | |
|--|----|
| 5.6.1 Narkotikakommitténs betänkande år 2000 – Vägvalet | 46 |
| 5.6.2 Dödligheten ökar | 47 |
| 5.6.3 Kritik mot Socialstyrelsen | 48 |
| 5.6.4 En kort sammanfattning av SOSFS 2004: 1 och 2004: 8..... | 49 |
| | |
| 6. Analys | 50 |
| | |
| 6.1 MF 1972: 28 | 50 |
| 6.1.1 Möjlighetsvillkor inför MF 1972: 28 | 50 |
| 6.1.2 Målet..... | 52 |
| 6.1.3 Intagningskriterier | 52 |
| 6.1.4 Vårdinrättningar | 53 |
| 6.1.5 Taket för antalet patienter..... | 54 |
| | |
| 6.2 SOSFS 1983: 2..... | 54 |
| 6.2.1 Socialstyrelsen och möjlighetsvillkoret 1973-1983 | 54 |
| 6.2.2 Målet..... | 55 |
| 6.2.3 Intagningskriterier | 56 |
| 6.2.4 Vårdinrättningar | 56 |
| 6.2.5 Taket för antalet patienter..... | 57 |
| | |
| 6.3 SOSFS 1988: 4..... | 57 |
| 6.3.1 Möjlighetsvillkor | 57 |
| 6.3.2 Målet..... | 58 |
| 6.3.3 Intagningskriterier | 60 |
| 6.3.3.1 Stor restriktivitet..... | 60 |
| 6.3.3.2 Försvarbart | 61 |
| 6.3.4 Vårdinrättningar | 61 |
| 6.3.5 Taket för antalet patienter..... | 62 |
| | |
| 6.4 SOSFS 1990: 16 | 64 |
| 6.4.1 Målet..... | 64 |

| | |
|---|-----------|
| 6.4.2 Intagningskriterier | 65 |
| 6.4.3 Vårdinrättningar | 66 |
| 6.4.4 Taket för antalet patienter..... | 66 |
| 6.4.5 Vårdens upphörande..... | 67 |
| 6.5 SOSFS 1991: 33 | 68 |
| 6.5.1 Vårdinrättningar | 68 |
| 6.6 SOSFS 2004: 8..... | 69 |
| 6.6.1 Möjlighetsvillkor | 69 |
| 6.6.2 Målet..... | 70 |
| 6.6.2.1 Underhållsbehandling..... | 71 |
| 6.6.2.2 Beroende..... | 72 |
| 6.6.2.3 Förbättrad hälsa och social situation | 73 |
| 6.6.2.3 Dokumenterat | 74 |
| 6.6.2.4 Missbruk mot beroende | 75 |
| 6.6.2.5 Hinder för vård | 76 |
| 6.6.2.6 Socialtjänstens inflytande..... | 77 |
| 6.6.2.7 Spärrtid | 78 |
| 6.6.2.8 Brott..... | 78 |
| 6.6.3 Vårdinrättningar | 79 |
| 6.6.4 Vårdens upphörande..... | 80 |
| 6.6.4.1 Vård | 80 |
| 6.6.4.2 Planerad avveckling | 81 |
| 6.6.4.3 Uteslutning | 82 |
| 7. Sammanfattning och slutdiskussion..... | 83 |
| 8. Källförteckning..... | 87 |

Förord

Vi vill här passa på att tacka några personer som har varit till hjälp under arbetet med denna uppsats; Dolf Tops, Björn Johnson, Conny Höjd, Bengt Wennermark, Abdit Dundar och Agneta Hedblom, ett stort tack till Er!

Susanne och Linda

1. Inledning

I svensk narkotikapolitik och narkotikadebatt har man under den senaste tiden i högre grad diskuterat Metadonbehandling. Samtidigt är det nästan trettio år sedan man utvärderade denna behandling med goda resultat. Lindgren (1993) Johnson (2003, 2005a), Tops (2003) Goldberg (2005) m.fl. har visat att policy kring narkotikapolitik i betydande utsträckning formas på andra grunder än de vetenskapliga. Metadonbehandlingen har sedan den startade år 1965 som en försöksverksamhet i Ulleråker mött ett hårt motstånd. Björn Johnson, narkotikaforskare, visar i sin avhandling (2003) hur motståndet mot Metadonbehandlingen har lett till mycket onödigt lidande och död för många opiatmissbrukare. Johnson visar att Socialstyrelsen valde att så länge det var möjligt avstå från att fatta några avgörande beslut i Metadonfrågan. När Metadonbehandlingen godkändes år 1983 som en behandlingsmetod grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet så tillsattes samtidigt en mängd restriktioner och föreskrifter gällande behandlingen. Under mitten av 80-talet började motståndet minska en aning då Metadonbehandling kom att kunna bli en möjlig lösning på AIDS- och HIV-smittan.

Socialstyrelsens föreskrifter om Metadon har under årens lopp förändrats ett antal gånger och det är dessa vi kommer att fokusera på i vår studie.

1.2 Problemformulering

Socialstyrelsen har tillsynsansvaret över narkotikabehandlingen och ska utforma riktlinjer och föreskrifter. Socialstyrelsen har att besluta i en mängd frågor varvid vetenskap och beprövad erfarenhet bör ligga som en grund.

Narkotika och speciellt vård av heroinmissbrukare med hjälp av Metadon och Subutex är en värdeladdad fråga för samhällets olika politiska aktörer. Socialstyrelsen har sedan 1980-talet och fram till år 2004 släppt en hel del på de restriktioner som Metadonprogrammen har omfattats av. Det senaste som hänt är bland annat att taket för antalet patienter som får vara under behandling har tagits bort samt att alla vårdinrättningar kan ansöka om att få ha ett Metadonprogram. Metadonfrågan är sålunda mycket aktuell idag. Metadonbehandling har motarbetats av olika aktörer och organisationer exempelvis av socialtjänsten som under åren valt att inte remittera patienter i den utsträckning som de borde gjort med ideologiska motiv

som grund. Konflikten har till stor del vilat på motsättningar mellan det medicinska och det sociala perspektivet (Socialstyrelsen PM 174/87 1987, Johnson 2003, 2005a).

Denna studie kommer att ur bland annat ett historiskt perspektiv belysa hur Metadonfrågan har behandlats av Socialstyrelsen samt att genom diskursanalys analysera delar av föreskrifterna under perioden 1972-2004. Anledningen till att vi analyserar denna period är att den första föreskriften som kom angående Metadonbehandling är från år 1972 och den senaste är från år 2004. Innehållsmässigt har vi valt ut fem problemområden i föreskrifterna. Bortsett från att det gör arbetsbördan hanterlig för oss så har det också metodologisk grund. Vårt val av metod gör att vi behöver fokusera på vissa fenomen, grundläggande begrepp och därmed problemområden.

Vi som blivande socialarbetare kan framöver ha makt att kunna påverka behandlingen för heroinmissbrukare. Det är av en stor betydelse att man i en sådan position är insatt i olika behandlingsmetoders effektivitet. Vi menar att det också är av betydelse att ha kännedom om regelsystemet och varför det ser ut som det gör i detta fall när det gäller behandling av heroinmissbrukare.

1.2 Syfte

Syftet är att analysera delar av Socialstyrelsens föreskrifter och de bakomliggande argumentationerna vid Metadonbehandling.

1.3 Frågeställningar

- Hur har föreskrifterna utvecklats inom följande fem problemområden:
 - Målet för Metadonbehandlingen relaterat till målet för narkotikapolitiken.
 - Intagningskriterierna till Metadonprogrammet
 - Taket för antalet patienter i behandling
 - Antal behandlingsenheter i riket
 - Vårdens upphörande
- På vad baseras Socialstyrelsens föreskrifter kring Metadonbehandling som tillkommit under perioden 1972- 2004?
- Vad är det för forskningsresultat som har tillkommit under perioden?

- Går Socialstyrelsens beslut hand i hand med forskningen?
- Hur verkar föreskrifternas grundläggande begrepp värderande och styrande när det gäller Metadonbehandling och synen på den?
- Hur värderas Metadonbehandling i förhållande till andra behandlingsformer?
- Hur förändras diskursen kring Metadonbehandling i föreskrifterna?

2. Metod

2.1 Materialinsamling

Studien använder sig av tre typer av källor nämligen tryckta, digitala och muntliga. Vid materialinsamlingen har vi inledningsvis använt oss av en explorativ metod. Det innebär att vi har letat efter källor med utgångspunkt i definition av vad som skall undersökas och relevanta begrepp.

När det gäller internetsökning har vi sålunda valt sökord efter relevans. Vi har kombinerat olika sökord såsom exempelvis; Metadon kombinerat med Socialstyrelsen, Gunne, Johnson, RFHL, Morgan Johansson, beslut, Bejerot, föreskrifter. Vi har också använt sökord såsom underhållsbehandling, Metadonbehandling, Metadonprogram, heroinmissbruk, opiatberoende. Vi har sökt material på söksidor med vedertaget god kvalitet såsom Google och Altavista. Detta främst i syfte att finna artiklar om Socialstyrelsens föreskrifter kring Metadonbehandling. På Internet har vi förutom sökmotorer använt oss direkt av vissa adresser såsom Socialstyrelsens hemsida, härifrån har vi också beställt en del material, Metadonpatientsföreningens hemsida, RFHL: s hemsida, Regeringens hemsida. När det gäller val av litteratur har explorativt val gjorts via sökning i databaser för artiklar och litteratur såsom ELIN, LIBRIS, Drogportalen, PsycINFO och Sociological Abstracts. Då har vi sökt på Metadon och Metadon + Socialstyrelsen. Sökningar som vi genomförde via dessa databaser gav oss främst amerikanskt material. Vi fick inte heller speciellt många träffar varpå vi fick välja andra sökord. Metadonfrågorna kan man ofta finna i litteratur om heroin, beroende, narkotikapolitik eller behandling för missbrukare.

Fortsättningsvis har vi använt oss av en snöbollsmetod. Det vill säga att vi genom källor vi funnit på området har vi funnit nya källor via länkar eller litteraturförteckning. Vi har funnit litteratur om Metadon, om Metadonbehandling och dess framväxt, övrig narkomanbehandling, beroende, heroin, narkotikapolitiken i Sverige både från ett svenskt och utifrån ett inter-

nationellt perspektiv. Vidare har vi funnit forskningsartiklar, utredningar och kunskapsöversikter, bland annat Socialstyrelsens rapporter, Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU-rapporter) och Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) rapporter samt Forskning och utvärdering (FoU-rapport). Forskningen handlar till stor del Metadonbehandlingens effektivitet. Vi har främst tittat på den svenska forskningen och auktoriteterna här men vi har inte helt uteslutit den internationella forskningen.

Som ett komplement till de skrivna källorna har vi använt oss av muntliga källor. De muntliga källor som vi har fått tillgång till är Dolf Tops som är forskare inom narkotikaområdet och som ofta refereras till i litteratur om den svenska narkotikapolitiken. Genom sökning på LIBRIS fann vi att ett återkommande namn var Björn Johnson. Vi kom på så vis i kontakt med hans avhandling *Policysridning som översättning* samt hans bok *Metadon på liv och död*. Vi tog därefter via e-mail kontakt med Tops och med Johnson. Genom Björn Johnson fick vi tips på vilka personer som vi borde kontakta på Socialstyrelsen, Bengt Wennermark och Adit Dundar. Wennermark har vi kontaktat vid ett flertal tillfällen både via telefon och via e-mail. Han har hjälpt oss att plocka fram material som Socialstyrelsen grundat sina föreskrifter på och besvarat våra frågor. Abit Dundar på Socialstyrelsen har också kontaktats angående de senaste föreskrifterna både via telefon och via mail. Genom Socialstyrelsen har vi beställt föreskrifterna från 1972- 2004, olika utredningar, kunskapsöversikter samt annat material som legat till grund för föreskrifterna. Vi fick tips av Björn Johnson att ta kontakt med Metadon Patient Föreningens ordförande Conny Höjd vilket också gjordes via e-mail. Björn Johnson har också hjälpt oss att besvara frågor som vi har haft kring föreskrifterna.

Dolf Tops har hjälpt oss genom att låna ut en mängd material i form av handlingar från Socialstyrelsen under åren 1990-1998 men också äldre forskningsartiklar, handlingar från Metadonrådets sammanträden och annan litteratur på området.

2.2 Analyismetod

Vår studie är induktiv. Detta innebär att utifrån det material som redan finns på området har vi analyserat och dragit slutsatser (Wallén 1996). Vi har använt oss utav en kvalitativ metod. Sådana metoder används ofta i samhällsforskning. I den kvalitativa metoden är forskarens uppfattning och tolkning av informationen av stor betydelse. Den kvalitativa metoden syftar snarare till att förstå än att förklara. Den kvalitativa metod som vi har använt oss av är textanalys. Det finns två sätt att genomföra en textanalys på, ena är att göra en delanalys och den andra

som vi gjort är en helhetsanalys. I vårt fall innebär detta att vi har utifrån det material vi fått in valt ut vissa problemområden i föreskrifterna som vi sedan har analyserat. Vidare utifrån detta har vi ställt upp våra frågeställningar (Holme & Solvang 1997). Som analysmetod har vi valt att använda oss av Foucaultinspirerad diskursanalys. När vi här väljer diskursanalys har vi försökt att tränga bakom det osynligt självklara som ges av språkbruk.

2.3 Diskursanalys

Diskurs kan sägas innehålla en idé om att språket är strukturerat i olika mönster som våra uttalanden följer när vi agerar inom olika sociala områden. Diskursanalys innebär att man analyserar dessa mönster. Vårt tillträde till verkligheten går genom språket som betraktas som en maskin och som bildar den sociala världen. Genom språket skapar vi representationer av verkligheten. Dessa är inte speglingar av verkligheten utan konstruerar istället vår sociala verklighet. Inte heller materiella fenomen är egentligen verkliga i ordets djupare betydelse enligt vår diskursdefinition utan får *mening* först i och med att vi talar om det. När ett fenomen beskrivs av oss människor får det sin mening och blir därför verkligt för oss. Utgångspunkten är sålunda att man aldrig kan nå verkligheten utanför diskursen och därför är diskursen föremål för analysen (Winther & Jørgensen 2000).

Det finns ett antal olika varianter av diskursanalys. De skiljer sig åt bl. a. huruvida man betraktar en diskurs som en av många samtida diskurser som konkurrerar sinsemellan eller om man menar att varje tid endast har en diskurs, till stora delar svår att urskilja för sin samtid, men föränderlig över tiden. Vi har valt att låta oss inspireras av Foucaults diskursbegrepp och det innebär att vi utgår från att det endast finns en diskurs i ett givet sammanhang vid varje tidpunkt, men att den förändras över tiden i takt med att *möjlighetsvillkoren* omformuleras eller byts ut (ibid.). Möjlighetsvillkor innebär att det vid tidpunkten fanns vissa villkor som gjorde det möjligt för denna diskurs att etablera sig just då. Enligt Ulf Olsson är möjlighetsvillkor föreställningen om att dessa villkor är ett hot, jämte föreställningen om att den föreslagna lösningen är den enda möjliga (Olsson 1999).

Enligt Michael Foucault handlar diskursanalys om att klargöra strukturen i olika kunskapsregimer, vad som får sägas, vad som är otänkbart att säga, vad som betraktas som sant respektive falskt. Kunskap är inte bara en avspegling av verkligheten. Sanning är en diskursiv konstruktion och olika kunskapsregimer anger vad som är sant respektive falskt. Foucault menade att makt och kunskap förutsätter varandra. Makten skapar vår sociala omvärld samti-

digt som makten gör att omvärlden kan omnämnas på vissa sätt samtidigt som vissa sätt utsluts. Makten är både produktiv och begränsande. Foucault definierade diskurs på följande sätt:

Man kallar en mängd utsagor för diskurs i den mån de beror av samma diskursiva formation...den består av ett begränsat antal utsagor för vilka man kan definiera en mängd av existensvillkor.
(Winther & Jørgensen 2000 s.19)

En *diskurs* är alltså en avgränsning om vad som kan sägas och tänkas om ett fenomen och samtidigt konstruerar diskursen fenomenen. Mera konkret sker detta genom språkliga framställningssättet och institutionell praktik. Diskurserna och hur de framställer objekten präglas av samhällsintressen och maktförhållanden. Analyserar man diskursen kan man alltså synliggöra de maktprocesser eller maktförhållanden som är diskursens ursprung. Vid analys av diskurser betraktar man bland annat grundläggande begrepp och föreställningar, dess maktrelaterade härkomst och dess möjlighetsvillkor (Olsson 1999).

Exempel på olika fenomen inom diskursen kan vara missbrukare, knark, narkotika, droger, Metadon eller heroinist. Orden associerar vi automatiskt till en mängd känslor och föreställningar om människors värde, hotbild och liknande. Tar vi narkotika som exempel på ett fenomen. Ordet i sig har en speciell "klang" och en medbetydelse. Vi kan inte säga narkotika utan att associera till samhällliga eller gemensamma intressen. Ett annat sätt att säga det på är att ingen mänsklig handling kan ske utanför samhällliga maktförhållanden. Socialstyrelsen formulerar en text som är ett avtryck av diskursen. Foucault menade att från nationalstaternas uppkomst har samhället i ökande grad utvecklat *maktprocesser* med syfte att styra attityder, tankar, känslor och beteende i viss riktning. Sådana maktprocesser bildar tillsammans en *styrningsmentalitet*. Styrningsmentaliteten ger upphov till en diskurs, aktiveras och kommer till uttryck när något visst fenomen börjar upplevas som ett hot mot statens säkerhet eller välstånd. Foucault skilde på *positiva och negativa maktprocesser*. Positiva maktprocesser är påverkanprocesser med en uppmuntrande, skapande och befrämjande inriktning. Negativa maktprocesser är istället påverkanprocesser som är kontrollerande, bestraffande och hindrande. Foucault menade vidare att all kunskap utvecklas inom komplicerade makt- och vetandereationer Att nämnda maktprocesser verkligen kan få oss att tänka och agera annorlunda av egen vilja beror enligt Foucault på *subjektifieringen*, vilket är människans strävan att definiera sig själv som subjekt. Hellre än att motvilligt lyda order internaliserar vi de förväntningar som riktas mot oss. Vi accepterar diskursen, lånar den eller gör den till, vår röst och vilja. Genom att delta i samhällets maktutövning blir vi en del av samhället och samhället en del av oss (ibid.).

Denna form av analys menar vi har många fördelar i detta sammanhang. I och med det konstruktivistiska inslaget kan vi analysera på vilket sätt som Socialstyrelsen har varit delaktig i skapandet av den politik och de attityder som finns och har funnits genom narkomanvård avseende underhållsbehandling av Metadon.

2.4 Reliabilitet

Reliabilitet är av större betydelse vid en kvantitativ studie än vid en kvalitativ. I denna form av studie är inte reliabiliteten hög. Reliabilitet handlar bland annat om att en annan forskare vid en annan tidpunkt skall kunna få fram samma resultat och reliabilitet förutsätter alltså ett statistiskt förhållande. Texterna vi har analyserat är statiska och finns kvar men betraktarna är inte statiska och kan heller inte förutsättas vara exakta och göra samma tolkningar. Objektivitet handlar bland annat om hur olika forskare registrerar, registrerar man likadant är reliabiliteten också hög. Vi kan inte förutsätta att någon skulle göra exakt samma tolkning som vi av det vi analyserat med vår valda analysmetod. Olika analysmetoder ger också olika resultat och Socialstyrelsens föreskrifter skulle ha kunnat analyserats på ett annat sätt utifrån ett annat perspektiv (Trost 1997).

2.5 Validitet

Validitet innebär att man mäter det man avser att mäta och detta är alltså ingen studie som avser att mäta (Wallén 1996). Vi analyserar texter. Vi har valt det material som vi behöver för att kunna analysera dessa texter, Socialstyrelsens föreskrifter. Föreskrifterna studerar vi bland annat utifrån den forskning som finns. I forskningen har vi försökt att välja ut de auktoriteter som finns på området samt den forskning som Socialstyrelsen själv hänvisat till i sina utredningar och via telefonkontakt med oss. Vi har främst valt den svenska forskningen då det är de svenska förhållandena Socialstyrelsen i första hand bör titta på när de konstruerar sina föreskrifter. Sammantaget anser vi att denna data ger oss möjlighet att besvara forskningsfrågan.

2.6 Källkritik

Många av dokumenten används som primärkällor. När det däremot gäller den internationella forskningen på området har vi också använt sekundärkällor. Den internationella forskningen har använts i liten utsträckning i studien då fokus har legat på de svenska Metadonprogrammen och hur dessa fungerar/fungerat. Vi har valt att enbart använda oss av den internationella forskningen som Socialstyrelsen offentliga utredningar hänvisar till i sina skrifter när det gäller forskning om Metadonbehandling, då det är denna forskning man använt tillsammans med den svenska vid beslut kring föreskrifterna. Vid forskning som rör narkotikapolitik har vi valt att använda oss av en forskare från Nederländerna Boekhout van Solinge. Van Solinge är konstruktivistisk och problematiserar bilden av narkotika och narkomani. I vår studie har kontexten under framväxten varit av betydelse och vi har därmed behövt forskning som visar hur narkotikapolitiken har konstruerats och därmed har van Solinges forskning varit av intresse för vår studie. När det gäller den svenska forskningen kring narkotikapolitik har vi valt ut auktoriteter på området, samtlig forskning som använts utförts av framstående statsvetare, sociologer, medicinare med området som specialitet.

En invändning mot materialet kan vara att en stor del av den forskning som här ställs mot föreskrifterna är utförd av utförarna själva. Som en utgångspunkt för studien har vi att dessa forskare beaktat vetenskaplig hederlighet och är seriösa i sin vilja att korrekt utvärdera sin verksamhet. Samtlig forskning som använts här har vederbörligen granskats och upptagits av forskarsamhället. Dessutom har Socialstyrelsen utfört utvärderingar och granskningar av programmen samt haft en kontrollfunktion för Metadonprogrammen som vi också tar i beaktande. Förutom forskningen om narkotikapolitik och forskningen kring Metadonbehandling har vi också tittat en del på debatten kring Metadonfrågan men denna har ej studerats på ett systematiskt vis då detta ej varit rimligt inom ramen för en c-uppsats.

Dokument som har hämtats från Internet kommer från kända föreningars och organisationers hemsidor. Det förekommer alltså ingen osäkerhet om ursprunget. Andra källor som använts från Internet är kända tidskrifter såsom *Läkartidningen* och *Alkohol och Narkotika*. Vi har också använt oss av debattartiklar men har också här varit noga med källorna och enbart använt oss av seriösa debattörer. När vi använt oss av intresseföreningars åsikter i frågan är vi medvetna om att dessa inte alltid har sin plattform i vetenskap och beprövad erfarenhet utan att det många gånger handlar om just åsikter. Vi har trots detta valt att använda en del av

denna typ av källa för att vi menar att dessa har varit av viss betydelse då de utgör en del av den kontext som Socialstyrelsens föreskrifter växt fram ur.

2.7 Avgränsning

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter om Metadonbehandling mellan 1972 och 2004. Därför har studien dessa avgränsningar i tid vad det gäller studier om föreskrifterna. I föreskrifterna har vi valt ut fem problemområden som analyseras. Dessa är följande; målet med Metadonbehandling, intagningskriterier, vårdens upphörande, taket för antalet patienter samt antalet Metadonbehandlingsprogram. Vi har valt dessa fem områden av olika skäl. Ett som vi tidigare nämnt, ett metodologiskt. Vårt val av metod gör att vi behöver fokusera på vissa fenomen, grundläggande begrepp och därmed vissa problemområden. Vi har valt problemområden som vi funnit varit av betydelse för Metadonbehandlingens utveckling. Vi har intresserat oss för restriktionerna då vi tänkt att dessa kan förväntas vara ett uttryck för diskursens föreställning av fenomenet. Studien är inte heller av sådan omfattning att den medger en uttömmande analys av samtliga aspekter av föreskrifterna. En annan avgränsning vi gjort är att vi har valt att fokusera på den svenska forskningen. Den främsta anledningen till detta är att föreskrifterna gäller de svenska Metadonprogrammen och därmed är det de svenska behandlingsresultaten som bör ligga till grund när Socialstyrelsen författar sina föreskrifter.

2.8 Begreppsdefinitioner

2.8.1 Underhållsbehandling – Metadonbehandling

Återkommande begrepp i vår studie är begreppen för själva behandlingen med Metadon. Behandlingen kan kallas för Metadonbehandling, underhållsbehandling, läkemedelsassisterad behandling eller Metadonprogram. Vi använder oss främst av begreppet Metadonbehandling vilket både kan innefatta låg- och högtröskelprogram. Ett lågtröskelprogram innebär bl.a. att det är en lägre tröskel för att komma in i programmet samt att det inte behöver vara i kombination med psykosocial behandling. Några lågtröskelprogram har inte funnits i Sverige vad det gäller Metadon. När vi talar om olika Metadonenheter benämner vi detta som Metadonprogram eller underhållsbehandling. Underhållsbehandling definieras av Socialstyrelsen som:

behandling med Metadon eller andra läkemedel som utgör narkotika... och som godkänts för behandling vid opiatberoende och ordineras i samband med psykosocial behandling vid sådant beroende (SOSFS 2004: 8, s.1).

Läkemedelsassisterad behandling med Metadon används ofta i Socialstyrelsens skrifter och när vi hänvisar till detta används även detta begrepp.

2.8.2 Beroende

För patienterna i Metadonbehandling finns en mängd benämningar *heroinister, narkomaner, missbrukare, intravenösa opiatmissbrukare* och *heroinberoende*. För att man ska få komma under behandling med Metadon krävs det fr.o.m. 2004 att man har ett *opiatberoende*. Före 2004 angavs *opiatmissbruk* som kriterium. Beroendebegreppet kan anses vara mer neutralt än missbruksbegreppet då man i beroendet mer fokuserar på sjukdom och tar på så vis bort skuld från individen och minimerar den moraliserande bitonen.

Inom sjukvården använder man sig av det amerikanska diagnostiska DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eller Världshälsoorganisationens klassifikationssystem ICD 10 (International Classification of Diseases 10:e upplagan) för att fastställa ett beroende. Dessa två system har nyligen samordnats, det finns små skillnader men i den praktiska diagnostiken överensstämmer de ganska väl (Berglund 1995). När man talar om beroende är det egentligen det psykiska beroendet man talar om, detta är det centrala begreppet. Det fysiska beroendet räknas in som ett av kriterierna av det psykiska beroendet. Enligt ICD-10 föreligger ett beroende när tre av följande sex kriterier är uppfyllda:

1. drogbegär,
2. kontrollförlust,
3. abstinenssymtom,
4. toleransutveckling
5. inskränkning av övriga intressen,
6. ihållande av bruk trots skadliga/negativa konsekvenser.

Fysiskt beroende definieras som ett adaptivt tillstånd, som yttrar sig som toleransutveckling och som fysiska och psykiska störningar (abstinenssymtom) när drogen upphör. Toleransutvecklingen innebär att brukaren behöver ta allt större doser för att uppnå samma effekt (Cullberg 2003).

2.8.3 Missbruk

Juridiskt/rättsligt definieras *missbruk* som allt illegalt bruk av narkotika. Inom sjukvården använder man istället DSM-IV för en definition av *missbruk* och ICD-10 för en definition av *skadligt bruk*. I definitionen av missbruk enligt DSM-IV ska man uppfylla en av följande punkter för att ha en missbruksproblematik:

1. 1 upprepad användning av drogen som leder till misslyckande att fullgöra sina plikter i skola, på arbetet eller i hemmet,
2. upprepad användning av drogen i riskfyllda situationer,
3. upprepade kontakter med rättsväsendet som följd av missbruket,
4. fortsatt användning trots återkommande problem (Johansson & Wirbing 2005).

Det finns andra begrepp som används, exempelvis *problematiskt bruk*. Nära i betydelse är exempelvis *riskbrukare*, *brukare* och *problematisk konsument*. *Riskbruk* används när en person anses vara i riskzonen för att utveckla ett missbruk. Denna term har vi inte använt i studien. *Brukare* anger inte att personen ifråga har ett problematiskt förhållande till drogen utan konstaterar enbart att personen tar drogen. Vi har använt oss av flera olika begrepp i studien. Då samtliga har kunnat betraktas som beroende har detta varit ett centralt begrepp. Ett annat begrepp som vi använt är patienter. Dessa opiatberoende står under läkemedelsbehandling och därmed har begreppet patienter använts. Denna grupp benämns ofta i media och litteratur som heroinmissbrukare och sålunda har vi också använt oss av detta. Missbruk är i studien ett omtvistat begrepp då Socialstyrelsen inte definierat detta därmed kommer detta begrepp att finnas med och diskuteras under uppsatsens gång. Anledningen till att vi inte varit konsekventa i vad vi kallar dessa individer är bland annat på grund av vårt val av metod där språkdräkten är av stor betydelse- vad vi härleder de olika begreppen till. Och vi har försökt att använda oss av de begrepp som de texter vi hänvisar till har använt och när vi talar för egen del har vi främst använt oss av heroinberoende eller patienter.

2.9 Fortsatt framställning

Först kommer en forskningsgenomgång med forskning som berör vårt problemområde. I tredje kapitlet som är en bakgrund presenteras preparaten Heroin och Metadon närmare. En viktig fråga i debatten kring Metadonbehandling handlar om heroinberoende och olika aspekter därav, och detta går vi igenom härnäst. Som en sista del i bakgrunden ger vi en kort beskrivning av hur Metadonbehandlingen växt fram i Sverige. I nästkommande kapitlet presenteras forskning som finns på Metadonbehandling och behandlingens effektivitet. Vilket är av betydelse för besvarandet av vår forskningsfråga. I femte kapitlet redogör vi för den rådande kontexten som föreskrifterna växt fram ur. Med start runt 1950-talet då narkotikamissbruk definierades som samhällsproblem och fram till år 2004. Härefter visar vi hur den svenska narkotikapolitiken växt fram, hur motståndet mot Metadonbehandlingen sett ut, hur Socialstyrelsen agerat i frågan samt andra betydelsefulla bitar från den kontext som föreskrifterna växt fram ur. Upplägget är följande; först presenteras kontexten fram till föreskriften därefter föreskriften i en kort sammanfattning, därefter kontexten inför nästa föreskrift och därefter föreskriften i en kortfattad sammanfattning osv. På detta sätt går vi igenom fram till den senaste föreskriften 2004: 8. Den sista delen i studien är vår analys. Vi kommer här att betrakta en föreskrift i taget. Först går vi igenom kontexten och det rådande möjlighetsvillkoret och därefter de olika problemområdena i föreskriften och försöker här att besvara våra frågeställningar med hjälp av Foucaultinspirerad diskursanalys. Studien avslutas med en slutdiskussion.

2.10 Tidigare forskning

Forskning kring Socialstyrelsens föreskrifter kring Metadonbehandling är en relativt ny företeelse. Det är i huvudsak Björn Johnson fil dr i statsvetenskap och narkotikaforskare, som behandlat frågan och då främst gällande perioden 1966-1988. Johnson har inte fokuserat så mycket på föreskrifterna i sig. Han tittar snarare på Socialstyrelsens samt andra aktörers inverkan på Metadonfrågan. I Johnsons bok *Metadon på liv och död* som kom ut i november 2005 går han lite längre fram i tid men fokus ligger inte heller här på själva föreskrifterna. I en

senare artikel som Johnson publicerade tillsammans med Lars Gunne¹ (Gunne & Johnson 2005) i tidskriften *Alkohol och Narkotika* är fokus riktat mot de senaste föreskrifterna 2004: 8.

Socialstyrelsens agerande i narkomanvårdsfrågan har i mer allmän bemärkelse behandlats av andra forskare. Bengt Svensson, docent i Socialt arbete, beskriver Socialstyrelsens föreskrifter 2004: 8 avseende underhållsbehandling. Han har undersökt de förändringar man gör i 2004: 8. Svenssons studerar med hjälp av intervjuer med heroinmissbrukare brukares upplevelse av avvänjning och därmed också av Metadon (Svensson 2005). Bengt Svensson skriver för närvarande tillsammans med Björn Johnson ett bokkapitel om Metadonkonflikten där de bland annat tar upp Socialstyrelsens restriktioner under 1990-talet och dess konsekvenser, enligt uppgift från Johnson.

Andra forskare som studerat svensk narkotikapolitik och då berört Metadonfrågan är exempelvis Ted Goldberg, Dolf Tops och Tim Boekhout van Solinge. Goldberg, professor i Socialt arbete, antyder i *Samhället i narkotikan*, att det kan finnas ett ideologiskt innehåll i Socialstyrelsens agerande i Metadonfrågan och utgår då från Gunne som utvärderat Ulleråkerprogrammet² (Goldberg 2005). Tops, socionom fil dr, har i sin avhandling *A society with or without drugs?* (2003) jämfört den svenska narkotikapolitiken med den nederländska. Han har då bland annat undersökt de kontextuella faktorer som gjort att politiken fått sina grundläggande drag under perioden mellan mitten av 1960-talet och mitten av 1980-talet. Tops beskriver den svenska traditionen med en stark centralmakt med inriktningen att reglera samhället och styra folket för dess eget och landets bästa. Boekhout van Solinge, Narkotikaforskare, har beskrivit svensk drogpolitik och jämfört med andra länders framför allt Nederländernas. Han har därvid berört Metadonprogram men då inte tagit upp Socialstyrelsen som aktörer i sin beskrivning. I stället beskrivs en antagonism mellan socialarbetare och Metadonprogrammet. Restriktionerna beskrivs som relativt stränga (van Solinge 1997).

Sociologen Sven-Åke Lindgren har i sin avhandling *Den hotfulla njutningen* använt sig av bland annat en Foucaultinspirerad diskursanalys när han analyserat framväxten av narkotikaproblemet m.m (1993).

¹ Lars Gunne numera pensionerad professor, var den person som tog Metadonbehandlingen till Sverige och den mest betydelsefulla personen i svensk Metadonbehandling.

² Ulleråkerprogrammet är Sveriges (och Europas) första Metadonprogram som startades 1966 av Lars Gunne.

3. Bakgrund

3.1 Heroinets etablering och egenskaper

All användning av heroin och andra opiater som inte är förskrivna av läkare är idag förbjuden i alla länder. Så har det inte alltid sett ut. Fram till 1800-talet användes olika blandningar av opium för njutning eller för medicinskt bruk, och betraktades sålunda som ett tämligen oproblematiskt njutningsmedel och som medicin. Som fallet är med många psykoaktiva preparat, skedde också med opiater en vidareutveckling och förädling. År 1803 framställdes sålunda en renare form av opium, *morfin* av en tysk vid namn Fredrich Wilhelm Setürner. I slutet av 1800-talet stod det dock klart att morfinet gav upphov till beroende och så många som 300 000 amerikaner kan under denna tid ha utvecklat ett beroende. En brittisk kemist framställde preparatet *heroin* år 1874 (Svensson 2005). 1898 fanns heroin ute på marknaden efter att en kemist från läkemedelsföretaget Bayers börjat tillverka det i stor skala. I likhet med opium och morfin kom heroinet att betraktas och användas som medicin. I reklamen sades det att ingen avlider, heroin skapar inget beroende, det har en magisk effekt på hosta och smärttillstånd. Heroinet började exporteras efter ett år till mer än tjugo länder och under de följande trettio åren såldes rent heroin i pulverform över hela världen. Patienterna tog små doser oralt, någon tiondel av det som utgör dagens fix. Användningsområdet för heroin växte, man såg heroin som verksamt vid depression, bronkit, astma, magcancer. Friska bergsbestigare rekommenderades heroin för att underlätta andningen på högre höjd. Inom psykiatrien medicinerade man bland annat "förvirrade idioter" och epileptiker. I USA var ca tio procent av läkarna beroende redan vid medlets introduktion och hundra tusentals injicerade morfin (Hjerdin 2001). Opiumet försvann där ur patentmedicinerna genom statlig reglering år 1906. Opiummissbruket började alltmer ses som ett socialt och moraliskt problem och i och med detta minskades medelklassens användning av heroin kraftigt. Det blev då enklare att få stöd för kraftfulla åtgärder mot opiummissbruket. Eftersom handeln med opiater var internationell och problemen med opiatberoende delades av många länder, kunde 34 nationer år 1912 i Haag enas om att förbjuda all icke-medicinsk användning av opiater och kokain. Genom beslutet i Haag övergick narkotikamissbruk från att ha betraktats som ett medicinskt problem till att istället bli ett polisiärt. Det ledde i Sverige till en restriktiv lagstiftning som från början var

framgångsrik. Efter andra världskriget växte den internationella handeln med opiater kraftigt (Svensson 2005). Heroin var en uppskattad ingrediens i hostmedicin men 1952 förbjöds framställningen av Heroin i Sverige (Lindgren 1993).

Fram till 1970 brukades opiater i Sverige främst genom läkemedel, och de personer med beroendeproblematik som behandlades då, bl a vid Ulleråker, var mestadels etablerade välutbildade medborgare ur de högre samhällsklasserna, som byggt upp ett beroende via legalt förskrivna läkemedel (Lindgren 1993). Runt 1970 introducerades opiater på den illegala marknaden i Stockholm, först i form av morfinbas, och 1974 såldes även heroin (Thulin 1995). Sålunda kom opiater att användas i ökande grad av andra, subkulturella grupper av kriminella, prostituerade, ungdomar som sedan 50-talet nyttjat bl. a. amfetamin intravenöst (Lindgren 1993). Van Solinge beskriver den svenska erfarenheten av narkotika med amfetamin som dominerande drog som speciell jämfört med andra länder i Europa, där opiater kom att dominera tidigare, och amfetaminet inte fick den utbredda användning som den fick i Sverige. Den svenska droghistorien inklusive alkoholbruk beskriver van Solinge och Tops, som båda har rika referenser till holländska förhållanden, som mer berusningsorienterad, och mer kluven i förhållande till drogers vara eller icke vara. När opiater så lanseras i början av 70-talet, är det i ett samhälle där man å ena sidan har brukat amfetamin i stor omfattning utan att uppfatta det som ett samhälleligt problem, och å andra sidan relativt hastigt fått ett missbruksproblem med amfetamin bland kriminella och olika ungdomsgrupper (van Solinge 1997, Tops 2003).

Heroinkonsumtionen har sedan 70-talet stadigt ökat. Den har också ändrat karaktär, så-tillvida att det under 90-talet blivit allt vanligare också med rökheroin, tillika med blandmissbruk. Det är svårt att säga någonting säkert om antalet heroinmissbrukare, intravenösa såväl som totalt. Vissa kartläggningsförsök har gjorts en del år. CAN (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning) redovisar i sin rapport 2004 hur missbruket ökat från år 1979- 1998. 1979 uppskattade man att det i riket fanns 15 000 tunga missbrukare varav 15 procent hade opiater som huvuddrog och ca 4000 personer hade injicerat Heroin under de senaste tolv månaderna. 1992 uppskattade man antalet tunga missbrukare till 19 000 varav 26 procent hade opiater som huvuddrog och ca 6500 hade injicerat heroin under de senaste tolv månaderna. Året 1998 var motsvarande siffror, 26 000 tunga missbrukare, 28 procent opiater som huvuddrog och ca 9500 hade injicerat Heroin under de senaste tolv månaderna (CAN 2004).

3.2 Heroinberoende

Heroinberoende ses inom den medicinska professionen som ett allvarligt sjukdomstillstånd med hög dödlighet bland unga människor (Heilig 2004). Dödligheten är för obehandlade heroinnarkomaner ungefär 60 gånger högre än hos motsvarande individer i normalbefolkningen (Grönbladh et al.1990). Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat i Sverige under en längre tid, både i absoluta tal och som andel av befolkningen. Under 1970-talet låg dödligheten på under 50 fall per år. Härefter har dessa dödsfall ökat successivt och år 2001 konstaterades 310 dödsfall. En förklaring till denna ökning är att heroinet introducerades på allvar i Sverige år 1974. En annan betydelsefull faktor är det ökade blandmissbruket, som kan vara en delförklaring (Heilig 2004).

Upprepad tillförsel av heroin leder till toleransutveckling. Toleransutvecklingen är mycket kraftig vid heroinmissbruk. Efter en kort tid måste missbrukaren ta en mycket högre dos för att få samma effekt som tidigare och så småningom räcker denna dos endast till att hålla abstinensen borta (Thulin 1995). Efter att ha använt heroin en längre tid, ungefär ett år, tillkommer en kraftig längtan efter drogen. Detta starka så kallade drogsug blir alltmer styrande och uppehåller tankarna under de drogfria perioderna och gör dessa mycket plågsamma. Forskning har visat att drogsug kan vara en betingad process utlöst av drogrelaterad stimuli vilket visat sig ha specifika underlag i form av att hjärnans olustcentra aktiveras. (Heilig 2004).

Man har funnit nervbanor i hjärnan som aktiveras av beroendeframkallande droger (Johnson 2005a). Detta fenomen uppträder spontant och gör att drogfria patienter kan uppleva drogsug under hela sin vakna tid samt i drömmar på nätter. Detta förekommer lång tid efter att personen blivit drogfri, flera år. Heroinberoende är en process som ofta präglas av perioder med droganvändning, upprepade avbrott och återfall. Abstinensbesvären är samma för heroin som för andra opiater och för heroin börjar de 8-12 timmar efter att sista dosen tagits. Heroinabstinens är plågsam och ger stark ångest, men däremot inte medicinskt farlig (Heilig 2004).

Hos svenska forskare, framförallt inom det medicinska perspektivet, ses oftast drogberoende som en kronisk sjukdom. Denna syn är dock inte lika självklar hos socialarbetare och politiker. I dessa grupper ser man istället ofta missbruk ur ett socialt och/eller rättsligt perspektiv. I ett socialt perspektiv framträder problematiken och dödsorsakerna för heroinberoende som en kombination av preparatets psykiska verkningar och den sociala situation som medlet brukas i. Här betonas bl. a att eftersom heroin och andra opiater är mycket svårt att få tillgång till på laglig väg, och därför är dyrt och av skiftande kvalitet, för heroinberoende med sig

många andra konsekvenser såsom hög kriminalitet, prostitution, arbetslöshet, hemlöshet, sjukdomar och infektioner, överdoser och andra negativa sociala konsekvenser (ibid.). Dödlighet som följd av överdosering sker som en kombination av dels att stark abstinens driver brukaren mot högre och högre dos, dels att den förvärvade toleransen kan variera över tiden, exempelvis efter avgiftning, och dels att det kan vara svårt för brukaren att rätt uppskatta styrkan i de på marknaden tillgängliga preparaten. Dödlighet till följd av orena sprutor och prostitution är gulsot, aids etc. (Svensson 2005).

Det finns också mer individorienterade (social-) psykologiska perspektiv. Goldberg (2005) menar exempelvis att problematiskt narkotikabruk uppstår i synnerhet i de individer som har ett självdestruktivt motiv till sitt bruk.

Utanför forskningsinstituten ses problemet ofta också moraliskt, man talar exempelvis om dålig karaktär (Johnson 2005a).

Forskningsresultaten från den medicinska beroendeforskningen stöder som sagts uppfattningen om att beroende är en sjukdom. Om man jämför uppvisar heroinberoende många likheter med vissa andra sjukdomar såsom exempelvis diabetes, högt blodtryck och astma. Dessa fyra tillstånd har alla både biologiska och sociala orsaker. Det finns effektiv behandling att tillgå men denna botar inte patienterna. Vid misskötsel eller avbrytande av behandlingen återkommer symtomen, och man är hänvisad till ett kroniskt medicinerande. En annan likhet är att behandlingen i allmänhet förutsätter att patienten ändrar sina levnadsbanor. Johnson menar att se drogberoende som en kronisk sjukdom får inte utesluta att de andra komponenterna (sociala, biologiska och beteendemässiga) som också är av betydelse tas i beaktande (ibid.).

3.3 Metadon och dess egenskaper

Metadon är i likhet med opium, heroin, m.fl., en opiat. Metadon har den egenskapen gemensamt med opium och heroin att det dämpar ångesten vid abstinens från alla opiater. Däremot ger den inte samma rus som opium och heroin, detta under förutsättning att det ges oralt i rätt dos och utspätt i juice eller saft. Det är dock i lika hög grad beroendeframkallande. Metadonets verkningstid ligger mellan 36-40 timmar medan morfinets ligger mellan 6-7 timmar och heroinet ännu kortare. Metadon har egenskapen att det blockerar vissa andra opiater i kroppen dvs. dessa andra opiater ger exempelvis inte någon ruseffekt om de tas under pågående Metadonbehandling. Genom Metadonet dämpas suget efter drogen och därmed kan patienten

koncentrera sig på sin rehabilitering. Metadon ger inte lika kraftig abstinens som andra opiater även om symtomen är de samma (Stenbacka & Romelsjö, SoS-rapport 1997: 22).

Metadonet kan ge vissa biverkningar såsom förstoppning, impotens, minskad sexlust, illamående och kräkningar, svettningar, yrsel, sömnlöshet, aptitlöshet och eufori (kick) och kognitiva nedsättningar. Det finns idag vissa alternativ till Metadon med mildare biverkningar exempelvis: Subutex, Naltrexon eller LAAM (Heilig 2004, Socialstyrelsen 2004).

Metadon kan överdoseras och är då ett mycket farligt preparat. För personer som inte är under Metadonbehandling är risken för toxicitet större vid tillförsel av Metadon. Metadon är ett attraktivt preparat på marknaden och Metadonbehandling ges därför under former som minimerar riskerna för läckage. Detta innebär att man har en viss form av övervakning och vissa restriktioner. Behandlingen är pga. Metadonets beroendeframkallande egenskaper mycket svår att avsluta och den leder många gånger till ett livslångt beroende (ibid.).

När är då Metadon ett läkemedel och när är det en (illegal) drog? Metadon ger inga euforieffekter när det ges på korrekt sätt, och det har heller inte så kraftiga biverkningar i en kropp som har utvecklat resistens mot opiater, vilket gör att en underhållsbehandling kan pågå under mycket lång tid. Johnson menar därför att:

När Metadon och liknande preparat används i underhållsbehandling bör de ... ses som läkemedel som blockerar heroinsuget och abstinensbesvären och därigenom gör patienten mottaglig för psykosociala förändringar – inte som ”ersättningsdroger”. (2005a)

3.4 Metadonunderhållsbehandlingens framväxt i Sverige

På 60-talet vid Rockefeller universitetet i USA arbetade Dr Vincent Dole som specialist på ämnesomsättningssjukdomar. Han studerade fetma och blev genom detta intresserad av heroinmissbruk då han såg likheter mellan begäret efter mat och begäret efter narkotika. Iakttagelserna fick honom att dra slutsatsen att återfall bland narkomaner hade en biokemisk orsak (SoS-rapport 1981: 12). År 1964 inledde han tillsammans med psykiater Marie Nyswander behandling av opiatmissbrukare. De första två patienterna sattes in på Metadon på en relativt hög dos som forskarna valde att inte sänka. Patienterna blev av detta aktiva och ville ta tag i sin situation. Försöket utvidgades till att omfatta 22 patienter och 1965 publicerade de sina första resultat som var mycket positiva (ibid.).

Lars Gunne, svensk psykiater var 1965 gästforskare vid Rockefeller universitet i USA och kom då i kontakt med Dole och Nyswanders metod. Han tog med sig Metadonbehandlingen hem till Sverige och inledde år 1966 sin försöksverksamhet på forskningskliniken på

Ulleråkers sjukhus, där han utsetts till professor i psykiatri (Johnson 2003). Metadonverksamheten var från början försöksverksamhet med anslag från Delegationen för social forskning (DSF). Tanken med anslaget var att verksamheten genom att skapa ny erfarenhet och ny kunskap skulle ge underlag för ministeriets beslut i narkomanvårdsfrågor i framtiden.

År 1966 publicerade Gunne en artikel i *Läkartidningen*, där han presenterade terapiformen med Metadonbehandling för opiatmissbrukare. I artikeln beskriver han att Doles och Nyswander lyckades att få samtliga att upphöra med sitt missbruk av Heroin samt att grövre kriminalitet försvunnit. I Sverige var heroinmissbruket inte etablerat vid denna tidpunkt. Gunne såg en möjlighet att kunna tillämpa terapiformen på de morfinister som genom Medicinalstyrelsen vid denna tid fick morfin för självadministration. I artikeln vände han sig till patienternas läkare med erbjudandet att remittera dessa patienter till forskningskliniken vid Ulleråker (Gunne 1966).

Vid intagningen till Metadonbehandling valde man att använda sig av Doles och Nyswanders kriterier. Detta innebar att patienten inte fick vara yngre än 20, ansökan skulle komma från patienten själv, patienten skulle ha ett dokumenterat opiatmissbruk på minst fyra år med upprepade återfall efter avgiftningsförsök samt inte ha ett blandmissbruk. Målet var att patienterna, med hjälp av en kombination av medicinering med Metadon och socialpsykiatriska stödåtgärder under en inledande fas av slutenvård och senare under kontinuerlig öppenvårdskontakt, skulle kunna skaffa sig utbildning, fast anställning och eget boende. Det långsiktiga målet med behandlingen var att när en stabil livssituation uppnåtts skulle patienten kunna lämna behandlingsprogrammet utan återfall i missbruk (Socialstyrelsen PM 174/87 1987).

Verksamheten i Ulleråker tilläts under 70-talet fortsätta som försöksverksamhet med 100 platser, och kom slutligen 1983 efter ett beslut av sjukvårdsdelegationen, tillsatt av socialdepartementet, att bli reguljär verksamhet i och med att den erhöll status som ”regionsjukvårdsverksamhet med hela landet som upptagningsområde”. Antalet platser begränsades då av Socialstyrelsen till 150. 1988 startade Metadonprogram i Stockholm, 1990 i Lund och 1992 i Malmö, allt efter beslut i frågan genom Socialstyrelsens föreskrifter 1988. Antalet tillåtna platser på programmen höjdes i några omgångar fram till 2004 då begränsningarna i antalet platser togs bort (Johnson 2005a.).

Under 90-talet förekom samtidigt ett antal försöksverksamheter med Subutex, en opiat med egenskaper liknande Metadonets, men med mindre risker för överdosering och mildare biverkningar. År 1999 godkändes Subutex som läkemedel i Sverige och detta ledde till att underhållsbehandling blev tillgänglig för många fler opiatmissbrukare i Sverige, eftersom

Subutex inte omfattades av de stränga restriktioner som Socialstyrelsen satt upp för Metadonbehandling (ibid.).

I och med föreskrifterna 2004: 8 inkluderades även Subutex i regleringen av underhållsbehandling. Någon tillståndsprövning krävs däremot inte idag, utan det räcker med att anmäla att man bedriver läkemedelsassisterad behandling enligt gällande föreskrifter. Vid utgången av år 2005 hade 59 sådana anmälningar inkommit (Dundar, Socialstyrelsen mailsvar: 2005-12-13).

4. Forskning på Metadonbehandling

4.1 Internationell forskning på Metadonbehandling

År 1966 hade Dole och Nyswander i USA haft 128 patienter i Metadonbehandling under mellan ett halvt år och tre år. Patientgruppen bestod av gatunarkomaner som hade injicerat heroin kontinuerligt under mer än fyra år. 13 stycken uteslöts från behandlingen främst på grund av sidomissbruk. Behandlingen inleddes på sjukhus där Metadondosen ställdes in, man började lågt och gick sakta uppåt i styrka. Efter sex veckor skrevs patienterna ut. De fick därefter komma till sjukhuset en gång per dag för medicinering och för att lämna urinprov. Resultatet visade att samtliga av dessa hade slutat missbruka heroin och annan narkotika. All grövre kriminalitet försvann. Över 70 procent hade inom tre år gått över i arbete eller högre studier (Gunne 1966).

Newman och Whitehill gjorde år 1979 en jämförelsestudie mellan Metadonbehandling och placebo i Hong Kong. 100 patienter fick en Metadondos på 60 mg per dag under två veckor. Därefter fördelades gruppen slumpvis. Behandlingsgruppen fick i genomsnitt en Metadondos på 97 mg medan den andra gruppen fick sitt Metadon nedtrappat och så småningom ersatt med placebo. Efter tre år fanns en person kvar i placebogruppen och 28 återstod i behandlingsgruppen (Stenbacka & Romelsjö, Sos-rapport 1997: 22).

Yih-Ing gjorde två långtidsuppföljningar av 581 opiatmissbrukare i *California Civil Addict Program*, inskrivna någon gång under åren 1962-64, och kunde visa att rehabilitering från missbruk är en lång process, speciellt för dem som ej upphört med sitt missbruk före 30-40 års ålder, och med hög andel dödlighet för dem som inte lyckas upphöra med sitt missbruk. Vid 33-årsuppföljningen 2001 hade 49 procent av de 581 avlidit (Socialstyrelsen 2001).

1991 publicerades en studie av Ball och Ross med intervjuer med 617 patienter ur sex olika Metadonunderhållsprogram i USA. Patienterna hade ett långvarigt missbruk bakom sig, hög kriminalitet samt upprepade försök med drogfri behandling eller andra Metadonprogram. En tredjedel av patienterna lämnade sitt program inom ett år och det gjordes en specialstudie med 105 av dessa, varvid det visade sig att 82 procent av dessa återfallit i missbruk. Bland personerna som fortsatte programmet var motsvarande siffra 29 procent. De upphörde med sitt heroinmissbruk minskade också sin brottsliga verksamhet markant. Slutsatsen blev att Metadonbehandling har god effekt vid kontinuerligt deltagande i programmet. Andra faktorer som var av betydelse för behandlingens framgång som framkom i denna studie var täta patientkontakter, stödsamtal och Metadonmottagningarnas öppettider (Stenbacka & Romelsjö, Sos-rapport 1997: 22).

Bell studerade år 1992 vilka faktorer som medförde att patienter vägrades inträde i Metadonprogrammen i Australien. Bedömning av journaldata visade att starkt bidragande var faktorer som frånvaro av fysiskt beroende av opiater, låg kriminalitet, låg ålder och lång period utan droger. Bell genomförde sedan intervjuer med 84 patienter som vägrats inträde i Metadonprogrammet. Mer än hälften fick efter en lång väntan börja i programmet. Fyra hade slutat med opiater. Resten hade fortsatt med sitt missbruk, var i annan behandling eller satt i fängelse. Fyra stycken hade avlidit. Bells slutsatser av studien är att alltför restriktiva regler underhåller fortsatt missbruk. Bell har också i en studie undersökt Metadonets inverkan på kriminalitet bland 315 patienter. Studien visade att kort Metadonbehandling inte gav någon effekt på kriminalitet, en del av brottsligheten ökade till och med i denna grupp. Forskarnas slutsats var att minskad kriminalitet uppnås vid kvarstannande i programmet. Flera forskare menar att högre Metadondos gör att patienterna stannar kvar i programmet. Bell studerade tillsammans med Caplehorn hos 200 patienter bland annat Metadondosens betydelse i kvarstannande i programmet. En högre dos (80 mg per dag) innebar fem gånger större chans att patienten stannade kvar i programmet jämfört med en dos som var mindre än 80 mg (Stenbacka & Romelsjö, Sos-rapport 1997: 22).

4.2 Svensk forskning, uppföljning och utvärdering av Metadonbehandling

Från år 1966 togs på Ulleråker emot patienter för Metadonbehandling ad modum (enligt Dole-Nyswander. Gunne och Grönbladh genomförde sedermera en studie under åren 1973-74

samt därefter i uppföljning under 1-6 år. 34 heroinister (20-24 år) delades slumpmässigt in i två grupper, hälften fick Metadonbehandling och hälften stod utan behandling. Efter två år skulle kontrollgruppen få komma in i Metadonunderhållsprogrammet. 12 stycken i Metadongruppen hade då övergett sitt missbruk och börjat arbeta, fem personer hade fortfarande missbruksproblem. I kontrollgruppen var en person drogfri och arbetade, tolv stycken missbrukade, tre av dessa hade livshotande sjukdomar, två stycken satt i fängelse och två stycken hade avlidit (Gunne & Grönbladh 1980, Grönbladh 2004).

Två till sju år efter försöket accepterades enligt gällande intagningskriterier åtta av personerna från kontrollgruppen i programmet. Bland de kvarstående i kontrollgruppen var fyra döda, tre satt i fängelse, en missbrukade heroin trots allvarliga hjärtproblem och en var drogfri (ibid.). Resultatet för utvärderingen blev att 75 procent i behandlingsgruppen nådde en tillfredsställande social rehabilitering. Detta var den första mer omfattande rapporten och uppföljningen från Ulleråker. Publiceringen påskyndades av författarna för att påskynda den utvärdering som Socialstyrelsen annonserat. Studien följdes upp 1-6 år senare och de positiva resultaten var då bestående för behandlingsgruppen (Socialstyrelsen PM 174/87 1987).

Vid S:t Lars sjukhus i Lund vårdades 97 svåra opiatmissbrukare åren 1970-79. 21 av dessa antogs senare till Metadonunderhållsprogrammet i Ulleråker. En jämförande studie genomfördes, där de 21 patienterna som genomgått Metadonbehandling i Ulleråker jämfördes med en kontrollgrupp med lika många s.k. "tvillingar". Man matchade alltså personerna med liknande personer avseende missbruksbild och historik. Grupperna följdes upp fram till publiceringen 1981. Resultatet visade förutom minskad dödlighet och högre andel resocialisering bl. a. att 14 i behandlingsgruppen hade slutat missbruka mot 2 i kontrollgruppen (ibid.).

År 1989 publicerade Grönbladh och Gunne en studie över samtliga 174 patienter som blivit antagna till programmet i Ulleråker under programmets första 20 år. Resultatet visade att 75 procent hade gett upp droger och börjat arbeta, medan 25 procent uteslutits ur programmet på grund av regelbrott. Stabiliteten kontrollerades varje år. 80 procent av de 75 procenten som började arbeta fortsatte sin drogfria bana med arbete. Studien visade på att Metadonbehandlingsprogrammet i Ulleråker hade en hög rehabiliterande och resocialiserande verkan som bestod under de 14 år man följde upp (Grönbladh, Gunne 1989).

År 1997 presenterade Socialstyrelsen en beskrivning och utvärdering av Metadonbehandlingen på de fyra behandlingsenheterna i Sverige (Uppsala, Lund, Malmö, Stockholm). Studien genomfördes av docenten Anders Romelsjö och av Marlene Stenbacka som är doktor i medicinsk vetenskap. Forskarna i studien framhöll att det inte sågs som nödvändigt med fler randomiserade studier av Metadonbehandling då dessa har visat ett så entydigt starkt positivt

resultat. Romelsjö och Stenbacka fann att Metadonbehandling leder till en markant minskning av både kriminalitet, vistelse på sjukhus och dödlighet och också att patienterna uppvisade en klar livsförbättring. De som lämnade Metadonprogrammet visade däremot på ökad kriminalitet, krävde mer slutenvård och hade en högre dödlighet. Stenbacka och Romelsjö fann att det var av vikt att finna metoder för att få patienterna att stanna kvar i programmet. Författarna i studien menade vidare att det var viktigt att hitta de utskrivna patienterna och erbjuda dem vård. Andra resultat som framgick av studien var att Metadondosen var av betydelse för kvarstannande i programmet. En låg Metadondos (under 65 mg) innebar en större risk för oplanerad utskrivning (Stenbacka & Romelsjö, SoS-rapport 1997: 22).

En långtidsuppföljning av patienter i Metadonbehandling publicerades år 2001 av Socialstyrelsen. 261 opiatberoende skrevs in 1989-91 i något av de fyra Metadonprogrammen och dessa följdes sedan upp i nio år. Uppgifterna inhämtades från register och journalanteckningar. Studien visade liksom andra studier att dödlighet, missbruk och kriminalitet minskade med Metadonbehandling under den tid missbrukarna befann sig i programmet. Ungefär en fjärdedel av de patienter som ingick fanns kvar i behandling under hela observationstiden. Studien visade att en stor del av patienterna blir ofrivilligt utskrivna pga. Anpassningssvårigheter och sidomissbruk (Socialstyrelsen 2001).

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerade år 2001 en medicinsk utvärdering. Studien är en metaanalys av ett stort antal internationella studier av missbruksbehandling. När det gäller läkemedel vid heroinberoende så har 70 randomiserade kontrollerade studier genomförts. I fyra studier jämfördes patienter som fått Metadonbehandling med en obehandlad kontrollgrupp. Resultaten visade på positiva effekter avseende minskat missbruk och bättre medverkan i behandling. Även Subutex uppvisade goda resultat. Effekterna som mätts är alltså kvarstannande i program samt minskat missbruk. Man har också utvärderat läkemedel vid heroinabstinens. Underlaget bestod av 33 randomiserade kontrollerade studier. Man fann att det finns effektiva läkemedel såsom Klonidin och morfinpreparat såsom Metadon och Subutex (SBU-rapport 2001). Markus Heilig, docent i neurovetenskap och beroendeforskare, menar att Klonidin är lämpligt vid lindrig abstinens, Subutex vid måttlig till svår abstinens och Metadon vid mycket svår abstinens (Heilig 2004). SBU:s rapport visade vidare att det finns psykosociala behandlingsfaktorer som fungerar. Effekterna visade sig vara störst vid omlärande terapier som fokuserar på en förändring i beteendet. Också dynamisk psykoterapi visade på positiv effekt (SBU:rapport 2001).

Johnson har riktat viss kritik mot SBU-rapporten. När SBU-rapporten säger att det finns effektiv psykosocial behandling vid heroinberoende så har dessa enligt Johnson (samt Heilig)

kombinerats med Metadon (i 24 av 25 studier). SBU konstaterar enbart att Metadonbehandling i kombination med psykosocial behandling fungerar bättre än enbart Metadonbehandling. Johnson har också dragit slutsatsen av SBU:s rapport att även de Metadonprogram som enbart förser sina patienter med Metadon sannolikt är bättre än de drogfria behandlingsmetoderna. Enligt Johnson kan också de effektmått som användes i rapporten till viss del ha varit missvisande. Enligt Johnson fungerar dessa mått bra om behandlingen enbart syftar till att vara botande. Hade man istället tänkt att vården skulle syfta till skadelindring kunde effektmåtten exempelvis vara minskad dödlighet och sjuklighet vara intressanta mått. Johnson nämner också att den sociala situationen är ett effektmått som sällan tagits upp i kontrollerande studier. Ett annat problem är att SBU inte skilt på Metadonprogram där det ingår psykosocial behandling från program utan krav på rehabilitering (Johnson 2005).

År 2004 presenterades en kunskapsöversikt på uppdrag av Socialstyrelsen. Syftet var bland annat att få fram en mer allsidig belysning av kunskapsläget. Översikten redovisar att en omfattande dokumentation visar på effektiviteten med Metadonunderhållsbehandling. Metadonunderhållsbehandling är den bäst dokumenterade och sannolikt den mest effektiva metoden för att minska risk för sjuklighet och dödlighet vid heroinberoende. Psykosocial behandling är ett viktigt komplement till Metadonbehandling. Men Metadonbehandling utan psykosocial behandling har också visat sig ha en positiv effekt som dock ansågs som otillräcklig varpå metoderna bör kombineras. Det saknas evidens på effektiviteten av psykosocial behandling utan läkemedel då dessa patienter inte stannar i behandlingen. Man vet att Metadonbehandling ger goda effekter vad det gäller kvarstannande i behandling, minskat missbruk, förbättrad social funktion samt minskad dödlighet. Metadonbehandling behöver i de allra flesta fall vara långvarig eller livslång för att fungera. Endast ett fåtal av patienterna är beredda på att avveckla Metadonbehandlingen och av dessa är det endast tio procent som lyckas (Socialstyrelsen 2004).

4.3 Forskning i sammanfattning

Det har kontinuerligt bedrivits forskning på och genomförts utvärderingar av Metadonbehandlingar sedan Dole & Nyswanders första experimentella verksamhet. Med tiden har erfarenheterna blivit fler, i takt med att olika varianter av Metadonunderhållsbehandling kunnat prövas och jämföras med varandra. Enligt Borg och Grönblad visar både nationella och internationella utvärderingar av Metadonunderhållsprogram att de har en snabb inverkan på kriminalitet medan sociala och personliga förhållanden förbättras långsammare. De anför att det

finns stora skillnader på behandlingsresultat mellan olika program. Av betydelse för behandlingsframgången är behandlingens utformande samt Metadondosen. Detta är faktorer som gör det svårt att uttala sig om Metadonbehandlingens effektivitet generellt då man bör titta på inom vilka ramar behandlingen skett för att kunna utvärdera den. De kontrollerade studierna som utförts vid Ulleråker har kunnat påvisa goda resultat, med internationella mått mätt (Borg & Grönbladh 1995).

5. Kontexten inför föreskrifterna 1972- 2004

5.1 Kontexten inför MF 1972: 28

5.1.1 Den svenska narkotikapolitiken tar form

Under den första hälften av 1900-talet betraktades inte narkotika som ett samhällsproblem. Narkotika och dess problematik sågs som ett medicinskt område och medicinare hade tolkningsföreträde. Missbruket tillskrevs medicinska orsaker och betraktades som ett individuellt problem. Samtidigt var det via mediciner distribuerade och insatta av läkare som nya preparat introducerades på marknaden. Narkotikabruket bestod av dels ett njutningsbruk bland socialt väletablerade och dels som en följd av medicinering hos människor med psykiatrisk diagnos (Olsson 1994).

Amfetamin har som vi tidigare nämnt använts relativt riklig omfattning i Sverige. Det blev populärt på 1930-talet och användes då i medicinskt syfte men preparatet blev snart populärt hos allmänheten. Amfetamin såldes då receptfritt men under slutet av 1930-talet rapporterades missbruk vilket ledde till recepttvång 1939. 1943 utfärdade Medicinalstyrelsen i sitt cirkulär en varning till läkare för förskrivning av amfetamin. År 1944 blev amfetamin definierat som narkotika i juridisk mening genom att narkotikakungörelsen blev tillämplig på amfetamin (Lindgren 1993).

Med början i 1950-talet och fortsättningsvis under 1960-talet skedde en förändring där narkotikaproblemet gick från ett medicinskt privat problem till att betraktas som ett samhällsproblem (Lindgren 1993, Olsson 1994) Under åren 1945-1965 spred sig nämligen bruket av narkotika till nya, subkulturella och socialt utsatta grupper (prostituerade och kriminella och senare också vissa ungdomsgrupper). I och med detta räckte inte längre det gamla medicinska och privata perspektivet till. Börje Olsson, professor sociologi, har gjort följande tolkning;

kriminella betraktades redan som sociala problem och till denna grupp fanns redan tydliga moraliska hållningar vilka automatiskt kunde flyttas över på narkotikamissbruket. Med de nya grupperna av konsumenter fick de moraliska argumenten en allt större betydelse, och resultatet var en tydlig skärpning av attityden till missbruket och missbrukarna (Olsson 1994).

Under 1950-talet och in på 1960-talet, var det främst media som stod för förmedlandet av en bild av vad narkotika och narkomanins utbredning var till medborgarna. Media målade upp en skrämmande hotbild kring narkotikamissbruk (Lindgren 1993). År 1954 problematiserades ungdomars bruk av narkotika för första gången i riksdagen. Det var folkpartisten Einar Rimmerfors som väckte frågan i riksdagen efter en tidningsartikel om marijuanarökning hos jazzmusiker. Rimmerfors jämförde missbruk med bekämpning av farliga epidemier och sökte polisiära åtgärder. Vid denna tid var inte cannabissmissbruket utbrett men det var däremot amfetaminmissbruket som också hade ökat kraftigt men som Rimmerfors inte alls behandlade. Anledningen till att han fokuserade på cannabissmissbruk var enligt Lindgren att detta bruk kopplades till njutningslystnad och ungdomars flykt genom marijuanarökning (ibid.). Van Solinge beskriver den svenska erfarenheten av narkotika med amfetamin som dominerande drog som annorlunda jämfört med andra länder i västvärlden, där opiater kom att dominera tidigare, och amfetaminet inte fick samma utbredda användning som den fick i Sverige (van Solinge 1997).

Enligt Lindgren rådde osäkerhet om missbrukets omfattning och konsekvenser under 1960-talet, och det förekom motstridiga utsagor. Narkotikapolitiken utformades utifrån olika aktörer som representerade olika ideologiska, professionella och institutionella intressen och utifrån konkurrensen mellan dessa aktörer, snarare än som ett svar på ett växande socialt missförhållande vars omfattning och egenskaper gradvis uppenbarades. Lindgren har visat hur olika uppgifter kring narkotikans utbredning spreds. År 1960 sade exempelvis Rimmerfors att det inte rådde någon tvekan om att epidemin spreds över landet. Vid samma tidpunkt sade å andra sidan chefen för kriminalstatpolisens rusgiftssektion att det inte hade skett någon större ökning de senaste åren. Däremot kunde man enligt honom se en ökning av läkemedelsmissbruk, men inte så stor som det skrivs i tidningarna. Senare samma år kom Medicinalstyrelsen med ett utlåtande där de beskrev situationen som oroande med en ökning av missbruk, narkomaner och narkotikarelaterad kriminalitet. År 1962 uppskattade så polisen att det hade skett en *minskning* av narkotikaproblemet samt att problemet inte gick ner i åldrarna utan låg i åldersgruppen 30 år och uppåt. Samma år skrev departementschefen att missbruket *ökade* och gick allt längre ner i åldrarna varpå det är nödvändigt att vidta alla tänkbara åtgärder (Lindgren 1993).

I början på 1960-talet var synen på narkotikamissbruk som sjukdom allmänt accepterad. Nils Bejerot (psykiater och socialläkare) kom vid denna tidpunkt att få ett inflytande över den svenska narkotikapolitiken. Bejerot såg narkotikamissbruk som en *smittsam* sjukdom som främst drabbade speciellt utsatta grupper. År 1965 presenterade Bejerot ett epidemiologiskt handlingsprogram. Enligt detta måste drogen elimineras och i omöjliga (medicinska) fall försvagas, man måste få kontroll över spridningsvägarna och blockera dessa, vidta preventiva åtgärder, behandla de drabbade och isolera och tvångsvårda de högradigt smittsamma. Bejerot ansåg att de s.k. kronikerna borde skiljas ut från samhället och behandlas på en ö där de kunde fortsätta sitt missbruk men under medicinsk och social kontroll. Samtliga av Bejerots förslag gick igenom så småningom utan det sist nämnda (Tops 2000, Goldberg 2005).

År 1965-1967 genomförde ett legalförskrivningsförsök på initiativ av RFHL (Johnson 2003). Osäkerheten över hur man skulle göra i den uppkomna situationen var då stor och ett försök med utskrivning av narkotika påbörjades. Tanken var att man genom att förse storkonsumenter med rena preparat skulle förbättra deras hälsa och minska brottsligheten (Goldberg 2000). Försöket leddes av läkare Sven-Erik Åhström. Verksamhet fick ta emot mycket kritik, framför allt efter 1972, men även under försöksperioden. En av de stora motståndarna var Bejerot som menade att det fanns ett orsakssamband mellan en liberal narkotikapolitik och narkomanins utbredning, vilket kom att få en stor betydelse för svensk narkotikapolitik (Tops 2000). 1967 stoppades Åhströms verksamhet efter ett spektakulärt dödsfall. Resultaten från försöksverksamhet har senare varit mycket omtvistade. Bejerot gjorde en undersökning som sedan kommit att ifrågasättas från flera håll. Tops menar å sin sida att man inte kan utläsa några resultat vare sig positiva eller negativa då försöket avbröts i förtid. Annan kritik som framkommit är att legaliseringsförsöket inte genomfördes som ett vetenskapligt experiment då både kontrollgrupp och egentlig design saknades (Goldberg, 2005). Bejerot och Åhström såg båda missbruket som en epidemi men hade olika tankar om behandlingssätt (Tops 2000).

År 1965, dvs. ungefär vid inledningen till legalförskrivningsförsökets, tillsattes en expertgrupp som skulle undersöka narkotikamissbruket, gruppen ombildades 1966 till Narkomanvårdskommittén (Här förkortat NVK). 1967 presenterade gruppen den första statliga utredningen på narkotikaområdet. Här framhölls att det var viktigt att omedelbart påbörja ett omfattande program mot narkotikamissbruket.

Tops har beskrivit det handlingsprogram som därefter presenterades 1968. Övervakning och straff skulle skärpas och satsningar skulle också göras på narkomanvård samt handlade en punkt om att man skulle förstärka informations- och upplysningsverksamheten. Det finns inte någon punkt i programmet som sade att man ska utreda orsaken till fenomenet eller satsa på

forskning kring narkotikan. Ett särskilt samarbetsorgan för bekämpning av narkotika (SBN) skapades (representanter från regeringen och generaldirektörer) och de skapade i sin tur en arbetsgrupp vari bland annat Sveriges Radios redaktionschef ingick. I arbetsgruppen diskuterades innehållet i tv-program bland annat. Åsikten att debatten givit röst åt ”falska profeter” som varit till skada framfördes (Tops 2000).

1968 kom Narkotikastrafflagen som ett resultat av vad NVK kommit fram till. Behandlingshem etablerades och parallellt med detta utökades anslag till polisens och tullens narkotikabekämpning flera gånger om (Goldberg 2005).

Förutom tidigare nämnda RFHL kom också två andra viktiga intresseorganisationer fram under slutet av 1960-talet. Den första var *Föräldraföreningen mot narkotika* (FMN) som bildades 1968. Denna grupp betraktade missbruket som en epidemi och missbrukarna sågs som farliga smittbärare snarare än sjuka (Johnson 2005a). Året därpå bildades *Riksförbundet för ett narkotikafritt samhälle* (RNS) på initiativ av Bejerot. RNS krävde en restriktiv kontrollpolitik och tvångsvård. RNS såg missbrukare som människor som inte uppfostrats på ett bra sätt varför missbruksvården skulle grundas på pedagogik och inte terapi (Goldberg 2005). Dessa båda grupper föredrog tvångsåtgärder och kriminalisering av missbrukare istället för vård (Johnson 2005a).

5.1.2 Huvudstrategier i och förklaringsmodeller av svensk narkotika politik

Handlingsprogrammet och skärpningen av narkotikalagstiftningen är goda exempel på den mest använda av tre huvudstrategier i svensk narkotikapolitik som Lindgren identifierat för perioden 1950-1969; *Kontroll- och sanktionsstrategin*, *Legaliseringsstrategin* och *Vård- och reformstrategin* (Lindgren 1993). Det är framförallt kontroll- och sanktionsstrategin som har dominerat i Sverige (Olsson 1994, Goldberg 2005). Denna strategi såg tillgängligheten i kombination med beroendeframkallande egenskaper som grundorsaken till narkotikamissbruket (Olsson 1994). Det är enligt Goldberg fråga om förbudspolitik (prohibition) i vilken allt icke-medicinskt bruk av narkotika är förbjudet. Grundidén är att narkotika utgör en allvarlig fara för samhället i form av en smittsam epidemi.

Lindgren har visat att kontroll- och sanktionsstrategin till stor del baserades på moraliska aspekter såsom den oförtjänta njutningen, det moraliska fördärvet, begäret, en sviktande viljekontroll, individens ansvar gentemot sig själv, sin familj och samhället, Missbrukarnas livsstil stod i kontrast till en moral som betonar arbete som grund för en förtjänt vila. Injektionssprutan fick stå som en viktig symbol för detta onda. Var som helst kunde man få en

spruta i sig av en narkoman och sedan var man fast (Lindgren 1993). Den nyuppkomna situationen med narkotikaproblemet beskrevs som en kris som hotade det svenska folket (Tops 2003).

Vård- och reformstrategin fick inflytande från 1965 och framåt. Orsakerna till efterfrågan och därmed missbruk fann man genom att sätta välfärdsstatens brister i fokus. Det fanns en stark behandlingsoptimism (Olsson 1994). Det var detta året då intresseorganisationen Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsberoende (RFHL) bildades och som kom att få en viktig roll i svensk narkotikapolitik och i Metadonfrågan. RFHL kom som en reaktion på den alltmer hårdnande narkotikapolitiken. RFHL såg drogmissbruk som ett resultat av negativa sociala erfarenheter (Johnson 2005a).

Symptomteorin blev vid denna tidpunkt viktig. Enligt detta synsätt är narkotikamissbruk en följd av bakomliggande orsaker. Narkotikamissbrukarna sågs som offer och skulden låg alltså hos politiker för brister i socialpolitiken och ett moraliskt ansvar låg hos läkemedelsindustrin som tjänade pengar på missbruket (Lindgren 1993). Åtgärder borde riktas in mot att förbättra samhällsliga förhållanden och mot att erbjuda frivillig vård.

Den tredje strategin som Lindgren beskrev, legaliseringsstrategin, fick sitt starkaste uttryck i legaliseringsförsöket 1965-67. Efter dess slut 1967 kom den aldrig att få något inflytande utan kom snarare att så småningom återupptas som ett varnande exempel och en motpol till den gängse synen på narkotika och narkomani.

En annan indelning i åsiktsinriktningar än Lindgrens strategier finner man hos Tops. Enligt honom fanns tre åsikter under slutet av 60-talet och framför allt under 70-talet: *Epidemisk förklaringsmodell*, *socialpsykologisk förklaringsmodell* och en *pedagogisk återuppfostransmodell*. Den epidemiska varianten är den som utgår från Bejerots och Rimmerfors m.fl. idé om narkomani som en smittsam sjukdom. När sedan NVK år 1968 i sin andra rapport gav uttryck för ett behov av att vårda narkomaner och framför allt att de skulle erhålla eftervård på särskilda behandlingshem, gav det bl. a. RFHL och det som skulle bli Hasselakollektivet möjlighet att påbörja verksamheter enligt sina respektive idéer. RFHL stod för en socialpsykologisk förklaringsmodell och betonade den sociala bakgrunden som orsak till narkomani, och förespråkade frivillig vård. Hassela förklarade narkomani med samhällsliga missförhållanden, och stod för en pedagogisk återuppfostransmodell med vissa inslag av tvång (Tops 2000).

1960-talets narkotikapolitik kallades senare i debatten ibland för liberal. Detta bottnar i bland annat legalförskrivningsförsöket. En mängd forskning har däremot visat att så inte var fallet (Lindgren 1993, Olsson 1994, Tops.) Bland annat för att polis och tull redan under 1960-

talet hade en stark roll i narkotikabekämpningen samt att det fanns tvångsvård och att läkarnas förskrivning av narkotika var strängt reglerad (Olsson 1994).

5.1.3 En sammanfattning av svensk narkotikapolitik

Tops har jämfört nederländsk och svensk narkotikapolitik och funnit betydande skillnader i synsätt. Han menar att den svenska statens roll i politiken har varit av stor betydelse då vi länge har haft en stark centralmakt. Vi har sålunda gett staten legitimitet att ingripa i den privata levnadssfären då staten har en skyldighet att skydda oss mot faror utifrån. Den svenska narkotikapolitiken valde att inte skilja på bruk och missbruk utan allt illegalt missbruk kriminaliserades. Staten tog kampen mot narkotikan och målet var det narkotikafria samhället (Tops 2003).

Van Solinge menar att denna målsättning, ett narkotikafritt samhälle, är speciellt för det svenska samhället. En annan viktig aspekt är de frivilliga intresseorganisationernas starka inflytande som Solinge menar varit extremt i Sverige. Solinger beskriver Sverige som en hög i kriget mot narkotikan. På detta vis har man fått ner antalet experimenterande brukare, marginaliserat allt bruk av cannabis medan antalet problematiska konsumenter, heroinister samtidigt har ökat betydligt. Van Solinge menar att Sverige genom sin massiva propagandainformation fått ner antalet experimentella brukare men i denna propaganda använder man sig inte av fakta baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet utan det handlar istället om ett slags moraliserande försök att skapa syndabockar förklätt till social ingenjörskonst. Man tror sig kunna konstruera samhället så som man vill ha det. Han nämner som exempel *Haschboken* som ges ut av Folkhälsoinstitutet och som använts som undervisningsmaterial ute i svenska skolor (van Solinge 1997).

Nils Christie, professor kriminologi, och Kjetil Bruun dåvarande professor sociologi, har tittat på de nordiska länderna i förhållande till narkotikaproblemet. Deras beskrivning av narkotikan som ”den goda fienden handlar bland annat om att denna fungerar bra som en syndabock. Författarna anförde att det är tacksamt att propagera mot narkotika: då det är en marginaliserad företeelse och en subkulturell drog som inte tillhör den etablerade kulturen, så majoritetens livsföring störs inte av förbud och restriktioner. Narkotikan kan enligt författarna beskrivas som roten till många oönskade problem i samhället såsom fattigdom, bostadslöshet, ungdomsproblem och kriminalitet. Att förbjuda alkohol skulle däremot vara obehagligt för de flesta av oss. När man istället försöker kämpa emot exempelvis arbetslöshet, försöker höja tillväxten, eller förbättra utbildningsväsendet står istället många olika typer av väljare/sam-

hällsmedborgare mot varandra, och politikern hamnar i kläm där han/hon tvingas gynna vissa och missgynna andra etablerade i samhällskroppen på sina respektive vis: arbetande skattebetalare och väljare, arbetslösa väljare, andra behövande väljare, arbetsgivare m fl. Sålunda menade Christie och Bruun att narkotikan har blivit mål för kriget och menar att i detta krig så är det inte i fakta man baserar den information man ger ut utan snarare ren skrämselfpropaganda. Narkotika blir en förklaring och samtidigt en bortförklaring för olika samhällsproblem (Christie & Bruun 1985).

5.1.4 Ulleråkers verksamhet 1966-1972

Året 1972 hade heroin ännu inte etablerats i Sverige. Däremot fanns andra opiater. Ulleråkers verksamhet påbörjades i mycket ringa omfattning i november 1966 med ett blygsamt antal patienter. Det fanns uppskattningsvis 200 opiatmissbrukare i Sverige 1967 men endast ett litet fåtal av dessa hade remitterats till Ulleråker. I takt med att opiatmissbruket tilltog fram till 1972 remitterades något fler patienter, men 1969 hade endast 28 patienter remitterats från det att Ulleråkers verksamhet startat. Detta tolkas av bland andra Björn Johnson som en outtalad misstänksamhet eller kanske revirtänkande bland de remitterande (Johnson, 2003, 2005a).

5.1.5 Socialstyrelsens incitament för föreskriften 1972

Hösten 1970 fick Socialstyrelsen rapporter om att missbruket av morfinbas ökade samt att en del läkare skrev ut Metadon i öppenvård. Metadonföreskrivningen skulle därmed styras upp då man misstänkte läckage till den illegala marknaden. År 1971 tillsattes en grupp vars uppgift var att diskutera konkreta åtgärder vilket mynnade ut i en förordning MF 1972: 28. Samtidigt tillsattes en grupp, opiatsamrådsgruppen där bland annat Gunne ingick. Denna grupp skulle besluta om nya intagningar till Metadonprogrammet (Johnson 2003 2005a).

5.1.6 En kort sammanfattning av MF 1972: 28

1972 kommer den första föreskriften kring Metadonbehandling vars syfte var att markera Socialstyrelsens restriktiva hållning till föreskrivning av opiater i öppenvården. All Metadonbehandling skulle också enligt denna förläggas till Ulleråker. Föreskriften angav under vilka förutsättningar opium, opiumkaloider och morfinersättningsmedel skulle få förordnas i öppen vård, nämligen under en god och frekvent patientkontakt och under följande tre fall:

- A. Kort tid i avvaktan på plats för avvänjning i slutenvård vid abstinens.
- B. Vid Metadonbehandling oralt enligt Dole-Nyswander. Denna behandling ska påbörjas på Ulleråker. Genom specialistremiss tar man där emot patienter från hela landet. Vid samråd med Socialstyrelsen kan sådan behandling inledas på annat sjukhus.
- C. I inviterade (gamla fall). Ett fåtal patienter där narkotika förskrivs för självadministration. Får äga rum i fall där annan behandling bedöms som utsiktslös. I nya fall bör Metadonbehandling enligt Dole-Nyswander först ha prövats. Innan behandling insätts skall samråd med Socialstyrelsen äga rum (MF 1972: 28).

5.2 Kontexten inför SOSFS 1983: 2

5.2.1 Hasselarörelsen

Hasselarörelsen växte fram som ett resultat av Regeringspropositionen 1968: 7 som alltså byggde på NVK:s två första rapporter där man föreslog att eftervården skulle drivas i särskilda behandlingshem utanför psykiatrin (Tops 2000). Hassela grundades 1969. Hassela hade en uppfostrande syn på missbrukare, ”eleverna” behövde undervisning och social fostran (Blomqvist 2002). Hasselarörelsen kom att få mycket stort inflytande över svensk narkomanvård och narkotikapolitik. Bland Hasselas grundare stod så småningom att finna en stor ideolog i många socialarbetare och behandlares ögon, både inom kommunernas socialtjänst och inom olika behandlingshem för eftervård av narkomaner, en ordförande i RNS, statsministerns rådgivare tillika med riksdagsman för SAP tillika med ledamot i narkotikakommissionen, och en framstående lobbyist i organisationen ECAD (European Cities Against Drugs) (Goldberg 2005). Bejerot var en av de framgångsrika talare som stödde Hassela (Svensson 2000).

Patientgruppen kom att bestå av missbrukande ungdomar mellan 15-20 år. I slutet av 1970-talet betraktades Hasselarörelsen som väldigt framgångsrik vilket i sin tur bidrog till alltmer positiva attityder mot tvångsinsatser. Genom Hasselas framgång kom RFHL:s betydelse alltmer att minska (Johnson 2003). Under 1980-talet fick Hassela ett stort inflytande över svensk narkomanvård. En förklaring till detta ser Johnson i rörelsens starka koppling till Socialdemokratin. År 1982 utsågs Gertrud Sigurdson till biträdande socialminister. Hon hade nära kopplingar till FMN och var inspirerad av Bejerots idéer (ibid.). Rörelsen tilläts växa trots att det knappt gjordes några uppföljningar eller utvärderingar. Svensson har tolkat detta som att när det råder brist på utvärderingar och osäkerhet om vad som kan betraktas som en effektiv behandling kommer istället de behandlingsalternativ som är mest ideologiskt och retoriskt

korrekta att vinna mark. Området antar alltså en politisk karaktär där det ideologiska blir viktigt till förmån för det vetenskapligt baserade (Svensson 2000).

Goldberg identifierar en mängd olika övergrepp som frekvent förekom på Hassela såsom våld och kränkningar mot "eleverna" (Goldberg 2005).

5.2.2 Kritik mot Ulleråker

Det alltför sparsamma remitterandet till Ulleråkers Metadonbehandling under perioden fram till 1972, fortsatte. Motståndet blev nu mer uttalat och mer artikulat. År 1973 fick Socialstyrelsen in en skrivelse med stark kritik riktad mot Metadonbehandlingen som stöddes av 320 personer anställda inom RFHL samt olika narkomanvårdsenheter. Jan Ording, chef för narkomanvårdssektionen (socialarbetare med bakgrund inom missbruksbehandling) hade en viktig position vad det gällde Metadonfrågan. Johnson menar att Ording i princip hade fria händer att bygga upp narkomanvårdsektionens verksamhet, den organisation som hade tillsynsansvaret över Metadonprogrammet. Vid denna tid fanns det starka vårdideologiska motsättningar där socialtjänsten och klientrörelserna var starka motståndare till Metadonbehandling. Ording besvarade skrivelsen och skrev samtidigt att Socialstyrelsen delar många av de farhågor som protestgruppen inkommit med. Gunne reagerade starkt på Ordings svar och avgick ur opiatsamrådsgruppen i denna protest (Johnson 2003, 2005a).

Kritiken mot Metadonet i samhället fortsatte men Socialstyrelsen agerade mycket avvaktande. Johnson menar att detta agerande kan ses som en kombination av osäkerhet över behandlingsresultat samt känslighet för styrkan i kritiken. Narkomanvårdssektionen visste att Ulleråker var välkontrollerat och hade goda effekter vad det gällde missbruk, social rehabilitering samt kriminalitet (ibid.).

Legalförskrivningsförsöket kom enligt Johnson efter 1972 att förknippas med illa skötta Metadonprogram i USA där läckaget av Metadon varit omfattande, och kom vidare att förknippas med Metadonprogrammet i Ulleråker (Gunne 1981, Johnson 2003, 2005a). Tankegången var att man i Sverige hade extremt dåliga erfarenheter av legalförskrivning: en flicka dog till slut, och tanken "att bota narkomani med – knark" började betraktas som absurd. De dåliga programmen i USA togs som intäkt för att det också i Sverige skulle leda till ett väsentligt läckage om man tillät Metadonbehandling. Alltså var Metadonbehandling ungefär samma katastrof som legalförskrivningsförsöket var 1965-67. Johnson menar att legaliseringsförsöket kommit att bli ett verkligt *trauma* för RFHL. Organisationen hade varit initiativtagare till le-

galförskrivningsförsöket, och det hade nästan inneburit organisationens fall 1967 (Johnson 2003).

RNS och Hassela hade också skäl att uppresa sig mot Metadonbehandlingen på Ulleråker. För Hassela representerade Metadon närmast ett sätt att skyffla problemet under mattan, att samhället, eller en viss del av det, som också i första rummet fick skulden för narkomanin i Hasselas retorik, band narkomanerna till livslångt beroende. Man kan tillika med Hassela, om de flesta behandlingshem i Sverige säga, att de under 70-talen följde idén med *terapeutiska samhälle*, nära förknippat med symptomteorin som såg missbruk som ett symptom på bakomliggande *psykologiska och sociala* problem.

För RNS och Bejerot var motståndet inte lika entydigt. Bejerot hade ett medicinskt perspektiv på narkomani, och var orienterad mot kontroll och sanktioner. Under 70-talet kom dock RNS och Bejerots synsätt att hamna något i bakgrunden till förmån för symptomteorin och de terapeutiska samhällena med RFHL i spetsen. År 1981 uttalar sig RNS i Socialnytt angående Metadonbehandling. De anför att alla typer av legalisering får förödande konsekvenser vilket historien visat och då RNS är en organisation som arbetar på det narkotikapolitiska planet så tar man alltså avstånd från Metadonbehandling (Gunne & RNS, 1981).

Motståndet visade sig också genom att patienter inte fick det stöd de behövde utanför programmet, de nekades hjälp från andra myndigheter (bl. a. när det gällde arbete och bostad) på grund av deras deltagande i Metadonbehandling. Metadonpatienter begick självmord i några fall. År 1974 startades ett öppenvårdsteam vid Ulleråker med bakgrund av detta. Stigmatiseringen hade lett till att retentionen (kvarstannande) i programmet börjat sjunka. Men efter öppenvårdsteamets tillkomst ökade retentionen igen (Grönbladh 1996).

År 1978 skulle anslaget från DSF upphöra då man inte längre ansåg denna vara en försöksverksamhet (Socialstyrelsen PM 174/87 1987). Samma år bestämde däremot Socialstyrelsen att programmet skulle fortsätta som försöksverksamhet, och vidare år 1979 att behandlingen vid Ulleråker skulle utredas (Johnson 2003, 2005a).

År 1979 införde Gunne stopp för nyintagningar, stoppet motiverades med bristande ekonomiska resurser. Verksamhetens framtid var över huvud taget oviss, och Gunne menade att det var oetiskt att erbjuda en behandling som löpte risk att avbrytas (Johnson 2003, 2005a). Då också propagandan alltmer började sabotera patienternas rehabilitering valde Gunne att stoppa nyintagningarna i väntan på Socialstyrelsens utredning (Gunne 1981). Gunne publicerade en studie med resultat från behandlingen för att försöka påskynda Socialstyrelsens utredning om Metadonprogrammets framtid. I artikeln där Ulleråker publicerade sina resultat (Gunne 1980) kritiserade Gunne samtidigt Socialstyrelsens agerande. Socialstyrelsen hade

enligt Gunne under trycket av en ”romantisk psykoterapivåg” valt att inta en reserverad hållning till Metadonbehandlingen. I en skrift från 1973 Socialstyrelsen visade Socialstyrelsen sin negativa attityd till behandlingen ...*en nödlösning som ansågs bekväm inte bara för missbrukaren utan också för behandlaren...*(s.227). År 1979 dog 60 narkomaner och trenden var stigande och med stöd av resultaten i den presenterade undersökningen skulle enligt Gunne en rad dödsfall kunnat undgås om de fått fortsätta sin Metadonverksamhet utan hinder.

En av de starkt drivande aktörerna i kritiken mot Metadonbehandling var som nämnts RFHL. I en artikel från 1981 i *Läkartidningen*, skrev Gunne om den kritik som främst RFHL under lång tid hade riktat mot honom och Ulleråkerbehandlingen. *Sammanfattningsvis* anförde Gunne att kritiken var obefogad och oförståelig då Ulleråkers resultat hade visat sig vara positiva. Han anförde vidare att han utsattes för en hatkampanj och att debatten som fördes i dessa föreningar ofta gavs rent politiska dimensioner. RFHL:s ordförande uttalade sig i samma artikel. Han uppgav att Metadonbehandling saboterade för den drogfria behandlingen samt att Metadon såldes på den illegala marknaden vilket medförde att ungdomar blivit beroende av drogen. En annan kritiker, en narkomanvårdare yttrade i samma artikel att Metadonbehandling är detsamma som att bota alkoholister med öl (Gunne 1981).

Arbetsgruppen som utredde Ulleråkers Metadonprogram presenterade utvärderingen 1981 och de kom då fram till att behandlingen skulle få fortsätta. Då Socialstyrelsen ansåg att beslutet om Metadonbehandlingen var en narkotikapolitisk fråga lämnade man över arbetsgruppens förslag till hälsovårdsministern för beslut. Utredningen ledde till att Metadonbehandlingen 1983 godkändes av socialdepartementet som reguljär sjukvård enligt ”vetenskap och beprövad erfarenhet” (Stenbacka & Romelsjö, SoS-rapport 1997: 22).

5.2.3 En kort sammanfattning av SOSFS 1983: 2

I Socialstyrelsens föreskrifter angavs att Metadonbehandling enligt Dole-Nyswander numera var en etablerad behandlingsmetod grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Behandlingen skulle även fortsättningsvis koncentreras till Ulleråker och ha hela landet som upptagningsområde. Omfattningen av patienter begränsades till högst 150. Socialstyrelsen angav att en utvärdering skulle komma att göras av verksamheten inom tre år.

5.3 Kontexten inför SOSFS 1988: 4

5.3.1 AIDS – Ett nytt hot uppstår

Under mitten av 1980-talet stod samhället inför ett nytt hot som kom att intimt förknippas med intravenöst missbruk nämligen AIDS och HIV. I november 1984 hade smittan fått fäste bland Stockholms injektionsmissbrukare och från 1986 var aids intimt förknippat med narkotikaproblemet i svensk media (Johnson 2003, 2005a).

I regeringens proposition, 1985/86:171, redovisades ett åtgärdsprogram mot AIDS. I detta sades att utvecklingsarbetet inom narkomanvården var tvunget att påskyndas väsentligt och målet måste vara att nå alla intravenösa missbrukare. Vård till alla injektionsmissbrukare sågs som den effektivaste åtgärden mot smittspridning i en offensiv narkomanvård (Socialstyrelsen 2003). Ekonomiska resurser skulle läggas på att bekämpa spridningen genom satsningar på behandlingshem och preventiva åtgärder. Satsningarna görs på de behandlingsåtgärderna som redan finns och inte mot ett nytänkande. Under 1985 och 1986 kämpar Metadonförespråkarna för att Metadonbehandlingen skall kunna komma ifråga som en lösning på HIV-situationen. Narkotikaproblemet blev nu delvis ett smittspridningsproblem vilket gav läkarprofessionen en del av tolkningsmakten tillbaka. Internationellt sett växte intresset för Metadonbehandling. I USA gjordes storsatsningar men i Sverige var inte takten densamma (Johnson 2003, 2005a).

Olof Blix dåvarande överläkare vid psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus i Stockholm skrev i en artikel år 1985 att de restriktionerna som Metadonprogrammet omfattas av sattes upp innan AIDS-problematiken bland heroinmissbrukare var känd och nu var det bråttom att agera. Blix menade att Metadonprogrammets kapacitet inte bara handlade om det maximala antalet patienter utan också i vilken hastighet man kunde ta in nya. Eftersom många patienter tvingades lämna programmet bland annat på grund av de regler som programmet omfattades av blev nettoökningen än mindre. Blix sammanfattade detta med att det skulle ta åtta år att nå taket på 150 patienter. Han ställde sedan kapacitetstaket på 150 platser mot det mycket större antalet missbrukare: av totalt ca 12000 tunga missbrukare uppfyllde mellan 500 och 1000 kriterierna för Metadonbehandling. Samtidigt var 1985 nästan hälften av Stockholms missbrukare smittade (Blix 1985).

År 1986 publicerade Per Toråker, klinisk amanuens i psykiatri vid Huddinge sjukhus, en artikel i *Läkartidningen* där han menade att Metadonbehandling var ett sätt att förhindra AIDS bland missbrukare. Han skrev att forskningsresultaten kring Metadonbehandling var goda och

att Metadonprogram kan förhindra AIDS. Toråker menade att Metadonbehandlingen borde finnas i större utsträckning än för 150 patienter. Han påpekade också att väntetiderna på tre år var helt orimliga (Toråker 1986).

År 1986 publicerade Gunne, Grönbladh och avdelningsläkare Sverker Petersson en artikel i *Läkartidningen* där de menade att det var angeläget att de prostituerade intravenösa opi-atmissbrukarna snabbt ställdes under Metadonbehandling. De kritiserade att de aldrig hade fått komma till tals i de diskussioner som regeringens AIDS-delegation fört och där också Metadonbehandlingens motståndare varnat för denna terapiform. Kritiken riktades också mot att de inte hade fått något gehör för den Metadonklinik som de hade föreslagits med specialisering på prostituerade heroinmissbrukare. I artikeln publiceras tidigare nämnda goda resultat vid Metadonbehandling för denna patientgrupp. De framförde vidare att det var oetiskt att lägga tyngdpunkten på tvångsvård när det fanns effektiv behandling inom räckhåll (Gunne et al. 1986).

I Socialstyrelsens granskning av Metadonbehandlingsprogrammet (Socialstyrelsen PM 174/87 1987) behandlades HIV-frågan. Arbetsgruppen hade funnit att Ulleråker fungerade relativt bra i sin dåvarande form men att intagningen gick för långsamt med tanke på HIV-situationen. Arbetsgruppen fann inte att det fanns behov av fler Metadonprogram då Ulleråker inte var fullt utnyttjad. De fann inte heller att det fanns saklig grund för att ompröva de villkor som Metadonbehandlingen omfattades av. Som skäl till detta angavs att man i och för sig visste att kvarstannande i programmet medförde en lägre risk för HIV-smittning men arbetsgruppen menade att man inte kunde förutsätta att de ”relativt goda resultaten” skulle bestå om kriterierna ändrades. Arbetsgruppen fann också att det fanns en risk för att missbrukare skulle välja att gå över till missbruk av Heroin för att kunna få tillgång till Metadon. Detta i sig menade arbetsgruppen kunde tänkas leda till en besvikelse när de sedan märker att ”kicken” uteblev vilket vidare skulle kunna leda till att de valde att gå tillbaka till sitt missbruk. Arbetsgruppen bedömde också att behandlingen kunde vara otillräcklig för många för att bryta med sin destruktiva livsföring. Slutligen skulle detta medföra återverkningar på övrig narkomanvård som ju redan var negativt inställda till Metadonbehandling.

Mot arbetsgruppen beslut reserverade sig Eva Lithander. Lithander menade att det med tanke på HIV-situationen var bråttom och inte fanns tid för uppdragsforskning. Hon skrev: *...Mellan 500 och 1000 heroinister har bedömts vara lämpade för Metadonbehandling. Jag uppfattar det som inhumant att inte försöka enligt Gunnes modell...*(Socialstyrelsen PM 174/87 1987 s.50).

Många hade vid denna tidpunkt ändrat åsikt om Metadonbehandling och såg denna som en möjlig lösning på AIDS/HIV-situationen. Läkare mot AIDS var en grupp som kämpade för att nå en förändring. Även andra höjde sina röster och menade att Metadonbehandlingen borde utökas, väntetiderna behövde minskas (1987 var köerna på ungefär 3 år) samt att det ansågs angeläget att mildra restriktionerna som Metadonprogrammet omfattades av. Även de stora motståndarna började att till viss del ändra uppfattning såsom RFHL som 1985 tog fram ett policyprogram angående AIDS och narkotikamissbruk. RFHL:s kunde nu tänka sig att tillåta att nya heroinmissbrukare ställdes på Metadon men endast om dessa var HIV-positiva samt att inte taket på 150 patienter överskreds (Socialstyrelsen PM 174/87 1987). Nils Bejerot vänder i Metadonfrågan 1987. Motståndet minskade i takt med att antalet smittade heroinmissbrukare ökade. Satsningen man hade gjort på uppsökande verksamhet hade misslyckats. Väntetiden till Ulleråker var vid denna tidpunkt lång, ungefär tre år. Olika aktörer drev på för att väntetiden behövde minskas (Johnson 2005a).

År 1987 fanns det totalt 345 konstaterade hiv-positiva i landet. Närmare 80 procent av de prostituerade hade blivit smittade. Ulleråker hade vid denna tidpunkt 73 personer på väntelistan. Några läkare hade börjat skriva ut Metadon till ungefär 20 patienter som inte ingick i Metadonprogrammet trots att dessa inte fått dispens av Socialstyrelsen (ibid.).

5.3.2 Vårdideologiska motsättningar

I Socialstyrelsens granskning av Metadonbehandling från 1987 beskrev man också att motståndet mot Metadonbehandling hade varit hårt och här nämndes bland annat RFHL. Socialstyrelsen gick vidare in på de vårdideologiska motsättningarna som de menade hade varit till skada för Metadonprogrammen och för patienterna. Bland annat genom att samverka mellan olika organisationer och övriga narkomanvården inte hade skötts på det sätt som de borde ha skötts på. Socialarbetare inom bland annat socialtjänsten nämndes som motståndare vilket bland annat hade visat sig genom att de hade undvikt att remittera patienter till Metadonbehandling. Motståndet hade också funnits på Arbetsförmedlingar, inom den allmänna sjukvården och Försäkringskassor. Patienter som fick Metadonbehandling i Ulleråker nekades hjälp av andra organisationer (Johnson 2003, 2005a, Gunne 1981) Motståndet mot Metadonbehandling hade enligt Socialstyrelsen lett till en låsning i debatten som inte hade underlättat situationen för Metadonpatienterna och deras anhöriga (Socialstyrelsen PM 174/87 1987).

1987 beslöt Socialstyrelsen att godkänna att vissa patienter ställdes in på Metadon polikliniskt på grund av de långa väntetiderna till Metadonprogrammet vid Ulleråker. Det ställdes dock högre krav på patienten för att bli antagen polikliniskt då det fordrades att man hade en någorlunda stabil situation avseende familj, bostad, arbete eller studier. Ulleråker beslutade vilka patienter som var lämpade för denna inställning. Överläkare Thulin som skrev angående inrättandet av Metadonenhet i Lund att patienterna i vanlig ordning remitteras till Ulleråker och bedömdes där. Majoriteten av Metadonpatienterna ställdes in på sjukhus och detta skedde också i Ulleråker. Metadonenheten i Lund skulle komma att till stor del syssla med eftervård och rehabilitering av färdiginställda Metadonpatienter (Thulin 1988)

5.3.3 En kort sammanfattning av SOSFS 1988: 4

Socialstyrelsen tog fram nya riktlinjer som ersatte dem från år 1983. I föreskriften angavs att HIV-situationen krävde en offensiv narkomanvård och målet för denna skulle vara drogfrihet. För vissa intravenösa missbrukare med långvarigt missbruk kunde det dock vara försvarbart med Metadonbehandling enligt Dole-Nyswander men under förutsättning att kriterierna som användes vid Ulleråker var uppfyllda. Ulleråkers roll som central antagningsenhet upphävdes. Stockholmsmottagningen skulle omvandlas till Sveriges andra Metadonprogram. På Metadonprogrammet i Stockholm skulle de gamla intagningskriterierna gälla och dessa skulle tillämpas på ett strikt vis. Planeringen skulle göras i samverkan med Socialstyrelsen och socialtjänsten. I föreskriften angavs också att det skulle finnas en gemensam samordningsgrupp för de olika enheterna som skulle se till att kriterierna följdes och att likartade regler tillämpades på de olika enheterna. Taket för antalet patienter höjdes från 150 till 300.

5.4 Kontexten inför 1990: 16

Bakgrunden till att Socialstyrelsens utarbetade nya föreskrifter redan 1990 var ökningen av opiatmissbruk och att man hade närmast sig patienttaket (Socialstyrelsen 1987 PM 174/87). Antalet nya intravenösa missbrukare med HIV-smitta sjönk en aning efter 1987. Under året 1988-1989 upptäcktes ca 100 nya fall. De narkotikarelaterade dödsfallen låg under åren 1988-1989 på omkring 175 missbrukare årligen (CAN 2004).

5.4.1 En kort sammanfattning av SOSFS 1990: 16

I föreskriften 1990: 16 skedde inga dramatiska förändringar. Socialstyrelsen omformulerade sig en del och socialtjänsten fick ett större utrymme i föreskriften. Exempelvis angavs att behandlingsenheten skulle följa upp Metadonunderhållsbehandlingen i nära samarbete med socialtjänsten. Också bedömningen innan patienten ifråga ställdes på Metadonbehandling skulle enligt föreskriften ske i samarbete med socialtjänsten. Vid bedömningen skulle en helhetssyn på patienten anläggas. Målet för narkotikapolitiken som är ett narkotikafritt samhälle togs upp. Socialstyrelsen angav att narkomanvårdens uppgift var att försöka nå kontakt med alla narkotikamissbrukare för att hjälpa drogmissbrukaren till ett drogfritt liv. På sikt skulle den behandlande läkaren verka för avveckling av behandlingen för att patienten skulle uppnå drogfrihet. Taket höjdes till 450 patienter.

5.5 Kontexten inför förändringarna i föreskriften under 1990-talet

5.5.1 Heroinbrukets utveckling

Under 1990-talet växte missbruksproblemen. *Rökheroin* (brunt heroin) expanderade kraftigt från 1991 och framåt. Rökheroin är ett missvisande namn då detta preparat liksom det vita heroinet går att sniffa och injicera också (Tops, Silow 1997). Det blev populärt främst bland invandrargrupper och socialt marginaliserade ungdomar. Under 1990-talet blev heroin billigare, renare och mer lättillgängligt (Svensson et al. 1998). Malmö har sedan slutet av 1970-talet i relation till folkmängden haft den största förekomsten av tungt missbruk. Utvecklingen i Skåne län ser enligt BRÅ:s undersökning negativ ut då antalet missbrukare under 1997-2001 ökat med 41 procent (CAN 2004).

5.5.2 Rester av motstånd mot Metadonbehandling

I slutet av 1990-talet flyttades motståndet till viss del mot Subutex som man såg som ett livsfarligt läkemedel som skrevs ut okontrollerat (Johnson 2005a). Johnson menar att det ovetenskapliga och ideologiskt baserade motståndet mot Metadonbehandling har skördat många

offer bland annat under det intagningsstopp som rådde 1979-1984 till följd av konflikten. Hälften av de missbrukare som stod i kö för behandling hann avlida (Johnson 2005a).

5.5.3 Förändringar i föreskriften under 1990-talet

SOSFS 1991: 33 Här sker en ändring som anger att föreskriften 1990: 16 även skall gälla för en av Malmö sjukvårdsstyrelse inrättad Metadonbehandlingsenhet inom Malmös sjukvårdsförvaltning. Det nationella Metadonprogrammet får även omfatta en enhet inom Malmö kommun.

1994: 19 höjer Socialstyrelsen taket för antalet patienter till 500.

1997: 17 höjer Socialstyrelsens taket för antalet patienter till 600.

1999: 20 höjer Socialstyrelsens taket för antalet patienter till 800.

5.6 Kontexten inför SOSFS 2004: 1 och SOSFS 2004: 8

5.6.1 Narkotikakommissionens betänkande 2000 – Vägvalet

År 2000 publicerades narkotikakommissionens betänkande som är en utvärdering av de narkotikapolitiska insatserna sedan 1980-talet. Kommissionen hade kommit fram till att den svenska narkotikapolitiken stod inför ett avgörande val. Den ena vägen krävde ”betydande tillskott av resurser i form av engagemang, ledning, kompetens och ekonomi”. Den andra innebar ”sänkta ambitioner och betydande acceptans av narkotikamissbruk”. Narkotikakommissionen anförde att Metadon och andra underhållsbehandlingar inte riskerar att skada den restriktiva narkotikapolitikens trovärdighet och möjligheter att uppfylla målsättningarna. Kommissionen menade att underhållsbehandling kunde vara av betydelse för bland annat smittskydd och rehabilitering under förutsättningen att dessa program var välutvecklade och ingick i en socialpolitisk helhet. Kommissionen konstaterade att det fanns stora brister på det narkotikapolitiska området. Samtliga samhällssektorer hade under de senaste åren fått omfattande ekonomiska nedskärningar samtidigt som problemets omfattning hade ökat och karaktären försvårats. Narkotikakommissionen hävdade att den restriktiva svenska narkotikapolitiken måste upprätthållas och förstärkas. Den svenska narkotikapolitiken måste bli bättre och man lade i detta betänkande fram nya förslag vars syfte var att skapa helhet och balans och att förstärka, förnya och utveckla den restriktiva narkotikapolitiken.

Kommissionen framhöll därvidlag de forskningsresultat som de strikta Metadonprogrammen har visat med lågt läckage till den illegala marknaden och kvarstannande i programmen. De som uteslutits ur programmen eller slutat av annan anledning fick däremot en svår livssituation med hög dödlighet. Kommissionen hänvisade till internationell forskning som har visat att större andel patienter avbryter Metadonprogram som är mindre strikt uppbyggda samt att det är svårare att ge långsiktigt stöd till dem som är kvar i programmen. Kommissionen framhöll också att det är angeläget att den mer medicinskt inriktade missbrukarvården kombineras med sociala insatser som uppföljning (SOU 2000: 126).

5.6.2 Dödligheten ökar

De narkotikarelaterade dödsfallen ökade under 1990- och 2000-talet. Sedan år 2000 noterades runt 400 fall årligen vilket är en fördubbling sedan år 1990 (CAN). Ökningen tror man hänger samman med dels att heroin blivit en så vanlig drog och dels kommer utav det ökade blandmissbruket (Heilig 2004).

CAN konstaterade också att det tunga missbruket har ökat och inte bara i storstäderna utan även i övriga delar av landet. Från 15 000 år 1979 (15 procent opiatier som dominerande drog) till 26 000 år 1998 (28 procent opiatier som dominerande drog). Opiatberoende står för den största ökningen av det tunga missbruket (Johnson 2005a).

Socialstyrelsen skrev år 2002 till regeringen att heroinmissbruket nu har spritt sig vilket har ökat vårdbehovet ute i landet. Socialstyrelsen skrev att det behövdes en förändrad reglering av läkemedelsassisterad behandling av opiatmissbrukare (Dnr 74-11133/2002). Socialstyrelsen tog fram ett förslag på nya föreskrifter vilka kom att motta både positiv och negativ respons, debatten kring dessa har varit het. En av de mer kritiska rösterna kom från Anna Fugelstad, psykolog och doktor från beroendecentrum i Stockholm). Hon skrev på debattsidan i *Dagens Nyheter* 2004-05-21 att de nya riktlinjerna skulle komma leda till att dödsfallen av Metadon ökar genom Metadonförgiftningar. Fugelstad hävdade att Sverige går i motsatt riktning mot andra länder som istället stramat åt reglerna samt i högre utsträckning ersatt Metadon med ”mindre farliga medel” till följd av läckage som lett till dödlighet. Slutligen ansåg Fugelstad att Metadon är ett farligt medel och det därmed är viktigt att sträva efter en balans mellan antalet patienter och programmets kvalitet samt risk för läckage och förgiftningsfall.

Björn Johnson gick till motattack mot Fugelstads uttalanden. Johnson hänvisade till SBU:s slutsatser (se s.28-29) att underhållsbehandling i kombination med psykosocial behandling har visat sig vara den mest effektiva behandlingen samt att också lågtröskelprogram har en visat sig ha en viss positiv effekt. När det gäller dödsfall utanför programmet tog Johnson upp en studie av Europeiska Narkotikakontrollorganet från 2002 där heroinmissbrukare har följts upp efter behandling från olika länder. Sammantaget visade resultaten att dödligheten var lägre i de fall man tittat på Metadonprogram, både avseende lågtröskelprogram och högkvalitativa program. Johnson visar med detta att tesen att dödlighet ökar med lågtröskelprogram inte får något stöd i denna studie utan tvärtom (Johnson 2005c).

Socialstyrelsen skrev också i *Dagens Nyheter* angående Fugelstads debattartikel. Socialstyrelsen menade att syftet med förslaget till de nya föreskrifterna var att stärka patientens ställning, att göra behandlingen tillgänglig för alla som behövde den, skärpa kraven på nära samarbete mellan sjukvård och socialtjänst och att minska läckaget. De menade att syftet inte var att släppa Metadonbehandlingen fri utan att den skulle komma att vara fortsatt strikt reglerad. Förslaget innebar istället att man hade omarbetat de nuvarande föreskrifterna utifrån heroinmissbrukarnas behov. Man stramar också åt liknande medel såsom Subutex för att minska läckaget på den illegala marknaden. (Dundar & Wigzell, Socialstyrelsen, *Dagens Nyheter*, 2004-05-25).

De många tusen missbrukarna i Sverige behöver få tillgång till effektiv behandling. Det finns ingen enkel eller helt okontroversiell väg ut ur missbruket. Men läkemedel i kombination med tunga sociala insatser räddar många från misär och förtidig död. Socialstyrelsens nya föreskrifter har kommit till för att de som verkligen behöver vården också ska få den (ibid).

5.6.3 Kritik mot Socialstyrelsen

År 2004 kom de senaste föreskrifterna. Socialstyrelsen släppte en del på de restriktioner som programmet har omfattats av medan man valde att strama upp reglerna mer avseende vissa bitar.

Lars Gunne och Björn Johnson har kritiserat de senaste föreskrifterna i vissa avseenden. De skrev i en artikel att förvisso har äntligen "taket" tagits bort men att det fortfarande finns brister som kommer att inverka på den fortsatta utvecklingen. Kritiken mot Socialstyrelsen handlar om Socialstyrelsens regler om hur behandlingen ska slutas. En skötsam patient kan tas ur programmet och ses som färdigbehandlad utan att samtycke från patienten krävs (Gunne & Johnson 2005).

Enligt Johnson finns mycket av de gamla uppfattningarna och värderingarna från Metadonstriden 1973-1988 finns kvar än idag bland många politiker, socialtjänst, den drogfria narkomanvården och bland aktivistorganisationer (Johnson 2005a).

5.6.4 En kort sammanfattning av SOSFS 2004: 1 och 2004: 8

SOSFS 2004: 1: Socialstyrelsen höjer taket för antalet till 1200.

SOSFS 2004: 8: I denna senaste föreskrift inträdde en rad förändringar. Målet i de senaste föreskrifterna är att behandlingen skall syfta till att den som är beroende av opiater ska upphöra med sitt missbruk samt få en förbättrad hälsa och social situation. Genom de nya föreskrifterna har det blivit fritt för alla vårdgivare med en särskild inrättad beroendevård, att ansöka hos Socialstyrelsen om att få starta Metadonunderhållsbehandling. Begränsningen för antalet patienter har i de nya föreskrifterna tagits bort. Patienten skall ha ett 2-årigt opiatberoende bakom sig och vara minst 20 år, det finns dock möjlighet om det föreligger synnerliga skäl att frångå 20-årsgränsen. Kravet om att andra behandlingsmöjligheter ska vara uttömda är borttaget men det har tillkommit tre punkter för när underhållsbehandling inte får påbörjas:

1. om annan behandling vid opiatberoende bedöms tillräcklig,
2. om patienten är beroende av andra narkotiska preparat än opiater eller alkohol på ett sätt som innebär en medicinsk risk,
3. om patienten har varit utesluten från underhållsbehandling under de senaste sex månaderna.

Underhållsbehandling får inte heller ges med stöd tvångslagar. Kring detta finns regler och undantag. Nytt i 2004: 8 är även de regler som styr vårdens upphörande. Vården kan avslutas dels genom en planerad avveckling och dels genom uteslutning.

6. Analys

Vi kommer nu att med hjälp av en foucaultinspirerad diskursanalys att analysera Socialstyrelsens föreskrifter vid de tidigare nämnda problemområdena. Vi kommer att gå igenom en föreskrift i taget. Inledningsvis beskriver vi det gällande möjlighetsvillkoret. Vi kommer att beskriva hur kontexten såg ut när Socialstyrelsen konstruerade sina föreskrifter och de förhållanden som vi menar gjorde det möjligt för möjlighetsvillkoret att etablera sig. Möjlighetsvillkoret är föreställningen om hot och nödvändig lösning och visar på en möjlig utväg. Härfter går vi in på de olika problemområdena och analyserar med hjälp av de begrepp som vi närmre har beskrivit i metodkapitlet. Vi kommer att med hjälp av Foucaults begrepp, och de termer Socialstyrelsen använder sig av samt att med hjälp forskningen som finns på området att försöka synliggöra de maktprocesser som vi funnit i föreskrifterna angående Metadonbehandling.

6.1 MF 1972: 28

6.1.1 Möjlighetsvillkor inför MF 1972: 28

Bejerot författade redan runt 1965 grunden till det som skulle bli ett nytt möjlighetsvillkor kring narkomanins bekämpande, färdigt att anammas av samhället: Narkotikaproblemet är epidemiskt, och narkomani på något sätt smittsamt. Narkotikan i sig har den egenskapen att den förvandlar människor till viljelösa objekt som sprider narkomanin vidare. Samhället måste vidta åtgärder därför, för att inte hotas till sin existens. Samma åtgärder kan vidtas mot narkomani som mot vilken annan epidemi som helst. Man skall strypa tillgången till narkotika, och isolera de redan sjuka. Samhället går före individen.

Lägg också märke till att narkomani inte har sin grund i samhällsliga förhållanden. Det är alltså inte samhället som bär ansvar för det uppkomna problemet. Däremot drabbas särskilt utsatta grupper, vilket gör det desto mera angeläget och hedervärt att göra någonting. Samtidigt som det inte är samhället som är orsaken till problemet, utan de narkotiska preparaten, är människan ett subjekt *före* det att hon får sin narkomani, men inte *alls* efter.

Med undantag för tanken att isolera ”kroniska” narkomaner på en ö, kom dessa tankar att leva vidare och kanoniserats i den offentliga debatten under lång tid framöver. Däremot kan isoleringstanken i viss mån sägas ha förverkligats i tanken på att ge narkomaner vård i vissa former, eftersom det ger samhället en viss kontroll över individen.

Det möjlighetsvillkor som lanserats av Bejerot 1965 och som kommit att vidare formuleras av bl. a narkomanvårdskommittén 1966-1967, ligger också till grund för det handlingsprogram som presenterades 1968, samt den därpå följande skärpta narkotikalagstiftningen. Genom att skärpa straffen och kontrollen över medborgarna skall man minska tillgången på narkotika. Genom vård skall de sjuka kunna isoleras och kanske botas. Genom att medborgarna blir ’upplysta’ och ’informerade’ skall de i kraft av rationellt väljande subjekt kunna hålla sig ifrån att smittas av narkomani. I begreppen informeras och upplysas ligger också innebörden att inte *osanning* når medborgarens öron. Det är därför viktigt att få kontroll över masskommunikationens kanaler, för att på så vis strypa flödet av den motkultur som bär de ”falska profeternas” fördärvliga budskap.

Däremot skall man inte inhämta ny kunskap eller analysera problemet i större utsträckning. Svaren är redan givna, man har sin grundade mening klar. I ett diskursanalytiskt perspektiv avtecknar sig här planerandet av en maktprocess där man genom att presentera sitt synsätt som information och kunskap vill överföra sin vilja på medborgarna. Genom vård skall man kunna bota men också isolera.

Arbetsgruppen som tillsattes 1968 av NVK visar tydligt exempel på styrningsmentalitet. Här skapas och uttrycks en maktprocess. Det som benämns information och upplysning är snarare att beteckna propaganda, speciellt som mycket av det som påstods om narkotika och narkomaner inte var riktigt. Målet var att majoriteten av svenskarna skall internalisera genom subjektivering arbetsgruppens och SBN:s syn på narkotika.

En del av möjlighetsvillkoret som formuleras i slutet av 60-talet handlar om narkomans spridning och betonar kontroll och sanktioner. En annan del handlar om vård och omsorg, och betonar att samhället måste ordna med vård åt dem som drabbats. Denna åsikt var mer orienterad mot samhällsförhållanden, och kunde därför inte helt bli del av den officiellt vedertagna diskursen kring narkomani. Däremot kunde den förfäktas av vissa organisationer som exempelvis Hassela och i viss mån även RFHL. Dessutom kunde den ligga som en underström i socialtjänstemannakadern. För dessa grupper lät möjlighetsvillkoret något annorlunda än på Socialstyrelsen: Narkotika är etablerat som ett hot mot samhället och dess medborgare, och vår organisation kan hjälpa dessa genom att ge dem den vårdform som vi menar

är den rätta. Samtidigt får vi uppmärksamhet och erhåller medel för vår verksamhet genom NVK: s förordande om eftervård av narkomaner på särskilda behandlingshem.

Legaliseringsförsöket 1965-1967 och den legaliseringsstrategi som det var ett exempel på, kom aldrig att inlemmas i något möjlighetsvillkor. Däremot kom det att användas som en motpol till gällande diskurs och ett avskräckande exempel

6.1.2 Målet

I föreskrifterna MF 1972: 28 beskrivs inte något mål med vare sig narkotikapolitiken, narkomanvården eller Metadonunderhållsbehandlingen. Det fanns förstås mål med underhållsbehandlingen som Ulleråker hade satt upp, och det fanns som ovan visats en nationell linje i narkotikapolitiken sedan slutet av 60-talet. Att man då i en föreskrift angående *föreskrivning av narkotika i vissa fall* inte för det nationella målet på tal, innebär att man därmed undviker att sammankoppla Metadonunderhållsbehandling med narkomanvård och narkotikapolitik i vad som då blir den gängse, etablerade och korrekta meningen. Precis samma effekt har det att som rubrik undvika att föra Metadon på tal. Metadonunderhållsbehandling hör därmed enligt texten implicit hemma i en för denna tid föråldrad syn på narkotikamissbruk som ett individuellt problem och som ett fenomen stammande från läkemedelsberoende och associeras samtidigt med de problem som vidlåder föreskrivning av narkotiska preparat.

Vad är då, i avsaknad av mål, istället textens uttryckliga syfte? Det står att texten har skapats mot bakgrund av vissa *tolkningssvårigheter*, som kan finnas angående föreskrivning av narkotika som läkemedel. Socialstyrelsen väljer att *meddela* föreskrifter *till ledning* för läkarna. Detta sätt att uttrycka sig är ett exempel på en negativ maktprocess som snarast vill ge intryck av att vara en positiv, med en befrämjande och uppmuntrande ton. Det är ett bra sätt att kommunicera på om man vill använda subjektivering i läkaren.

6.1.3 Intagningskriterier

...förordnande av narkotisk läkemedel (narkotika) eller annat läkemedel, som innebär risk för beroende, skall ske med största försiktighet.... Under förutsättning av en god och frekvent patientkontakt får opium, opiumkaloider och morfinersättningsmedel förordnas i öppenvård i följande fall... Som led i peroral Metadonbehandling ad modum Dole-Nyswander (MF 1972: 28).

Intagningskriterierna som gäller är alltså enligt Dole-Nyswander. Inledningsvis sattes enligt försiktighetsprincipen ganska stränga restriktioner upp för den försöksverksamhet som Dole-

Nyswander satte upp i USA. Detta innebar att ingen fick vara yngre än 21 år, ett opiatmissbruk bakom sig på minst fem år med upprepade avgiftningar och behandlingsförsök, inget avancerat blandmissbruk fick föreligga och inte heller svårartade psykiska sjukdomar (Johnson 2005a). Förordnandet av narkotiskt preparat skall ske med största försiktighet kommer från MF 1965: 100 och följer med i föreskrifterna fram till 2004: 8.

Att man väljer att behålla intagningskriterier som använts inledningsvis av försiktighet även 6 år senare, är ett uttryck för att man anser att behandlingsformen inte är i överensstämmelse med det möjlighetsvillkor kring narkotikabekämpning som vid denna tid befästs. De opiatberoende som 1972 ville söka till Ulleråkers behandling var inte samma som innan, utan tillhörde den grupp beroende som utgjorde samhällsproblemet narkomaner, och möjlighetsvillkoret talade om faran med att narkotika spreds. Att då erbjuda opiaten Metadon var susppekt.

6.1.4 Vårdinrättningar

.....b) Som led i peroral Metadonbehandling ad modum Dole-Nyswander. På grund av de svårigheter som är förenade med Metadonbehandling enligt denna metod förutsätts tills vidare sådan behandling påbörjas vid forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus i Uppsala, vid vilket sjukhus man redan har erfarenhet av denna behandlingsmetod och där man är villig att på specialremiss ta emot fall från hela landet. Efter samråd med Socialstyrelsen kan dock sådan behandling inledas på annat sjukhus (MF 1972: 28).

Ulleråker berörs direkt och uttryckligen i en punkt (b) i föreskriften, och framställs då som ett undantag från restriktioner snarare än som en tillgång eller möjlig lösning. Socialstyrelsen uttrycker sig som så att verksamheten är komplicerad men tonar också ner detta genom att de öppnar att andra sjukhus kan inleda behandling men det "förutsätts" att man istället skickas till Uppsala på specialremiss. Kanske är anledningen till detta att det ändå rörde sig om så få patienter som remitterades till Ulleråker. När man uttrycker sig så, att det *förutsätts* vill man att läsaren själv skall se det "självlara" i resonemanget. Det är uttryck för en styrningsmentalitet, och en maktprocess. Bakgrunden till föreskriften var den ökade förskrivningen i öppenvård, och därför står detta *förutsätts* i själva centrum av texten. Samtidigt, som en biprodukt, tecknas Ulleråker som en institution som med knapp marginal kan gå in under gällande möjlighetsvillkor.

6.1.5 Taket för antalet patienter

Inget tak finns utskrivet i föreskriften. Enligt Johnson (2005a) fanns dock ett tak på 100 patienter. År 1979 fick knappt 5 procent av dem som hade opiater som huvuddrog plats i behandlingens 100 platser. Samtidigt hade få patienter remitterats dit eftersom det fanns ett starkt och växande motstånd mot Metadonbehandlingen bland kommunernas socialtjänster. Det fanns sålunda ingen anledning för Socialstyrelsen att föreskriva någon begränsning i antalet platser.

6.2 SOSFS 1983: 2

6.2.1 Socialstyrelsen och möjlighetsvillkoret 1973-1983

Det möjlighetsvillkor för samhällets fortbestånd mot narkotikan som redan har formulerats inför 1972 års föreskrifter med anledning av föreställningen om risken för läckage av Metadon ut på marknaden, skärptes redan tidigt under perioden fram till 1983 i fråga om Metadonbehandlingens berättigande. Ett antal organisationer och institutioner kom att artikulera sitt motstånd mot den behandlingsform som Ulleråker satt upp. Socialstyrelsen befann sig sålunda redan efter skrivelsen från RFHL och behandlingseenheterna 1973 i en situation där de så småningom skulle behöva tydligare beskriva vad som var godtagbart och önskvärt i fråga om Metadonunderhållsbehandling.

Samtidigt var behandlingsresultaten från Ulleråker mycket goda, och framför allt kunde de sägas egentligen inte nödvändigtvis motsäga det möjlighetsvillkor som dittills formulerats inom Socialstyrelsen. Metadonbehandlingen rehabiliterade ju patienter, och kunde ju därför vara användbart. Man kan säga att Socialstyrelsen vid denna tidpunkt inte valt mellan det sociala och medicinska perspektivet på narkomani (Johnson 2003).

Ulleråkers verksamhet anklagades med stigande kraft i anförandet av framför allt RFHL och anhängare av symtomteori och terapeutiska samhällen för att vara oetiska för att man försåg narkomanen med narkotika. Detta blir i diskursanalytiska termer som om det anklagas för att ha ett oetiskt möjlighetsvillkor baserat på en legaliseringsstrategi. Metadonprogrammet

kom att förknippas med legaliseringsförsöket 1965-1967 och jämfördes felaktigt med amerikanska program med stort läckage.

Konflikten tilltog, Ulleråkers patienter motarbetades av kommuners socialtjänstemän med flera, och Socialstyrelsen kunde betrakta det hela utan att ingripa. När så Socialstyrelsen kom att ta över ansvaret för verksamheten 1978 ställdes organisationen inför en valsituation till vilken man inte längre kunde passivt förhålla sig. Socialstyrelsen valde då att förhålla det hela ytterligare, genom att låta Ulleråker fortsätta som *försöksverksamhet* ett år och därefter utvärdera verksamheten i 3 år. Ulleråker, som i och med detta fick stora problem, både praktiska och etiska inför sina patienter, tvingades sätta situationen på sin spets.

Socialstyrelsen hade egentligen sedan lång tid tillbaka varit negativt inställd till Metadonprogrammet, och kallat den bekväm nödlösning redan 1973. Att Metadonbehandlingen kallas nödlösning visar att idén om drogfritt samhälle och Metadon som en farlig opiat vuxit sig starkare i det möjlighetsvillkor som var grunden för Socialstyrelsens inställning i narkomanvårdsfrågor. Det viktigaste för Socialstyrelsen var vid denna tidpunkt inte att narkomaner överlevde eller kunde rehabiliteras, utan att man hade högt ställda mål i fråga om drogfrihet. Möjlighetsvillkoret för Socialstyrelsen kom nu att beskriva droger som ett hot, även de som intogs peroralt på Metadonklinik i samverkan med rehabilitering eller psykosociala behandling.

När så Metadonbehandlingen vid Ulleråker utvärderats av en arbetsgrupp och fått beskedet att arbetsgruppen förordade fortsatt verksamhet, valde Socialstyrelsen att låta hälsoministern ta beslut. Det gick inte att gå emot arbetsgruppens förslag, och samtidigt fanns ett motstånd mot det medicinska perspektivet som man uppfattade att Metadonprogrammet var ett uttryck för. Det möjlighetsvillkor som Socialstyrelsen självt formulerat inom organisationen var nu mycket likt det hos RFHL, de terapeutiska samhällena och symtomteoriförespråkarna, samtidigt som regering och riksdag hade ett delvis annorlunda möjlighetsvillkor, där man inte lika entydigt såg symtomteori och psykosocial behandling som den nödvändiga vägen. Därför ville inte Socialstyrelsen själv ta beslut i frågan.

6.2.2 Målet

Inte heller i föreskrifterna från 1983 finns något mål beskrivet. Något syfte går heller inte att utläsa ur dokumentet, annat än indirekt, antydningssvis. Texten berättar inledningsvis att det har *bedrivits försöksverksamhet* med Metadon i Ulleråker, samt att denna behandlingsform *är en numera etablerad behandlingsmetod, grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet*. Där-

efter vidtar en beskrivning av gränserna och villkoren för denna verksamhet. Föreskriften är i själva verket tillkommen som ett resultat av Socialstyrelsens utvärdering samt ett beslut i Socialdepartementet där man beslutat att underhållsbehandling enligt Dole-Nyswander numera är en etablerad behandlingsmetod precis som texten i föreskriften postulerar. Denna mening i föreskriften som ovan citerats, med sitt erkännande och nämnande av *Metadonbehandling ad modum Dole-Nyswander*, står för övrigt i bjärt kontrast till hela den övriga texten, där användandet av ord som Metadon, Metadonbehandling ad modum DoleNyswander etc. inte används, till förmån för ord som *opiater, narkotika, opium, opiumalkaloider, morfinersättningsmedel*. Föreskriftens rubrik följer också denna linje: ... *förskrivning av opiater på indikationen narkomani*, och kan här få illustrera Socialstyrelsens definition av ”målet” med – eller snarare problemdefinition av - Metadonbehandlingen: Metadon är en opiat som alla andra, och det *förskrivs på indikationen narkomani*, dvs. det är inte ett led i en behandling utan snarare ett narkotikum som läcker ut till missbrukare på marknaden och som har föranlett Socialstyrelsen att författa restriktioner.

6.2.3 Intagningskriterier

Intagningskriterierna är i 1983 års föreskrifter enligt Dole-Nyswander, som tidigare. Trots att Ulleråker har fått status som reguljär behandling, och trots att verksamheten nu har visat sig fungera, tar man heller inte denna gång tillfället att ändra på intagningskriterierna.

6.2.4 Vårdinrättningar

Den här författningen hänvisar egentligen till beslut på högre ort nämligen till Socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Här bakom döljer sig ett långt händelseförlopp varav vi tidigare försökt återge de mest centrala. I det här fallet kan man tolka det som en eftergift. Socialstyrelsen beskriver bakgrunden till författningen som att Ulleråker har bedrivit försöksverksamhet. Sedan öppnar författningen med att beskriva att Metadonbehandling enligt *Dole-Nyswander är en numera en etablerad behandlingsmetod, grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet..* Härefter redogör Socialstyrelsen att detta kommer utav deras utvärdering samt ett beslut i socialdepartementet. Sedan radas restriktionerna upp.

Efter en utvärdering inom Socialstyrelsen och ett beslut i socialdepartementets sjukvårdsdelegation skall verksamheten även fortsättningsvis som regionalsjukvårdsverksamhet koncentreras till forskningskliniken vid Ulleråker sjukhus och ha hela landet som upptagningsområde. Omfattningen av verksamheten bör begränsas till högst 150 patienter. Socialstyrelsen kommer att följa verksamheten och göra en utvärdering av densamma inom en treårsperiod/... /Endast i undantagsfall får därutöver ske förskrivning i öppen vård av opiater på indikationen narkomani. Sådan förskrivning får endast ske efter samråd med Socialstyrelsen (SOSFS 1983: 2).

Socialstyrelsen berättar alltså att den här metoden är etablerad och vetenskaplig. Härefter säger man att den ska koncentreras till Ulleråker med max 150 patienter och att en utvärdering väntas inom tre år. Vad betyder då detta? Det är alltså en eftergift. Inom diskursen kan man inte säga att man kan bota heroinmissbruk med narkotika. Ulleråker utmanar diskursen, de säger något man inte får säga och tänka om knark. Att man kan behandla heroinister med narkotika. Texten är kortfattad och förtegen men kan ändå utläsa vissa saker. Texten är defensiv och det är en eftergift och försöker bjuda motstånd mot de vetenskapliga framgångarna för Metadonbehandling. Metadonbehandlingen vid Ulleråker har nu även fått utredare och beslutsfattare att ta detta i sin egen mun. Socialstyrelsen misstänkliggör verksamheten när de i författningen skriver att de ska följa verksamheten och göra en utvärdering inom tre år. Varför väljer Socialstyrelsen att skriva detta i författningen? Då de är en tillsynsmyndighet kan de ju göra detta ändå. Man kan här se att Socialstyrelsen utövar en maktprocess som kan tänkas syfta till att skapa styrningsmentalitet, Socialstyrelsen vill styra mottagaren av texten genom att visa att de själva ser problem med behandlingsmetoden och därför håller ett extra vakande öga på den. Det som inte sägs rent ut och tas emot omedvetet av betraktaren det är det som är mest verkningsfullt.

6.2.5 Taket för antalet patienter

Omfattningen av patienter skall enligt föreskriften begränsas till 150. Vid samma tidpunkt 1983 dog 103 patienter av narkotikarelaterade orsaker. Polis och tull gjorde under 1980 - 483 heroinbeslag, 1981 - 524 stycken 1982 - 277 stycken och 1983 - 211 stycken. När Socialstyrelsen efter beslut i socialdepartementet tvingas skriva att Ulleråker nu är en reguljär verksamhet, bestämmer de utan någon förklaring att det skall finnas ett tak på 150 platser, och det utgör en negativ maktprocess, där man genom att förhindra och begränsa till skillnad från att uppmuntra, vill visa att beteendet att exempelvis remittera patienter till Metadonbehandling är inte önskvärd.

6.3 SOSFS 1988: 4

6.3.1 Möjlighetsvillkor

När Regeringen 1986 presenterade sitt åtgärdsprogram mot AIDS infann sig ett helt nytt möjlighetsvillkor med tillämpning på intravenösa missbrukare. Programmet beskrev HIV som ett stort hot mot samhället, och beskrev de åtgärder som var nödvändiga. Däri låg uppsökande verksamhet, och vård. Vårdens funktion här var att förhindra smittspridning, så det är i första hand ett sätt att kontrollera farliga smittspridare. När Socialstyrelsen får i uppdrag att förena detta nya möjlighetsvillkor med det redan etablerade på narkomanvårdsområdet, uppstår ett antal konflikter dem emellan. Metadonförespråkarna får då inget gehör för sina möjligheter att hjälpa till i det uppkomna läget, Socialstyrelsen väljer att bortse från dessa möjligheter, för att därmed bevara intakt det etablerade möjlighetsvillkoret med sitt starka motstånd mot Metadon. Bland annat visar sig den snabbast möjliga tillväxttakten för Metadonprogrammen vara alldeles för långsam. På samma sätt hade RFHL omformulerat sin åsikt redan 1985, och 1987 yttrade sig också Bejerot till förmån för Metadonbehandling efter många år av passivt motstånd.

Det faktum att intresset för Metadon steg internationellt mycket starkare än i Sverige visar på det unika svenska i den attityd mot Metadon som här beskrivs. Svensk narkotikapolitik är en nationell angelägenhet och förs med stor självrådighet. Andra länder har Sverige sällan tagit intryck av i narkotikafrågor (van Solinge, m.fl.).

Socialstyrelsen beskrev i sitt PM (Socialstyrelsen 1987) det starka motstånd som Metadonbehandlingen rönt tidigare år. Det hade utgått mycket från kommunernas socialtjänster. Ändå fanns ingen anledning att ompröva villkoren kring behandlingen. Det rådande möjlighetsvillkoret kring bekämpningen av narkomani fick inte rubbas. Felet låg hur som helst inte hos Socialstyrelsen. Det var istället samarbetet mellan andra organisationer som inte hade fungerat.

6.3.2 Målet

HIV-situationen kräver en offensiv narkomanvård. Målet för denna är drogfrihet. För vissa intravenösa opiatmissbrukare med mycket långvarigt missbruk kan denna målsättning vara svår att uppnå. Det kan då vara försvarbart att ställa sådana patienter på Metadonunderhållsprogram ad modum Dole-Nyswander, om de kriterier som använts i Ulleråkerprogrammet är uppfyllda (SOSFS 1988: 4).

I de tidigare föreskrifterna har man genom att inte nämna narkomanvårdens eller narkotikapolitikens mål särbehandlat Metadon. Via det implicita det utsagda via tystnaden - som styrningsmentaliteter och diskurser ofta fungerar – aktiveras en negativ, kontrollerande maktprocess som visar att vid förskrivning av Metadon – som benämns opiat – håller man inte på med narkomanvård. Samtidigt gör samma tystnad maktprocesserna i andra, mer uppmuntrande och stödjande dokument om andra behandlingsformer mer positiva till sin karaktär.

År 1988 formuleras för första gången ett mål för svensk narkomanvård i föreskrifterna. Samtidigt ändras också föreskriftens rubrik, så att ordet Metadonunderhållsbehandling förekommer också där. Sålunda associerar den läsande begreppet Metadonbehandling med begreppet narkomanvård. Ulleråker ingår härmed officiellt i den svenska arsenalen av narkomanvårdsinsatser.

1988 års föreskrifter för HIV-situationen på tal. Själva textens syftesbeskrivning och målformuleringens utgångspunkt är denna *situation*. I ordet situation ligger här hotet om smittspridning, och möjlighetsvillkoret för Socialstyrelsen såväl som hela svenska narkomanvården har vid detta lag ändrats en del. Det är nu fråga om inte bara epidemisk spridning av narkomani, utan också av HIV-viruset. Inför dessa båda hot kan Socialstyrelsen vinna inflytande över ännu en samhällsfråga genom att avvärja inte ett utan två hot.

Om man så betraktar hur syftesformuleringen i förevarande text ser man följande: *HIV-situationen kräver en offensiv narkomanvård*. Dvs. smittspridningen till följd av HIV-virusets spridning bland prostituerade och intravenösa narkomaner innebär att vi behöver anfalla snarare än att försvara oss, förekomma hellre än förekommas. I och med detta gör Socialstyrelsen dels vad samhället förväntar sig av den i ett land med etatistisk tradition av socialt ingenjörsskap, och samtidigt annekterar den som organisation ännu ett samhällshot och så utvidgar sitt möjlighetsvillkor kring fenomenet narkomani. De två hoten pekar dock i olika riktning och det är ett prekärt problem i författandet av föreskrifterna. Därför fortsätter texten med meningen: *Målet för denna är drogfrihet*. Det kan vara svårt att se någon logik i

dessa två meningar ihop. De följer inte på varandra och det finns många olika sätt att förhindra smittspridning från intravenösa missbrukare, bl. a Metadonunderhållsbehandling. Den andra meningen är istället författad för att befästa det redan etablerade målet med narkomanvården och det narkotikaepidemiska hotets möjlighetsvillkor, och därmed göra det möjligt att behålla och återta en restriktiv diskurs kring Metadonbehandling.

Att Metadon nu nämns i rubriken och får större utrymme i möjlighetsvillkor kring AIDS-hot och i föreskrifterna är dock med stora förbehåll: Det kan vara *försvarbart* att tillämpa denna behandlingsform, under vissa som man menar mycket speciella förhållanden. Man kan säga att målformuleringen i denna föreskrift diskursivt fungerar som en motsats till Metadonbehandlingen. På detta sätt används det dubbla målet som en utgångspunkt för en restriktiv hållning: Det faktum att målet för narkomanvården nu omfattar och betjänar två möjlighetsvillkor föranleder Socialstyrelsen att mycket noggrannare beskriva restriktioner kring Metadonunderhållsbehandling: en negativ maktprocess som man vill vidmakthålla och stärka. Målet med Metadonbehandlingen blir till sist i föreskriften samma som narkomanvårdens i övrigt, först implicit, men göms in i textens slut uttryckligen: målet med behandlingen *skall vara avveckling av Metadonbehandlingen.*

6.3.3 Intagningskriterier

För vissa intravenösa opiatmissbrukare kan detta mål (drogfrihet, vår anm) vara svårt att uppnå. Det kan då vara försvarbart att ställa in en sådan patient på Metadonunderhållsbehandling ad modum Dole-Nyswander efter ingående bedömning av en särskild Metadonbehandlingsenhet i samråd med social-tjänsten./.../ Det kan då vara försvarbart att ställa sådana patienter på Metadonunderhållningsprogram ad modum Dole-Nyswander, om de kriterier som använts i Ulleråkerprogrammet är uppfyllda..... (SOSFS 1988: 4)

Kriterier

- 1. acceptabel valfrihetssituation (vilket innebär att patienten ej är häktad, arresterad eller dömd till fängelsepåföljd),*
 - 2. dokumenterat minst 4-årigt tvångsmässigt intravenöst opiatmissbruk,*
 - 3. minst tre tidigare försök till drogfri behandling,*
 - 4. minst 20 års ålder,*
 - 5. tecken till pågående missbruk vid intagningen (opiatutsöndring i urinen, abstinenssymtom av opiat-typ),*
 - 6. frånvaro av avancerat blandmissbruk,*
- Vid intagning skall företräde ges dem med mycket långvarigt missbruk./.../Urvalet av patienter skall ske med stor restriktivitet och utifrån nämnda kriterier (SOSFS 1988: 4).*

Intagningskriterierna till Metadonbehandlingen i dessa föreskrifter innehåller en mängd negativa maktprocesser som alla är uttryck för Socialstyrelsens styrningsmentalitet. Patienten måste garanterat ha mycket svåra problem, dvs. Metadon är så begärligt att många annars skulle knacka på porten bara för att få nöjet att delta i programmet. Narkomani är en kemisk

epidemi och Metadon en opiat, och därför begärlig. Det är också därför som missbruk måste kunna bekräftas vid själva intagningen.

Man måste ha försökt andra saker innan, dvs. de korrekta behandlingarna enligt symptomteori som helt följer möjlighetsvillkorets formulering av narkotikaproblemet som en kemisk epidemi som måste få bort samtliga opiater tagna i varje form och omständighet ur patientens liv.

6.3.3.1 Stor restriktivitet

Intagningskriterierna består av ovanstående sex punkter. Längre in i texten kan man också läsa att urvalet skall ske med stor restriktivitet. Varför väljer man att skriva detta när dessa sex kriterier redan innebär stor restriktivitet och hur ska läsaren förstå vad stor restriktivitet då innebär förutom de sex kriterierna? Man kan tolka detta som att Socialstyrelsen beskriver den attityd som remitterande och beslutande skall anamma gentemot patient och behandling, att läsaren skall börja tänka i samma banor själv. Enligt denna tolkning starta Socialstyrelsen en subjektifieringsprocess genom att överlämna åt läsaren att istället för att förstå det man inte säger överlämna åt läsaren att mera i detalj vidare utarbeta hur denna stora restriktivitet skall se ut. Socialstyrelsen startar här en negativ maktprocess, med krav på återhållsamhet och en vilja att kontrollera och begränsa.

6.3.3.2 Försvarbart

Vid den här tidpunkten finns det två möjlighetsvillkor. De två möjlighetsvillkoren krockar. Den gamla diskursens möjlighetsvillkor väger här tyngst. Målbeskrivningen tar visserligen sin utgångspunkt i HIV-situationen med meningen *HIV-situationen kräver en offensiv narkomanvård*. Precis efter denna mening följer sedan *Målet för denna är drogfrihet* Man har alltså inte ändrat möjlighetsvillkor trots HIV-situationen. Det nya möjlighetsvillkoret som formuleras kring HIV-spridning kunde istället ha formulerats skadereducerande exempelvis via sprututbyten och Metadonunderhållsbehandling. Men Socialstyrelsen vidhåller att målet för narkomanvården är drogfrihet. Här ingår också föreställningen att Metadon är en drog enligt den definition diskursen tidigare innehållit. Metadon ger som vi tidigare nämnt ingen kick och programmen är välkontrollerade med ett minimum av läckage (Socialstyrelsen PM 174/87 1987). I föreskriften anges att Metadonunderhållsbehandling kan vara *försvarbar* i svårartade fall.

6.3.4 Vårdinrättningar

Metadonunderhållsbehandlingen har... varit koncentrerad till Ulleråkers sjukhus forskningsklinik för hela landet... Uppföljningen av vissa patienter i Ulleråkerprogrammet har efter beslut av Socialstyrelsen... fått ske även vid en särskild mottagning anordnad av Stockholms läns landsting. /.../Inställning och uppföljning av Metadonunderhållsbehandling får endast ske vid en av respektive landsting bestämd enhet inom allmänpsykiatrins narkomanvård; i Stockholms läns landsting för stockholmregionen, i Malmöhus läns landsting för södra regionen och i Uppsala läns landsting för de fyra övriga sjukvårdsregionerna (1988: 4).

Från 1988 började alltså Metadonenheter att växa fram i liten skala. Man kan se detta med bakgrund i Aidsproblematiken samt de stora problem som fanns i södra regionen. Vid denna tidpunkt (1986-87) startades det också upp två sprututbytesprogram i Malmö och i Lund på försök. Vilket syftade till att försöka hindra spridningen av HIV (Johnson 2005a). Motståndet mot Metadonunderhållsbehandling hade som vi tidigare gått igenom till stor del minskat. År 1990 startade en Metadonenhet i Lund. Samtidigt var tillväxttakten ändå alltför låg. Det finns en negativ maktprocess synlig i texten, när Socialstyrelsen väljer att begränsa antalet uppföljningsenheter vid respektive landsting till en. Socialstyrelsen gör på detta sätt det besvärligare för patienterna vilket vi tolkar som ett sätt att motarbeta det icke önskvärda, nämligen att ge opiater till narkomaner, som helst skall bli drogfria.

6.3.5 Taket för antalet patienter

Socialstyrelsen höjer taket på Metadonbehandlingen till 300 patienter. Detta kan ses som en relativt svag förändring i den panik som rådde i samhället vid denna tidpunkt beträffande AIDS/HIV-spridningen. Metadonbehandlingen hade som vi tidigare gått igenom hårda intagningskriterier samt långa kötider. Enligt vad vi funnit hade alltså Socialstyrelsen kunnat göra stora förändringar för den här gruppen av behövande men väljer att göra mycket små förändringar, takhöjningen är en av dem. På forskningskliniken i Ulleråker var man tvungen att börja tillämpa gamla regler som man sedan lång tid upphört med då dessa upplevts som föråldrande i den aktuella HIV-situationen (Johnson 2005a). Om Socialstyrelsen verkligen hade velat förhindra smittspridningen skulle de kunnat fokusera mer på den forskning som fanns angående effektiviteten av Metadon i smittspridningen. Man skulle också ha kunnat göra satsningar på sprututbytesprogram och andra skadelindrande metoder men dessa metoder står i konflikt med den diskurs Socialstyrelsen befinner sig utifrån de mål som regeringen satt upp om det narkotikafria samhället. Men hur kan man se på det faktum att Socialstyrelsen vid

denna tidpunkt kunde underlåta att agera kraftfullt mot HIV-problematiken? Socialstyrelsen vill som de flesta organisationer bland annat två saker dels bevara den makt och det inflytande man har och dels erhålla mer av båda. I det här fallet kommer makt och inflytande av de sakfrågor som organisationen kan sägas äga och hantera. Det gäller att behålla de diskurser som man äger och erövra nya. Detta görs genom att ett möjlighetsvillkor formuleras kring ett samhällsligt hot. Det som hade skett 1988 var att ett nytt samhällshot hade dykt upp, nämligen HIV-spridningen. Socialstyrelsen får då naturligtvis ögonen på sig, här förväntas man göra något. Pressen ökar och många framför allt läkare trycker på att Socialstyrelsen bör släppa på sina hårda restriktioner. Det finns också mycket att vinna för Socialstyrelsen: lyckas man växa inflytandet och därmed organisationen. Man behåller den gamla diskursen och överger den inte. Det här fungerar för att de äger denna och många andra aktörer har också ett intresse av att Socialstyrelsen behåller den gamla diskursen (politiker, RFHL, RNS, socialarbetare m.fl.). De två diskurserna är oförenliga och hotar varandra. Socialstyrelsen väljer alltså inte att lägga kraften på att lösa problemen. Detta kan man se genom att Socialstyrelsen inte nämnvärt väljer att titta på den forskning som finns på Metadonprogrammets effektivitet då man fortfarande anser att ett tak är av vikt. Socialstyrelsen har sitt mål att följa som regeringen satt upp och samtidigt menar aktörer i samhället att kraftfulla insatser måste göras. Socialstyrelsen genomför en viss förändring de höjer taket med 100 procent.

6.4 SOSFS 1990: 16

Då HIV-situationen under slutet av 1980-talet stabiliserats något, så att dess epidemiska karaktär försvunnit men användandet av opiater ökat i omfattning, kom här möjlighetsvillkoret att omformuleras något, så att den del som handlar om narkotika som hot genom HIV-spridning, tonats ned.

6.4.1 Målet

Målet för narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle. Narkomanvården har, inte minst utifrån den allvarliga aids/hiv-epidemin, att försöka nå kontakt med alla narkotikamissbrukare för att genom rådgivning, vård och behandling hjälpa narkotikamissbrukaren till ett drogfritt liv...(1990: 16)

I författningen 1990: 16 ändrar man på målformuleringen. Från 1988, *Hiv-situationen kräver en offensiv narkomanvård. Målet för denna är drogfrihet...* Till 1990, *Målet för narkotikapolitiken är ett narkotikafritt samhälle...* Målformuleringen är mer tillmötesgående och mjukare, *att försöka nå kontakt med alla narkotikamissbrukare för att genom rådgivning, vård och behandling hjälpa narkotikamissbrukarna till ett drogfritt liv.* Missbrukaren görs till ett subjekt för första gången. Det finns dock ändå en maktprocess här gentemot narkomanen, men en delvis positiv dvs. stödjande och uppmuntrande: man vill genom vård och behandling *hjälpa* narkomanen, men normen ligger fast: *till ett drogfritt liv.* Det är en fördolt korrigerande och alltså negativ maktprocess samtidigt: målet skall vara drogfrihet och i övrigt faller det utanför målet att hjälpa narkomaner.

Nu räknas alltså Metadon också som en drog, och därför fungerar denna målformulering som ett avståndstagande från Metadon. Det som ser ut som en hjälpande hand, är i själva verket en negativ maktprocess, också såtillvida att den motsätter sig Metadonbehandling. Narkomanen har alltså endast blivit subjekt i denna målformulering i den mån som denne accepterar eller internaliserar drogfrihet inklusive Metadonfrihet som mål (!). Denna maktprocess är också, och mer direkt, riktad mot läkare som skulle kunna tänkas vilja skriva ut opiater till narkomaner. Metadonbehandling är visserligen en del av den svenska narkomanvården men är ställd på undantag enligt föreskriftens målformulering, eftersom den innebär att man *underhåller* ett drogbehag.

En annan skillnad i föreskrifterna från 1988 och 1990 är att 1990 års målbeskrivning inleds med en beskrivning av att *narkotikapolitikens* mål är ett *drogfritt samhälle*. Detta mål definierades av regeringen redan 1977, men har tidigare aldrig förts på tal i samband med Metadon eller förskrivning av opiater eller hur man nu har uttryckt sig. Varför detta händer just 1990 första gången är inte lätt att veta, men genom att föra detta på tal, ges större kraft åt epitetet *drogfrihet* hos svensk narkomanvård. Därmed betonas det olämpliga i Metadonförskrivning. Samtidigt innebär det en förlust och en risk för den vid denna tid etablerade diskursen att i samma text som Metadonunderhållsbehandlingen skall regleras, föra narkotikapolitiken och narkomanvården på tal över huvud taget.

Målet för själva Metadonbehandlingen beskrivs på liknande sätt 1990 som 1988. Det är *försvarbart* att tillgripa denna form av behandling under vissa svåra fall. 1990 förtydligas målet för Metadonbehandlingen redan i det inledande stycket, denna gång något mildrat: efter att behandlingen haft vederbörlig effekt *bör* läkaren i lämpliga fall verka för att patienten *förmår avveckla* Metadonet och därmed uppnå *drogfrihet*. Metadonbehandlingen får alltså egentligen inte ha något annat mål än den gängse narkotikapolitiska, även om den negativa maktprocessens *skall* nu har blivit den positiva maktprocessens något lite mer uppmuntrande och rådgivande *bör*.

6.4.2 Intagningskriterier

Kriterierna från 1988 håller i princip i sig. I föreskriften 1990: 16 väljer man dock att ta bort antalet försök och ersätter detta med att andra behandlingsmöjligheter skall vara uttömda. Denna ändring tycks komma som en följd efter en konferens som Socialstyrelsen hade tillsammans med representanter från Socialtjänst och Metadonprogrammen. Det framkom vid konferensen viss kritik mot detta kriterium. På mötet var den allmänna meningen att kriterierna var funktionella om än något *gummiartade*. Delar av expertgruppen ansåg det som olämpligt att ange ett exakt antal behandlingsförsök (framförallt läkare). En annan risk man kunde se i kriterierna var så kallad negativ meritering. Man menade med detta att en mycket destruktiv missbrukare medvetet skulle kunna försöka förvärra sitt missbruk för att förbättra sin chans i Metadonkön (Socialstyrelsens konferens om Metadonunderhållsbehandling 1990).

Fortfarande finns det från 1988: 4 kvar att det i vissa fall kan vara försvarbart med Metadonbehandling enl. erkänd metod nu har man dock valt att lägga till efter en ingående bedömning av särskild Metadonenhet i samråd med socialtjänsten.

När expertgruppens ledamöter säger att felet med kriterierna är att de är gummiartade, kan man se detta som ett uttryck för att den maktprocess de vill iståndsätta inte är tillräckligt negativ, dvs. förhindrande, gränssättande, till sin karaktär. Påståendet att någon skulle vilja negativt meritera sig till Metadonkon kan vara svårt att veta betydelsen av. En tolkning är att man menar att Metadon är begärligt vilket gör att narkomaner är desperata för att komma in på Metadonbehandling. Men om de vore så desperata att komma in där måste antingen Metadonbehandlingen vara väldigt bra, eller har narkomanen fel i sin desperation, dvs. att det är ett sätt att underhålla narkomaner med narkotika mot narkomanens vilja –*sådan den vore om narkomanen vore fri från sitt begär.*

6.4.3 Vårdinrättningar

I 1990: 16 är reglerna ungefär som 1988: 4. Metadonprogrammet skall skötas av de tre narkomanvårdsenheterna i samarbete med socialtjänsten.

6.4.4 Taket för antalet patienter

Programmet får omfatta högst 450 patienter fördelade på en enhet inom vardera Stockholms läns, Malmöhus läns och Uppsala läns landsting (SOSFS 1990: 16).

Vid Socialstyrelsens konferens 1990-06-08, redovisades statistik som visade att antalet patienter i Metadonprogrammet ökat under det senaste året. Med 268 patienter i behandling i mars 1990 förstod man att taket på 300 patienter snart skulle vara uppnått. Deltagarna var eniga om att taket måste ändras dock fanns det några deltagare i huvudsak läkare som menade att taket helt borde tas bort av medicinska skäl. Motiveringen löd *ingen annan medicinsk verksamhet har ett dylikt tak* (Socialstyrelsen 1990).

Johnson (2005a) skriver att heroinister i Skåne åkt till Danmark för att få tag på Metadon då köerna till de skånska programmen legat på över två års väntetid. Taket har näst intill aldrig varit uppfyllt, vilket Johnson menar kommer av... *att Socialstyrelsens ytterst stränga regelverk utestängt närmare 90 procent av heroinmissbrukarna från möjligheten att få Metadon (s.122).*

Johnson skriver i *Dagens Nyheter* att:

Något exaktare besked om hur många människor som dött på grund av att de inte fått tillgång till underhållsbehandling är omöjliga att ge, men det handlar utan tvekan om åtskilliga hundra. Enbart i Stockholms rättsläkardistrikt dog mellan 1986 och 1994 hela 557 personer av heroin, varav flertalet av överdoser – och detta var innan narkotikadödligheten hade börjat öka på allvar (Johnson 2005b).

Socialstyrelsen höjer taket under 1990-talet från 450 patienter i 1990: 16, till 500 patienter 1994: 19, till 600 patienter 1997: 17, till 800 patienter 1999: 20, till 1200 patienter 2004: 1 och slutligen i 2004: 8 tas taket bort. År 1992 fick uppskattningsvis 9 procent av de brukare som hade opiater som huvuddrog plats på de 450 platser som Socialstyrelsen fastställt. År 1998 knappt 11 procent av de brukare som hade opiater som huvuddrog plats fick då plats i de 600 platserna.

Programmen är konstaterat kontrollerade och välskötta, uppvisar mycket goda resultat (Socialstyrelsen PM 174/87 1987, Gunne 1980 m.fl.) samtidigt som HIV-smittan sprider sig. Programmet grundar sig på vetenskap och beprövad erfarenhet. Varför väljer Socialstyrelsen att ha ett tak fram till 2004: 8? Socialstyrelsen har att förhålla sig till det uppdrag de fått från regeringen och som en självklarhet ska även forskning och beprövad erfarenhet ligga till grund för deras arbete. I detta fall har Socialstyrelsen kunnat frångå den forskningen som underhållsbehandling kunnat uppvisa.

6.4.5 Vårdens upphörande

Uppföljningen av patienter i Metadonprogrammet skall i förekommande fall ske i nära samarbete med socialtjänstens narkomanvård. Målet skall därvid vara avveckling av Metadonbehandlingen (SOSFS 1988: 4).

På sikt bör den behandlande läkaren, i de fall det är lämpligt, verka för att patienten förmår avveckla Metadonunderhållsbehandlingen för att denne därmed skall uppnå drogfrihet/.../Uppföljningen av patienter i Metadonprogrammet ska i förekommande fall ske i nära samarbete med socialtjänstens narkomanvård. Målet bör därvid vara att hjälpa patienten att avveckla Metadonunderhållsbehandlingen (SOSFS 1990: 16)

Ovanstående citat är från de olika föreskrifterna och anger hur vården skall/bör avslutas. Fortfarande är målet att patienten skall avveckla Metadonunderhållsbehandlingen men nu har man lagt till att målet *bör* vara att *hjälpa* patienten att avveckla. Från att 1988, *skall vara avveckling av programmet*. Målet var alltså att patienten skulle avveckla Metadonbehandlingen för att uppnå drogfrihet. Man pratar om Metadonet som drog istället för läkemedel. Man skiljer alltså inte 1988 på Metadon från illegala droger på så vis att man likställer Metadonfri med

drogfri. Samtidigt är det 1990: 16 en positiv förändring där man tycks se andra möjligheter. Att inte glömma är dock att det övergripande målet är det narkotikafria samhället och där hör inte denna behandling hemma.

Hur kan man då se på denna förändring? Man kan se att den rådande diskursen förändrats till viss del då man nu kan formulera sig i termer som *bör* istället för *skall*. Det är ändå fråga om en maktprocess men som har gått från en negativ maktprocess som har haft en begränsande och förbjudande betydelse till en positiv maktprocess där man istället väljer termen *bör* där det finns vissa möjligheter att frångå det rådande målet. Vidare kan man säga att det i detta också är frågan om en styrningsmentalitet då det är att betrakta som en självklarhet att en behandling bör avslutas om den inte längre behövs, alltså inget som skulle behöva stå med i föreskriften. Man pratar inte i föreskriften 1990: 16 i termer av patientens vilja eller patientens bästa utan man är i diskursen övertygad om att det bästa är avveckling av Metadonprogrammet och detta ska läkaren och socialtjänsten försöka så in hos patienten.

6.5 SOSFS 1991: 33

6.5.1 Vårdinrättningar

1991-07-04 ansökte sjukvården i Malmö tillstånd om att få starta en Metadonenhet. Argumenten bakom detta handlade till stor del om problematikens utbredning i Malmö. I Malmö bor som vi nämnt fler narkomaner per invånare än i någon annan stad i Sverige. Fram till 1988 var Uppsalas Metadonenhet central antagningsenhet för hela landet. I föreskrifterna 1988 tilläts Stockholm att driva egen verksamhet. Sedan 1990 har även Södra sjukvårdsregionen en egen öppenvårdsenhet i Lund. Till Lund remitterades patienter som påbörjat sin behandling i Uppsala. Behandlingsbehovet i Malmö beräknades uppgå till minst 100 (långt räknat). Med anledning av detta ville man alltså bygga ut Metadonbehandlingsresurserna för heroinmissbrukande malmöbor (Blix & Ljungberg 1991).

Enligt uppskattning från behandlande instanser uppgick antalet heroinister i länet 1991 till ca 800 varav 400 var bosatta i Malmö kommun (Dymling & Wiberg 1991). Den 1 januari 1992 trädde SOSFS 1991: 33 i kraft som innebar att Socialstyrelsen hade beviljat Malmös ansökan. Det kom sen att dröja fram till År 2004 innan den femte Metadonenheten startades i Sverige och då i Göteborg. Starten till Metadonbehandlingen i Göteborg försenades på grund

av att stadens samtliga socialbyråchefer skrev under en protestlista mot Metadonprogrammet, enligt Bengt Svensson (Johnson 2005a).

6.6 SOSFS 2004: 8

6.6 1 Möjlighetsvillkor

Möjlighetsvillkoret som beskrivs i SOU 2000: 126 behandlar till skillnad från tidigare också de ekonomiska förutsättningarna för en god narkomanvård. Sverige var vid denna utrednings tillblivelse inte längre så rikt och välmående som då den svenska narkotikapolitiken en gång grundlades i slutet av 60-talet. Det betonas att det är angeläget att trots knappare resurser vika medel för en god kvalitet på narkomanvården. Med god kvalitet menas då att de mål som sedan länge gällt för svensk narkotikapolitik kan förväntas bli uppfyllda. Narkotika är ett hot mot samhället, antalet narkomaner är mångdubbelt fler än på 70-talet, och samtidigt framhåller kommissionen att den svenska restriktiva linjen *måste* upprätthållas.

Metadonprogram kan tillåtas utan att det skadar trovärdigheten, dvs. utan att motarbeta eller motsäga de nationella målen. De skall utformas på speciella vis och ingå i den socialpolitiska enheten. Metadonprogrammen böjs in under de nationella målen. De har visat sig effektiva, och egentligen också kostnadseffektiva, de skyddar samhället mot spridning av HIV, och *hjälp till* med rehabilitering. Kostnadseffektiviteten sägs kanske inte rent ut i texten men vilar i bakgrunden: vägvalet talar om en fara för sänkt ambitionsgrad, och samtidigt gäller det här att inkludera Metadonbehandling i diskursen för dess goda effektivitets skull, utan att ge avkall på diskursens hävdande att *behandling* egentligen konnoterar *att bli drogfri medelst psykosocial behandling*.

Det möjlighetsvillkor som definieras här bär mycket gemensamt med det som etablerades redan 1969, även om det har reviderats i vissa avseenden: Narkotika är ett stort hot mot samhället på två sätt: 1. Det sprider HIV-smitta via sprutor och prostitution. 2. Det för människor bort från det goda livet som arbetsam medborgare, och smittar andra med narkomani. Vi måste därför få bort det helt från samhället med en restriktiv narkotikapolitik.

Målet är alltså det narkotikafria samhället, och narkotika är vissa ämnen som regeringen har bestämt skall anses vara narkotika, snarare än att det är effekterna av preparatanvändning som skall avgöra. Samhället har inte lika stora resurser som tidigare och därför är det viktigt

att insatserna utformas kostnadseffektivt, samtidigt som samhället också måste acceptera att det kostar.

Metadon, Subutex m.fl. är visserligen opiater och användningen av dem bör därför regleras noga, men de är användbara i sammanhanget eftersom de gör rehabilitering via psykosocial behandling möjlig. Den ändring som man kan skönja här är den om Metadons roll i behandlingen, och det röntes också kritik. I debatten gav Fugelstad luft åt farhågan att Metadon nu skulle komma att läcka ut på marknaden, en uppfattning som hänger samman med ett äldre möjlighetsvillkor, i vilket Metadon i långt högre grad betraktas som en på marknaden mycket begärlig opiat för *berusning*. Fugelstads text blottlägger här en motsägelse i möjlighetsvillkoret som det då presenterades i förslaget till nya föreskrifter. Socialstyrelsen reparerade med en retorik utgående från heroinisters behov, och befäste därmed sin ambivalenta syn på Metadon och Subutex. I debatten tog man också till utrikes förhållanden, ofta som varnande exempel, på ett sätt som var oriktigt men som stärkte det formulerade möjlighetsvillkoret: Metadonet flödar och läcker ut i andra länder, och därför stramar man upp där, så det borde vi också göra. Detta fick visserligen inte stå oemotsagt, Johnsons svar gav ett annat perspektiv på lågtröskelprogram och utomsvenska Metadonbehandlingar, men Socialstyrelsen redovisade i sitt svar i debatten att den strikta hållningen mot Metadon skulle finnas kvar.

6.6.2 Målet

Underhållsbehandling skall syfta till att den som är beroende av opiater skall upphöra med sitt missbruk samt att få en förbättrad hälsa och social situation (SOSFS 2004: 8, s. 4).

I föreskrifterna 2004 förändras målet åter. Varken målet för svensk narkotikapolitik eller för narkomanvård i övrigt berörs. Sådana nationella mål finns dock även 2004, och är fortfarande drogfrihet. Dock är det tydligt att möjlighetsvillkoret från tidigare år här har trängts tillbaka betydligt. Möjligen kan det tolkas så, att sättet att skriva föreskrifter har förändrats, eller att det inte gick att sammanföra målets högtravande nollvision *drogfrihet* med Metadonbehandlingens blygsammare effekter utan att den bjärta kontrasten dem emellan skulle bli allt för iögonenfallande.

Målet för Metadonunderhållsbehandlingen beskrivs dock, och i denna föreskrift är målet inte *drogfrihet*, utan frihet från *missbruk*, jämte bättre hälsa och social situation. Söker man längre fram i texten, finner man att 1990 års rådgivande *bör avvecklas* nu har blivit ett *får*

avvecklas. Det är alltså i målformuleringen fråga om en relativt stor förändring i attityden till Metadonbehandling även om en restriktiv, reglerande och kontrollerande påverkansprocess fortfarande äger rum via texten.

Vi möts av ett nytt begrepp, *underhållsbehandling* som här får sin definition på annat sätt än tidigare, då man har kallat behandlingen *Metadonbehandling ad modum Dole-Nyswander*, och sedan endast har refererat till verksamheten i Ulleråker. Här nämns å andra sidan inte denna verksamhet alls. Metadonbehandling annekteras som fenomen därmed i långt högre grad av Socialstyrelsen, som ägnar långt mer plats åt att definiera ramarna för verksamheten.

Individen behandlas här som subjekt i högre grad än tidigare. Målet är att narkomanen skall upphöra med sitt *missbruk*. *Missbruk* har i svensk diskurs kring narkotika ett antal olika definitioner, bl. a en medicinsk och en juridisk. Den juridiska definierar allt bruk av narkotika utom den som är legalt förskrivnen som missbruk, den medicinska ställer upp ett antal indikationer på försämrat tillstånd m.m. ur olika aspekter för narkomanen som grund för definitionen. Oavsett vilken av dessa definitioner som åsyftas här, kan den som går på Metadonunderhållsbehandling sägas vara fri från sitt missbruk, i den mån denne inte tar några andra narkotiska preparat samtidigt. Helt förvandlad till subjekt är dock narkomanen inte. Behandlingen får avvecklas, även mot patientens vilja. Samhället tar sig alltså rätten att förvägra en patient behandling, vilket är en negativ maktprocess gentemot narkomanen och uttryck för den styrningsmentalitet som utgår från att narkomanen är ett objekt. Sätillvida hänger den sedan tidigare etablerade föreställningen om Metadon som ett begärligt narkotikum sig fast, även om det inte understryks i målet.

6.6.2.1 Underhållsbehandling

Ett grundläggande begrepp i denna text är underhållsbehandling. Det används redan i målet, och har en viss verkan i utövandet av den styrningsmentalitet som syftar till att styra beslutande inom narkomanvården i enlighet med det möjlighetsvillkor som åtminstone sedan 60-talets slut definierat narkotika som ett epidemiskt gift som förvandlar människor till objekt.

Underhållsbehandling (se s.15) används som samlande begrepp för behandling med alla substanser som utgör narkotika, i kombination med psykosocial behandling. När vi härleder begreppet ”underhåll” associerar vi automatiskt till att man med denna behandling underhåller någonting, nämligen beroendet, eller missbruket. Begreppet fokuserar på att Metadon klassas som narkotika av Socialstyrelsen, och på att det vidmakthåller patientens opiatberoende, per

definition. Detta kan jämföras med något annat tänkbart alternativ, t ex om man hade samlat Metadon, Subutex etc. under ett annat namn exempelvis ”ångestdämpande abstinensneutralisatorer” eller någonting med denna konnotation. Att sedan termen underhållsbehandling får betyda ”läkemedels*assisterad* underhållsbehandling” innebär att begreppet läkemedel, med sin i långt högre grad positiva klang faller ur texten. Det innebär vidare att läkemedlet ikläds en biroll (till förmån för psykosocial behandling) samtidigt som stammen *underhåll-* i ordet *underhållsbehandling* konnoterar fortsatt beroende. Det kommer heller inte fram att Metadonet inte ger samma rus som andra opiater och därför möjliggör en annan livsföring, med högre livskvalitet och bidrag till samhällsekonomin och samhällsutvecklingen som följd.

På detta vis markerar den tidigare etablerade diskursen kring narkotika sin närvaro. Textens språkdräkt kan på detta sätt ge en *negativ* bild av fenomenet Metadonbehandling *samtidigt* som man fortsätter att betona andra behandlingsformer. För den enskilde innebär underhållsbehandling att han eller hon som är i behov av läkemedelsbehandling för sitt opiatberoende också *måste* ta emot psykosocial behandling. Flera undersökningar som gjorts visar på att även lågtröskelprogram ger minskad dödlighet, kriminalitet, illegalt missbruk samt ökad livskvalitet, bland annat SBU:s undersökning (s. 28-29) samt SoS-rapporten 1997: 22. Här sätts en maktprocess igång, som via subjektifieringen i de beslutande inom narkomanvården skall leda till att det är en självklarhet att patienter skall tvingas till en viss form av behandling. Patienten ges inte själv möjlighet att få välja den behandling denne tror på utan detta görs istället av behandlande personal, Socialstyrelsen m.fl. När man sedan i och med denna föreskrifts noggranna definition av begreppet *underhållsbehandling* väljer att lägga Subutex inom samma reglering medför detta att alla de som tidigare fått Subutex utskrivet av läkare numera även måste ta emot psykosocial behandling.

6.5.2.2 Beroende

Ett annat grundläggande begrepp som är nytt i denna föreskrift är *beroende*. Innan handlade det om *intravenösa opiatmissbrukare*, nu heter det istället *den som är beroende av opiater*. Vi kan se flera tänkbara anledningar till detta. En är att *beroende* alltmer börjar erkännas som en sjukdom. Att man väljer att ta bort *intravenösa* kan ha att göra med att alla opiatberoende inte injicerar sitt heroin. Rökheroinet blev under 90-talet allt vanligare i Sverige och med den lydelse texten har ges möjlighet även för behandling av denna typ av beroende. Socialstyrelsen

definierar beroende i enlighet med ICD-10, i sin KSH97 under punkt F11.2, som "beteendestörning till följd av missbruk av opiat". Missbruk definieras inte någonstans av Socialstyrelsen. KSH97 är ett dokument som syftar till att klassificera och namnge hälsoproblem och sjukdomar etc. på ett entydigt och hierarkiskt sätt för att sjukvården skall kunna fungera bra. KSH97 syftar däremot inte till att bestämma orsak till hälsoproblem och sjukdomar (www.sos.se).

Varför skriver man då att den som är *beroende* skall bli fri från sitt *missbruk*? Om missbruk inte har någon definition annat än det mer allmänna och vaga "bruka i övermått" är det ju inte lätt för den behandlande läkaren att veta när behandlingen har fått tillräcklig effekt. En tolkningsmöjlighet är att om man hade skrivit *beroende* man då hade erkänt att *beteendestörningen* till följd av opiatmissbruk var problemet och inte (*miss*)*bruket i sig*. Samtidigt understöds här en otydlighet som är nödvändig för att hålla ihop diskursen. En annan tolkning är nämligen att Socialstyrelsen här menar att den som går på *underhållsbehandling* inte är fri från sitt beroende, och det går inte an att förorda eller acceptera en behandling som ger som resultat att man vidmakthåller (*underhåller*) ett beroende. Möjlighetsvillkoret som maktprocessen och styrningsmentaliteten utgår ifrån är fortfarande att narkotika är ett samhällsproblem som helt måste elimineras, och sålunda kan man inte uttrycka sig mer "drogliberalt" än man gör.

Man kan också tolka bristen på definition av *missbruk* som att föreskriftens författare inte är intresserade av när en viss behandling har uppnått avsedd effekt. Det som definieras noggrant är det som är viktigt, och det är i denna föreskrifts målformulering exempelvis vad som räknas som narkotika, och vad narkomani är. Termen missbruk fungerar i texten också så att den avskiljer det legala bruket av Metadon i behandlingen från det illegala bruket av opiater köpta på gatan. Man har valt att inte använda ordet 'drogfri', eftersom Metadon definieras som en drog enligt möjlighetsvillkoret.

6.6.2.3 Förbättrad hälsa och social situation

Individen är betydligt mer synlig och fokus ligger inte enbart på drogfrihet utan man väljer att också lägga till *en förbättrad hälsa och social situation*. Men nolltoleransen gäller fortfarande. Man anger inte som tidigare att målsättningen är att patienten skall upphöra med Metadonbehandling. Detta hänger förmodligen samman med att forskningen visat att Metadon många gånger behöver bli en livslång behandling. I Socialstyrelsens kunskapsöversikt (2004) framgår det att för flertalet patienter måste behandlingen pågå i många år till att bli livslång för att

fungera. SBU-rapporten (2001) visar att långtidsbehandling av Metadon vid heroinberoende ger minskat heroinmissbruk och bättre medverkan i behandlingsprogram.

6.6.2.4 Dokumenterat

Från att 1990: 16 har varit *ett dokumenterat minst fyraårigt tvångsmässigt intravenöst opiatmissbruk* är det i 2004: 8 istället *har ett dokumenterat opiatberoende sedan minst två år*. Förändringen är alltså inte enbart att fyra år blir två utan också från ett tvångsmässigt intravenöst opiatmissbruk till ett opiatberoende. Individen kan alltså inte själv ta ställning till när den anser sig vara i behov av vård med Metadon. Det faller utanför diskursen att göra narkomanen till att fullt ut bli ett subjekt. Det faller helt enkelt utanför diskursen för att möjlighetsvillkoret gör narkomanen till ett objekt. Vederbörande skall ha ett *dokumenterat* opiatberoende. Begreppet dokumenterat följer med sen tidigare men vi ska nu ta upp innebörden av detta begrepp mer ingående. Varför väljer Socialstyrelsen att opiatberoendet skall vara dokumenterat? Man vill vara så pass säker för att man tänker sig att det annars finns en risk att någon som inte är opiatberoende skulle kunna få Metadonbehandling. Detta helt i linje med gällande möjlighetsvillkor där narkomani är en kemisk epidemi och Metadonet är så begärligt. Förmodligen tänker sig också Socialstyrelsen att de som inte missbrukat så länge kan bli hjälpta av drogfria behandlingsalternativ. Vi pratar här om ett tvåårigt dokumenterat opiatberoende och vid opiatberoende så har endast behandling med läkemedel visat sig vara effektiv (SBU-rapport 2001, Heilig 2004 m.fl.). Om Socialstyrelsen istället hade valt att skriva att personen ifråga skall ha diagnosen opiatberoende så hade fokus istället hamnat på heroinberoende som en sjukdom och på så vis ta bort en del av den skuld som missbruk ofta kopplas till. Den dokumenterade tvåårsgränsen kan också tänkas komplicera situationen för en del individen som under en lång tid lyckats med att dölja sitt missbruk. När personen ifråga sen ber om hjälp så ska beroendet vara dokumenterat i två år.

Tänkbara anledningar till att Socialstyrelsen väljer att göra denna förändring i föreskriften kan tänkas vara att de inte längre kan försvara det fyraåriga opiatmissbruket på som skäl för att få tillgång till en behandlingsmetod som i en mängd forskning visat sig vara mycket effektiv (Stenbacka & Romelsjö SoS-rapport 1997, SBU-rapport 2001 m.fl.). Heroinmissbruket har ökat rejält från 1990 likaså de narkotikarelaterade dödsfallen (CAN 2004). En annan anledning till att man sänker skulle kunna vara att även Subutex och andra liknande preparat numera omfattas av föreskrifterna. Subutex kan många gånger vara att föredra framför Metadon om den behövande inte har ett lika långt beroende bakom sig (Heilig 2004).

6.6.2.4 Missbruk mot beroende

Socialstyrelsen väljer att byta ut begreppet missbruk mot beroende. Detta skulle kunna innebära att man alltmer börjar se opiatberoende som en sjukdom. Vad är då skillnaden mellan 2 års opiatberoende och 4 års missbruk? Det är egentligen ingenting som säger att tiden är halverad på något sätt då detta är två olika diagnoser. Socialstyrelsen har i 2004: 8 en definition på beroende men ingen på missbruk så vad man i föreskriften menar med ett missbruk kan vi bara spekulera i. Enligt DSM-IV definition kan man missbruka i fyra år utan att vara beroende men man kan också bli beroende inom två år. Man kan dock ändå tänka sig att Socialstyrelsen med tanke på den forskning som finns på området vad det gäller opiatberoende som en kronisk sjukdom, tagit detta till sig och lämnat missbruksbegreppet alltmer till förmån för beroende. Andra argument bakom tvåårsgränsen är att Metadon ger ett beroende, kanske ett livslångt sådant. Metadon har också en mängd biverkningar som vi tidigare nämnt. Ett argument mot tvåårsgränsen skulle kunna vara att den raderar individens egen förmåga att själv få fatta beslut angående vilken vård han/hon tror på och också förmågan att väga för och emot och om han/hon är beredd på att ta konsekvensen som kan följa med Metadonbehandling. Vi har inte funnit någon forskning som säger att Metadon inte är rätt behandling för en individ som haft beroendet mindre än två år. Däremot är Subutex ofta ett gott alternativ när personen har ett kortare beroende/missbruk bakom sig. Men detta hjälper inte de individer som ej uppfyller det dokumenterade 2-årsberoendet då också Subutex omfattas av detta (Heilig 2004). Det ska inte vara för lätt att få Metadonbehandling då kanske fler börja bruka heroin är ett argument som funnits i Metadondebatten ett argument som också tas upp av Socialstyrelsens arbetsgrupp i granskningen från 1987. En behandling får inte vara för lätt. Socialstyrelsen skrev som vi tidigare nämnt 1973 att Metadonbehandling var bekvämt både för behandlare och för patienter. En del av detta synsätt kan möjligen finnas tycks kvar. Metadonbehandling ses inte som ett fullgott behandlingsalternativ och rädsla för konkurrens mot den drogfria behandlingen kan än idag finnas kvar.

6.6.2.5 Hinder för vård

4. kap 3 § Underhållsbehandling får inte påbörjas om

1. annan behandling vid opiatberoende bedöms tillräcklig, eller
2. patienten är beroende av andra narkotiska preparat än opiater eller alkohol på ett sätt som innebär en oacceptabel risk, eller
3. patienten har varit utesluten från sådan behandling under de senaste sex månaderna.

Utan hinder av punkten 3 får patienten ges underhållsbehandling, om det med hänsyn till patientsäkerheten finns särskilda skäl för att återuppta den (SOSFS 2004: 8, s. 6).

Den första punkten har förändrats, tidigare har det varit ett krav att behandlingsmöjligheter skulle vara uttömda efter försök med drogfria behandlingar. Nu skriver istället Socialstyrelsen om annan behandling bedöms tillräcklig. Man skulle kunna tolka denna punkt som att Socialstyrelsen vill ge en bild av att det finns andra behandlingar vid opiatberoende som är tillräckliga men i forskningen har man inte kunnat styrka detta (SBU-rapport 2001, Stenbacka & Romelsjö SoS-rapport 1997). Johnson (2005a) hänvisar till Heilig, som skriver om SBU:s slutsatser:

Ett flertal psykosociala metoder har således dokumenterat effektivitet vid behandling av heroinberoende /.../ Samtliga studier som påvisat positiva effekter av dessa metoder har dock gjorts med patienter som även erhållit Metadon. Det saknas alltså för närvarande belägg för positiva effekter med psykosocial behandling som ges utan läkemedelsstöd till individer med etablerat heroinberoende... (s.110)

Det är inte den enskilde som bedömer om annan behandling är tillräcklig utan socialtjänstemän tillsammans med läkare. Socialstyrelsen kunde förstås valt andra alternativ där den enskilde istället hade gjorts till ett väljande subjekt. Man kunde exempelvis valt att formulera detta med att *läkaren* (el.verksamhetschefen) *på underhållsprogrammet skall med beaktande inför att patienten får bästa möjliga vård bedöma om underhållsbehandling är det bästa alternativet i samförstånd med patienten. Underhållsbehandling får inte ske då läkare från Metadonklinik bedömer att behandlingen skulle innebära en betydande risk för patienten eller om behovet inte bedöms föreligga.*

6.6.2.6 Socialtjänstens inflytande

I 4 kap. 6 § 3 st. står det att:

Genom upprättandet av vårdplanen skall patienten, beroendevården och socialtjänsten träffa en överenskommelse om de behandlingsåtgärder samt om de medicinska kontrollundersökningar, bl a regelbundna kontroller av urinprov och andra särskilda villkor som skall gälla för underhållsbehandlingen (SOSFS 2004: 8 s.7)

Socialtjänsten har alltså ett ord med i laget när läkaren skall bedöma behandlingsåtgärder och i upprättandet av vårdplanen. Dessutom har de intresse av medicinska kontrollundersökningar osv. Varför kan inte läkaren också få detta ansvar? Möjlighetsvillkoret lyder att Metadon något mycket begärligt som vi måste förhindra, det är ett knark.

Vidare skall enligt föreskriften upprättandet av vårdplan ske i överenskommelse mellan läkare från Metadonklinik, den enskilde och socialtjänsten vad det gäller bland annat medicinska kontrollundersökningar bland annat kontrollen av urinprov och andra kontroller som skall gälla för underhållsbehandlingen. Socialstyrelsen kunde istället valt att helt lägga detta ansvar på läkaren som har den medicinska kompetensen. Formuleringen skulle då kunna vara att läkaren ansvarar för bedömningen att patienten får bästa vården, och att underhållsbehandling inte får påbörjas om läkare vid Metadonenhet anser att den inte är behövlig eller om den är riskabel. Socialstyrelsen väljer istället att visa sin diskursiva makt. Man detaljreglerar och öppnar upp för kommunens socialtjänst att bedöma. Det är uttryck för en styrningsmentalitet på bred front. Dels vill man tillförsäkra kommunens socialtjänst med sin långa tradition av symtomteori och misstänksamhet mot Metadonbehandling inflytande, trots att man redan 1987 beskrev samarbetet som mindre lyckat. Dessutom vill ha en stark kontrollmöjlighet gentemot narkomanen, in på bara skinnet och urinen, så länge behandlingen nu varar. Att denna maktprocess är kränkande och möjligen till och med åsidosätter mänskliga rättigheter, är för en mäktig organisation med ett starkt och laddat möjlighetsvillkor med gamla anor, kanske mindre viktigt.

6.6.2.7 Spärrtid

3. patienten har varit utesluten från sådan behandling under de senaste sex månaderna.

Utan hinder av punkten 3 får patienten ges underhållsbehandling, om det med hänsyn till patientsäkerheten finns särskilda skäl för att återuppta den (SOSFS 2004: 8, s.6).

Denna punkt har egentligen ingen annan grund än att det handlar om hot och straff och är alltså uttryck för en negativ maktprocess med enda syfte att försvåra för patienten att delta i en behandling som man helst inte skulle vilja erbjuda. Patienten vet alltså att om den inte följer det regelverk som den omfattas av kan patienten bli utesluten och får då inte komma tillbaka till behandlingen på sex månader. Det är alltså ett straff. Samtidigt visar forskningen tydligt att dessa patienter befinner sig i en kraftig riskzon vad det gäller missbruk och även dödlig utgång. Socialstyrelsen anför vidare att om det finns hänsyn till patientsäkerheten så får underhållsbehandling återupptas. Om Socialstyrelsen helt hade utgått från patientsäkerheten borde knappast punkt tre ha funnits på grund av de stora risker uteslutningen medför för patienten. Man vet också att dödlighet, kriminalitet och missbruk minskar när patienten är inom behandling (Socialstyrelsen 2001). Faktorer vi menar i allra högsta grad styr patientsäkerheten.

Socialstyrelsens långtidsuppföljning (2001) visar att det är viktigt att försöka nå hög retention i behandlingen eftersom de ofrivilligt utskrivna patienterna visar kraftigt förhöjd dödlighet jämfört med dem som stannar i behandling. Socialstyrelsen tar också upp att eftersom Metadonbehandlingen är en långsiktig behandling och i många fall livräddande så är det viktigt att programmen har hög tolerans för återinträde i behandlingen.

6.6.2.8 Brott

Om en patient som ges underhållsbehandling blir föremål för en frihetsberövande åtgärd, skall den läkaren som har ansvaret för behandlingen överväga om den kan fortsätta eller måste avbrytas. Detta ger en anvisning om att heroinberoende inte betraktas som en sjukdom då det skulle vara en självklarhet att få fortsätta sin medicinering. I 4 § står det: *Även om en person vårdas med stöd av någon av dessa lagar (LVM, LPT, LRV) får dock vårdplanering enligt 6 § inledas (SOSFS 2004: 8 s.6).* Att Socialstyrelsen väljer att påpeka att man får inleda en be-

handling ger sken av generositet fast det möjligen borde vara en självklarhet. Om opiatberoende är en sjukdom innebär 4 § och 5 § att man nekas rätt till sjukvård. Framför allt när man talar om att patientens hälsotillstånd måste ha stabiliserats (5 §) ger man bilden av underhållsbehandling som belastande, fyllt med komplikationer och faror. Underhållsbehandling beskrivs inte som behandling för en sjukdom, begrepp som associeras med hälso- och sjukvård undviks. Resonemang förs kring underhållsbehandling som man inte gör inom hälso- och sjukvård.

Möjlighetsvillkoret att Metadon är ett begärligt narkotikum som man anser sig behöva försvåra tillgången till - till det yttersta. Vilket i sig är kopplat till bland annat möjlighetsvillkor om totalkonsumtionsmodellen som formulerats på högre nivå, ”vem som helst kan bli narkoman därmed ska den totala konsumtionen begränsas och enligt målet helt elimineras”.

6.6.3 Vårdinrättningar

Förslagets syfte är att stärka patientens ställning, att göra en verksam behandling tillgänglig för alla som behöver den, att skärpa kraven på ett nära samarbete mellan sjukvård och socialtjänst och att minska läckaget av narkotikaklassade läkemedel, inte bara Metadon och Subutex utan också nya liknande preparat till den illegala marknaden. (Dundar & Wigzell, Socialstyrelsen 2004).

I 2004: 8 blir det fritt fram för vårdinrättningar att starta underhållsbehandling. Detta kan man se utifrån bakgrunden att heroinmissbruket har spridits ut och är inte längre enbart ett storstadsproblem (CAN 2004). Vårdgivare som är särskilt inrättade för beroendevård ska då anmäla till Socialstyrelsen om de tänker starta underhållsbehandling senast en månad innan verksamheten påbörjas. Verksamheten ska bedrivas med beaktande av de nationella målen för narkotikapolitiken och ett krav är också att den ska samordnas med kommunens socialtjänst. Det krävs en verksamhetschef som ansvarar för verksamheten. I föreskrifterna 2004: 8 finns det allmänna råd angående denna fråga som lyder:

Om en verksamhetschef inom beroendevården inte är legitimerad läkare med specialistkompetens i psykiatri, bör ansvaret för ledningsuppgifter som rör underhållsbehandling överlåtas till en sådan läkare. Läkaren bör ha dokumenterad erfarenhet från beroendevård (SOSFS 2004: 8, s. 4)

Socialstyrelsens tar inte hänsyn till de riktlinjer som verksamhetscheferna vid de fyra Metadonenheterna redovisade 1997, nämligen att verksamhetschefen ska ha specialistkompetens inom psykiatri samt erfarenhet av narkomanvård (Riktlinjer för Metadonbehand-

ling 1997). Socialstyrelsens allmänna råd är rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas och utesluter inte andra sätt att uppnå de mål som avses i författningen.

Verksamhetscheferna vid dessa vårdinrättningar ansvarar för att kvaliteten i verksamheten fortlöpande och systematiskt utvecklas och säkras. Vårdgivaren ska ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för underhållsbehandlingen.

I Socialstyrelsens långtidsuppföljning 2001 så framkommer det att trots välkänt goda resultat är behandlingsmetoden inte problemfri. Brister i form av dålig organisation i programmen leder till att färre patienter stannar kvar i behandlingen vilket leder till en ökning av antalet dödsfall bland patienterna. Dålig kontroll har också visat sig genom att Metadon funnits att tillgå på den svarta marknaden. I SBU-rapporten (2001) framgår det att missbrukarvården bör bygga på evidensbaserad kunskap och att detta kräver en satsning på bl.a. utbildning.

6.6.4 Vårdens upphörande

Vården kan avslutas dels genom en planerad avveckling och dels genom uteslutning.

6.6.4.1 Vård

Det kan tyckas lite underligt att i diskursen inlemma ordet vård. Vård för tanken till hälsovård, sjukvård och liknande. Det finns dock helt andra sammansättningar såsom kriminalvård, narkomanvård, LVM, LPT, LRV och LVU. Den som vårdas blir i viss mån objekt till förmån för den vårdande som stärks i sin roll som subjekt. I 2004: 8 är den vårdande två parter dels läkaren och dels kommunens socialtjänst. I föreskriften från 1990 förekom begreppet vård mycket mera sparsamt, framförallt i sammansättningen *socialtjänstens narkomanvård* som läkare ska samråda med vid remittering. Vård är alltså ett begärligt eller åtrått begrepp. Många vill kalla sin verksamhet för vård och begreppet har långa anor i svensk socialpolitik. När man låter vård ingå i diskursen är alltså inte en så stor belastning som man kan tro. Vård kan ges mot den vårdades vilja i många olika sammanhang. Vård kan ges för något som explicit inte indikera sjukdom eller hälsoproblem t o m om man begått olagliga handlingar. I fallet med föreskrifterna här ingår t ex patientens sociala situation som en bakgrundsfaktor att räkna med i behandlingen. Det blir till en glidande skala från att erbjuda vård till det som den vård sökande själv upplever intill vård där den vårdande har mindre att säga till om och där

vård mera blir ett tillfälle att utöva makt. Det är dock inte så enkelt att finna ett bra alternativ för begreppet vård.

I 2004: 8 används begreppet vård som sagt i större utsträckning än i tidigare föreskrifter och detta är i sig en förändring av diskursen, framförallt som Metadonenheten betecknas vårdgivare. Det finns fler begrepp som hämtas från hälso- och sjukvård såsom patient, läkemedel, behandling.

6.6.4.2 Planerad avveckling

6 kap 1 § Underhållsbehandling får avvecklas, om den läkare som har ansvaret för sådan behandling efter samråd med kommunens socialtjänst bedömer att syftet har uppnåtts och det finns anledning att anta att resultatet skall bestå.../Avvecklingen skall så långt det är möjligt genomföras i samråd med patienten... (SOSFS 2004: 8 s. 9).

Detta innebär egentligen att man ger läkaren rätt att avbryta medicineringen mot patientens vilja. Socialstyrelsen anger att underhållsbehandlingen *får* avvecklas vilket skulle kunna ses som en falsk generositet. Om underhållsbehandling är en behandling så borde det vara en självklarhet att behandlingen får avvecklas. Längre in i detta kan man utläsa det faktum att patienten inte har rätt att bestämma detta själv. Samtidigt har man i detta statistiken emot sig då det är allmänt känt att väldigt få patienter klarar av att avveckla sin medicinering med Metadon (Heilig 2004, Socialstyrelsen 2004). Varför nämns då inte patienten i första meningen där socialtjänsten nämns, *efter samråd med patienten och kommunens socialtjänst..*

Gunne och Johnson kritiserar starkt att det i denna livsavgörande fråga inte tas mer hänsyn till patienten i fråga. De hänvisar rapporter från Ulleråker som visat att ofrivillig utskrivning drastiskt ökar dödlighetssiffrorna. De konstaterar vidare att Socialstyrelsens därmed har korttidsbehandling som ett övergripande mål. Istället för att patienterna återanpassas och återvänder till samhället blir behandlingen alltför kort och blir istället en paus innan missbrukaren återvänder till gatan igen. De hävdar att den kunskap som finns på området har kunnat visa att det är långtidsprogrammen som har haft framgång (Gunne, Johnson 2005).

6.6.4.3 Uteslutning

6 kap 2 § Om en patient trots särskilda stödinsatser inte kan förmås att medverka till att syftet med underhållsbehandlingen uppnås, skall den avbrytas om patienten

1. inte har medverkat i sådan behandling under längre tid än en vecka,
2. har upprepade återfall i missbruk av narkotika,
3. missbrukar alkohol i sådan omfattning att det innebär medicinsk risk,
4. upprepade gånger har manipulerat urinprover,
5. har utsatt patienter eller vårdpersonal för våld eller hot om våld, eller
6. har dömts för narkotikabrott enligt en dom som vunnit laga kraft (SOSFS 2004: 8, s.9)

Det finns en positiv maktprocess med en önskan om en strävan efter drogfrihet i syftet med behandlingen som vi tidigare gått igenom under rubriken målet. Socialstyrelsen presenterar sin önskan om drogfrihet hos patienten lite i skymundan: patienten bör sträva efter drogfrihet, och till droger räknas Metadon. Det märks i stycket om behandlingens avslutande, där det i en positiv uppmuntrande maktprocess uttrycks att behandlingen *får* avvecklas, och i själva syftesformuleringen används begreppet *missbruk* vilket ger utrymme för tolkningar. Är det fråga om illegala droger enbart, eller är det också Metadon som betraktas? I och med otydligheten kommer den gamla tanken att programmet skall syfta till drogfrihet fram, med sina starka implikationer till symtomteorin. Behandlingspersonal internaliserar sedan genom subjektivering denna önskan, och kan läsa paragrafen om uteslutning som något som gäller för den patient som inte håller sig fri från återfall eller inte medverkar till att bli drogfri. Kombinerat med reglerna för avslutande, där läkare och socialtjänsteman själva kan avgöra när syftet med behandlingen har uppnåtts, och därefter avsluta behandlingen, blir uteslutningskriterierna ett stort hot mot patientens möjligheter till förbättrad hälsa och social situation. Underhållsbehandlingen skall för alla patienter syfta till att de *helt* skall upphöra med sitt missbruk. Konsekvensen av detta kan lätt bli att en patient som når stora framsteg inom behandlingen ändå kan stängas ute pga. ett visst antal återfall. Här ges istället utrymme för tolkningar. Hur skall man se på en narkoman som tagit heroin dagligen i minst fyra år därefter kommer under Metadonbehandling och får ett visst antal återfall. Har denna person medverkat till att syftet uppnås? Det beror helt enkelt på vem som är betraktaren. Det krävs av patienten inte bara att sträva mot målet utan också att målet uppnås. Blir narkomanen inte tillräckligt frisk så nekas denna behandling och är sedan inte välkommen det närmaste halvåret, helt emot vetenskap och beprövad erfarenhet. Många ovanstående punkter, kanske alla kan, ses som sjukdomstecken och det blir därmed lätt att utesluta patienterna från behandlingen. Detta är uttryck för en styrningsmentalitet där man utövar en maktprocess gentemot narkomanen. Det finns gott om mo-

raliserande och uppfostrande och också att med tvång och hot, tvinga patienten fram till psykosocial behandling i detta. Vård är här ett sätt att utöva social kontroll. Maktprocessen syftar till att förhindra narkomanen från att använda det begärliga Metadonet som en bas för sitt övriga opiatmissbruk. Man får inte bota narkomaner med – knark!

7. Sammanfattning och slutdiskussion

Syftet med vår uppsats var att analysera Socialstyrelsens föreskrifter och de bakomliggande argumentationerna avseende Metadonbehandling.

De föreskrifter som reglerade Metadonbehandlingen i Sverige åren 1972 – 2004 baserades inte på det behov av vård och behandling som fanns i och med heroinberoendets utbredning. Inte heller uppdaterades de i tillräcklig hög grad i takt med att ny forskning och nya utvärderingar som visade på att behandlingsformen hade stora fördelar framför andra icke läkemedelsassisterade.

Om vi utifrån svensk socialpolitisk historia försöker förstå varför Metadonfrågan behandlats på detta vis så skulle vi sammanfatta detta på följande vis: Sverige har två politiska traditioner som varit speciellt framträdande: en stark centralmakt med en tidigt utvecklad byråkrati (Tops 2003) och en demokratisk tradition. Den demokratiska traditionen yttrade sig bland annat i folkrörelseväsendet. Den starka centralmakten tillsammans med det demokratiska samhällets uppkomst innebar att byråkratin kunde bli än mer välfungerande och man kunde genomföra sociala projekt såsom det nationella folkhemsbygget, med socialt ingenjörskap och keynesianism. I och med detta växte självkänslan och tron på den svenska staten och dess möjlighet att lösa problem (Lybeck 1989, Olsson 1993).

Under 50-talet väckte Rimmerfors frågan om de cannabiserökande jazzmusikerna som var en källa till irritation. Senare spreds också bruket av narkotika bland kriminella och socialt utsatta grupper och också till vissa ungdomsgrupper. I och med denna spridning definierades narkotika nu som ett hot mot den svenska välfärdsstaten och på samma gång som orsak till problemet. Detta ledde till att narkotika på 60-talet tillskrevs mycket kraftfulla egenskaper. Narkotika förvandlade människor till viljelösa objekt och man såg narkomani som en kemisk epidemi. Som svar på detta kom kontroll- och sanktionsstrategin (Lindgren 1993). Under 70-talet fick symptomteorin ett stort inflytande och omhulldes av dem som följde vård- och reformstrategin. Detta trängde till stor del undan det tidigare dominerande medicinska och

biokemiska synsättet (Johnson 2003, 2005a). Detta trots att symtomteorin betraktar narkomani som ett symptom på bland annat sociala problem och därför är potentiellt samhällskritisk, kom denna teori att i praktiken bli en del av det etablerade svenska samförståndet kring narkotika. I och med en abolitionistisk linje, där man såg narkotika som något alltigenom främmande för Sverige och svenskt samhälle och där narkomanen betraktades som viljelöst objekt i och med sitt bruk (Lindgren 1993).

Den bild vi här har gett av Sverige och hur synen på narkotika etablerades menar vi var avgörande för Metadonfrågan. Antagonismen mot narkotikan kom nämligen att riktas mot Metadon. Metadonförespråkarna stod för en speciell kombination av medicinskt och symtomteoretiskt synsätt, där orsaken till narkomani delvis sågs som metabolisk eller på annat sätt biokemisk (Johnson 2005a).

Socialstyrelsen ställde sig bakom den socialt inriktade symtomteorin och narkomanvården skulle därmed vara icke-medicinsk. Vi har tolkat detta genom Socialstyrelsens föreskrifter som att staten inte skall underhålla narkomanens beroende och på detta sätt förlänga det. Detta resonemang har inte grundats på vetenskap och beprövad erfarenhet utan istället på synen om att narkomani var en kemisk epidemi samt på värderingen av att narkotika var något fasansfullt till skillnad mot den kulturellt inarbetade drogen alkohol. Föreskrifterna som reglerade Metadonbehandlingen har därmed inte baserats på behovet av vård som funnits för denna grupp i och med utbredningen.

Den svenska definitionen av narkotika, när sättet man tar preparatet på såväl som mängderna inte har någon betydelse, konstruerar automatiskt en kompromisslös, abolitionistisk linje också gentemot Metadonbehandling. Sverige som samhälle *måste* bli *helt fritt* från narkotika för att klara sig.

1977 uppställdes målet ett narkotikafritt samhälle. I och med att Metadon klassades som narkotika kom Metadonbehandling till att vara oförenligt med det narkotikapolitiska målet. Detta menar vi har givit utslag i restriktionerna kring Metadonbehandling så sent som 2004.

När AIDS-hotet blev ett faktum för Sverige och för Socialstyrelsen, och det också kom att bli ett problem som förknippades med intravenösa missbrukare, förändrades attityden till Metadon en hel del (Johnson 2003, 2005a), men samtidigt omarbetades och omvärderades inte föreskrifterna gällande under vilka villkor Metadonbehandlingen kunde ges i Sverige. Istället infördes små ändringar, små så till vida som behovet sedan länge varit eftersatt, och då en 100 procentlig höjning av antalet behandlingsplatser ändå inte täckte mer än 10 procent av behovet för att förhindra smittspridning. Framför allt levde den sedan slutet av 60-talet väl

etablerade restriktiva synen på narkotika och läkemedelsassisterade behandlingsformer mot narkomani kvar i det diskursiva uttrycket i föreskrifterna.

Antalet platser har varit begränsade med ett tak som har utökats i takt med föreskrifterna men som aldrig har uppgått till mer än ca tio procent av antalet opiatmissbrukare. Någon förklaring till taket har vi inte funnit. När behandlingen godkändes 1983 och då forskningsresultaten visade sig vara goda borde taket ha lyfts bort men detta gjordes först i 2004: 8.

Målet med Metadonbehandlingen har hela tiden varit att patienten skall upphöra med medicineringen. I de tidigare föreskrifterna har denna målsättning varit tydligare än den är i 2004: 8 men målet är trots allt detsamma. Forskningen har som vi redogjort för visat att väldigt få klarar av att avbryta medicineringen. Forskning har också visat att detta är ett mycket riskabelt beslut då dödlighet och ohälsa ökar rejält bland dem som avbryter behandlingen. Stenbacka och Romelsjö (1997) lyfter fram betydelsen av att finna metoder för att patienterna skall stanna kvar i programmet. Samtidigt har man stora befogenheter att avbryta patienternas behandling också utan deras samtycke enligt föreskrifterna 2004: 8. Avstängning som maktmedel för att ställa större krav på patienterna finns i 2004: 8 föreskrifter trots att forskning visar att detta innebär flera döda narkomaner (Johnson 2005a, Gunne & Johnson 2005).

Metadonbehandling har granskats och utvärderats vid ett flertal tillfällen och visat goda resultat samtidigt som det funnits andra behandlingsformer som inte utvärderats och som saknat vetenskapliga belägg för dess effektivitet. Debatten kring Metadon tog sig rent politiska former från 70-talet och framåt. Metadonbehandlingen pekades ut som särskilt kontroversiell (Johnson 2003, 2005a). Vi ser en möjlig förklaring till varför Metadonbehandling inte fick det erkännande som det förtjänade i att Socialstyrelsen påverkades av debatten och därmed själva vägrade att erkänna behandlingen och ge den vederbörlig status. Beslutet lämnades istället över till Regeringen trots att utvärdering visat att behandlingen var effektiv. I och med detta blev Metadonbehandling en politisk fråga snarare än en sjukvårdsfråga.

Under 90-talet kom utvecklingen av läkemedel som Subutex m.fl., jämte det att det svenska samhället nu fått knappare resurser att röra sig med och därför blivit mer intresserat av att utvärdera olika insatser, att förändra mycket. Dock innebär dessa två förändringar inte något nytt moraliskt perspektiv eller värderande av olika behandlingsformer. Det narkotikapolitiska målet ligger fast, och föreskrifterna skrivs med dubbel tunga i än högre grad, även om nu effektiva vårdinsatser, både vad det gäller kostnad och livskvalitet, värderas och efterfrågas.

Under uppsatsens gång har det blivit tydligt för oss att synen på olika sociala problem skiljer sig väsentligt. När det gäller bilden av narkomaner så har samhället valt att inta en ne-

gativ syn och denna syn har till stor del kommit som ett resultat av att socialt utsatta grupper kommit att förknippas med narkotikabruk. Förutom politiken har också media varit en viktig aktör för att etablera denna negativa syn då man genom skrämselfpropaganda internaliserade bilden av narkomanen som mycket hotfull. Tydligt i Socialstyrelsens föreskrifter har varit att man inte ser narkomanen som ett väljande subjekt. Narkomanen har inte samma rättigheter som andra patienter när det gäller att välja behandling och liknande, trots att en stor del av den medicinska forskningen kunnat visa att opiatberoende är en sjukdom. Den enda behandling som vetenskapligt visat sig vara effektiv är också i de senaste föreskrifterna relativt svår att få tillgång till och den behandlande läkaren och socialtjänsten har bra mycket mer att säga till om än patienten. Patienter har inte rätt att själv få bestämma när denne anser sig vara i behov av behandling samt vilken behandling denne då tror sig vara bäst för honom/henne. Om patienten får behandling, kan läkare och socialtjänst själva besluta om uteslutning, om denne uppvisar tecken såsom återfall, eller om läkaren anser att patienten är färdigbehandlad. En narkoman är alltså inte som andra patienter, när det kommer till rättigheter. Föreskrifterna har kunnat fortsätta vara restriktiva även efter sekelskiftet, trots att de gått emot vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta ser vi bland annat utifrån att bilden av narkotikan och narkomanen som något mycket hotfullt är så djupt rotad i samhället och i denna syn så har man rätt att plocka bort narkomanernas rätt att bestämma över sitt eget liv och inte heller möter man i detta något större motstånd då den stora majoriteten av samhällsmedborgarna internaliserat denna bild av narkomanen. Bilden av narkomanen som ett viljelöst objekt som inte vet sitt eget bästa ser ut att till stor del leva kvar. I 2004: 8 gör Socialstyrelsen trots allt individen mer synlig och försöker göra narkomanen till subjekt men detta menar vi att de endast lyckas med till viss del och långt ifrån fullt ut, på en mängd ställen kan man som vi visat i vår analys tydligt se hur patienten istället görs till ett objekt. De senaste föreskrifterna ligger närmre forskningen på många punkter men den gamla diskursen finns kvar än idag.

8. Källförteckning

- Andersson, Bengt (1981) Försiktig optimism för Metadonbehandling av opiatmissbrukare. *Läkartidningen*, volym 78 nr 48.
- Bejerot, Nils (1968) *Narkotikafrågan och samhället*. Stockholm: Bokförlaget Aldus/Bonniers.
- Berglund, Mats (1995) ”Diagnostik och förlopp” i Berglund & Rydberg, red.,: *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur.
- Blix, Olof (1985) *Läkartidningen*, volym 82 nr 47
- Blix & Ljungberg, Sjukvården i Malmö(1991) *Verksamhetsbeskrivning för föreslagen Metadonklinik i Malmö*. 91-11-08.
- Blomqvist, Jan (2002) *Att sluta med narkotika: med och utan behandling*. FOU-rapport
- Borg, Stefan & Grönbladh, Leif (1995) ”Metadonunderhållsbehandling vid opiatmissbruk” i Berglund, Rydberg: red, : *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur.
- CAN (2004) *Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2004*. Stockholm: CAN rapport nr 82.
- Christie, Niels & Bruun, K (1985) *Den goda fienden*. Kristianstad: Raben & Sjögren.
- Cullberg, Johan (2003) *Dynamisk psykiatri*. Helsingfors: Natur och Kultur.
- Dundar, Abit & Wigzell, Kerstin Socialstyrelsen (2004) ”*Behandling med Metadon i hela landet*” Dagens Nyheter 2004-05-25.
- Dundar, Abit Socialstyrelsen (2004) *Metadon-taket kan lyftas bort*. Drugnews
- Edgahr, Maude (1981) Intervju med Nils Bejerot, *Socialnytt*.
- Fugelstad, Anna, 2004-05-21, *Dagens Nyheter*
- Heilig, Markus (2004) *Beroendetillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- Holme, Magne Idar & Solvang, Bernt Krohn (1997) *Forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Goldberg, Ted (2005) *Samhället i narkotikan*. Solna: Academic Publishing of Sweden.
- Grönbladh, Leif & Holmstrand, Jan (1975) Metadonunderhållsbehandling av opiatmissbrukare, *Läkartidningen*, volym 72 nr 26.
- Grönbladh, Leif & Holmstrand, Jan (1977) Det svenska Metadonunderhållsprogrammet 1967-1977. *Läkartidningen* volym 74, nr 48
- Grönbladh, Leif & Gunne, Lars (1980) Metadonbehandlingens effektivitet En kontrollerad studie i narkomanvård. *Läkartidningen* volym 77 nr 4.
- Grönbladh, Leif & Gunne, Lars (1981) The swedish Methadone maintenance program: a controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*, 7, Nederländerna

- Grönbladh, Leif. Gunne, Lars & Sverker, Peterson (1986) Metadonbehandling i AIDS-preventionen Prostituerade heroinister viktig målgrupp. *Läkartidningen*, volym 83 nr 49
- Grönbladh, Leif & Gunne, Lars (1989) Methadone-assisted rehabilitations of Swedish heroin addicts. *Drug and alcohol Dependence*, nr 24
- Grönbladh Leif, Öhlund Lennart, & Gunne, Lars (1990) Mortality in heroin addiction: Impact of methadone treatment. *Acta Psychiatr* nr 82.
- Grönbladh, Leif (1996) Metadonbehandling i Sverige utveckling och resultat i Ulleråkerprogrammet. *Nordisk Alkoholskrift*, nr 5-6.
- Grönbladh, Leif (2004) *A national Swedish methadone program 1966-1989*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Gunne, Lars (1966) Behandling av narkomani med narkotika-blockerande medicinering. *Läkartidningen*, volym 63, nr 43.
- Gunne, Lars, RNS – Bejerot, Mattson, Söderberg (1981) Metadonbehandling, krycka för dem som verkligen vill sluta. *Socialnytt* nr 3.
- Gunne, Lars (1981) Vi kan starta igen om vi slipper få programmet saboterat, *Läkartidningen*, volym 78, nr 28-29.
- Gunne, Lars & Johnson Björn (2005) Olyckliga föreskrifter om narkomanvård. *Alkohol och Narkotika* nr 5-6.
- Hjerdin, Björn (2001) Från läkemedel till knark. *Oberoende* nr 2-3.
- Johansson, Katarina & Wirbing, Peter (2005) *Riskbruk och missbruk*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Johnson, Björn (2003) *Polycyspridning som översättning*. Lund: Lund Political Studies: Lunds universitet.
- Johnson, Björn (2005a) *Metadon på liv och död*. Lund: Studentlitteratur.
- Johnson, Björn (2005b) "Hundratals narkomaner dör i onödan varje år". *Dagens Nyheter* 2005-09-25
- Johnson, Björn (2005c) "Fler narkomaner överlever med lågröskelprogram". *Drugnews* 2005-10-20
- Lindgren, Sven-Åke (1993) *Den hotfulla njutningen*. Stockholm: Symposiom Graduale.
- Lybeck, Johan (1989) *Några moderna teorier i nationalekonomin och deras konsekvenser för den ekonomiska politiken*. Centrum för tvärvetenskap
- Läkartidningen (1981) Metadonprogrammet vid Ulleråker får fortsätta föreslås efter Socialstyrelsens utvärdering. *Läkartidningen*, volym 78, nr 28-29

Läkartidningen (1988) Nya SoS-föreskrifter: Metadonprogrammet utökas Intagning på tre ställen. *Läkartidningen*, volym 85, nr 13.

Medicinalstyrelsens författningssamling, MF 1972: 28

MetadonPatientFöreningen- <http://web.comhem.se/~u18415058/>

Metadonpatientföreningen (2004-07-16) remissvar på nya föreskrifter:
http://web.comhem.se/~u18415058/mpfs_synpunkter.html.

Olsson, Börje (1994) *Narkotikaproblemets bakgrund*. Stockholm CAN.

Olsson, Ulf (1993) "Industrilandet" i Furuhausen red.: *Äventyret Sverige; en ekonomisk och social historia*. Stockholm: Bra Böcker.

Olsson, Ulf (1999) "Att läsa texter med en Foucaultinspirerad blick" i Säfström & Östman red. : *Textanalys*. Lund: Studentlitteratur.

Riktlinjer för svensk Metadonbehandling. Stencil. Stockholm 1997- 03-24. Metadonenheterna i Lund, Malmö, Stockholm, Uppsala.

SBU:rapport (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem En evidensbaserad kunskapssammanställning volym 1-2*. Stockholm: SBU.

Sjukvården i Malmö (1991-11-14) Angående ansökan om tillstånd till etablerandet av öppenvårdsenhet för Metadonbehandling i Malmö, Dnr 140-10249/91, Dnr 126 6213/91.

Socialstyrelsen – <http://www.sos.se>

Socialstyrelsen (1981) rapport 1981: 12.

Socialstyrelsens författningssamling (1983) SOSF: 1983: 2

Socialstyrelsen PM 174/87 (1987) *Granskning av Metadonbehandlingsprogrammet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens författningssamling (1988) SOSF: 1988: 4

Socialstyrelsens författningssamling (1990) SOSF: 1990: 16

Socialstyrelsens konferens om Metadonunderhållsbehandling (1990-05-08)

Socialstyrelsen Ändrade föreskrifter om Metadonunderhållsbehandling (1990-05-08) Dnr 123-2087/90.

Socialstyrelsens författningssamling (1991) SOSF: 1991: 33

Socialstyrelsen (1991-12-20) Beslut till Sjukvårdsstyrelsen Malmö Kommun, Dnr 126 6213/91, Dnr 140-10249/91

Socialstyrelsen (1993) *Effekter av offensiv narkomanvård*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1993:1, Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsens författningssamling (1994) SOSF: 1994: 19

- Socialstyrelsens författningssamling (1997) SOSF: 1997: 17
- Socialstyrelsens författningssamling (1999) SOSF: 1999: 20
- Socialstyrelsen (2001) Långtidsuppföljning av patienter i Metadonbehandling.
- Socialstyrelsen (2002-10-29) *Remisshandling avseende kunskapsöversikt om läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende* Dnr 74-9570/2002
- Socialstyrelsen (2003-01-27) *Till regeringen, Behovet av förändrad reglering av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende* Dnr 74-11133/2002
- Socialstyrelsens författningssamling (2004) SOSF: 2004: 1
- Socialstyrelsens författningssamling (2004) SOSF: 2004: 8
- Socialstyrelsen (2004-04-22) *konsekvensutredning*, Dnr 74-1527/2004.
- Socialstyrelsen (2004) *Läkemedelsassisterad behandling av heroinmissbrukare*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2000:126 (2000) *Vägvalet. Den narkotikapolitiska utmaningen*. Slutbetänkande av Narkotikakommissionen.
- Stenbacka, Marlene & Romelsjö, Anders SoS-rapport 1997:22 (1997) *Metadonbehandlingen i Sverige, Beskrivning och utvärdering*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svensson, Bengt (2005) *Heroinmissbruk*. Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, Bengt (2000) "Den paradoxala narkotikapolitiken" i Johnson, Laanemets, Svensson red, : *Narkotikamissbruk*, Lund: Studentlitteratur.
- Svensson, Bengt. Svensson, Johanna & Tops, Dolf (1998) *Att komma för sent så tidigt som möjligt*. Helsingfors: NAD-rapport nr 34.
- Thulin Ola (1988) brev till Socialstyrelsen 1988-11-28
- Thulin, Ola (1995) "Illegal narkotika" i Berglund & Rydberg red, : *Beroendelära*. Lund: Studentlitteratur.
- Tops, Dolf & Silow, Marianne (1997) *En ny generation heroinmissbrukare i Malmö*. Lund: Lunds universitet Socialhögskolan.
- Tops, Dolf (2000) "Den svenska narkotikapolitikens födelse" i Johnson, Laanemets, Svensson red, : *Narkotikamissbruk*. Lund: Studentlitteratur
- Tops, Dolf (2003) *A society with or without drugs?* Lund: Lunds universitet Socialhögskolan.
- Toråker, Per (1986) Metadonbehandling – ett sätt att förhindra aids bland missbrukare. *Läkartidningen*, volym 83, nr 30-31
- Trost, Jan (1997) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- van Solinge, Tim Boekhout (1997) *The Swedish Drug Control System*. Amsterdam: Uitgeverij

Jan Mets.

Wallén, Göran (1996) *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Winther, Marianne & Jørgensen, Louise Phillips (2000) *Diskursanalys som teori och metod*.

Lund: Studentlitteratur.

Intervjuer via telefon och/eller e-post:

Bengt Wennermark Socialstyrelsen

Abid Dundar Socialstyrelsen

Björn Johnson, narkotikaforskare

Conny Höjd, Metadon Patient Föreningens ordförande