
■ Brukarinflytandets utveckling i den svenska narkotikapolitiken 1965–2004

BJÖRN JOHNSON¹

ABSTRACT

The Development of User Influence on Swedish Drug Policy 1965–2004. This article investigates the influence of Swedish drug users on Swedish drug policy during the period 1965–2004. The main focus is on public policy, i.e. the policy-making of parliament, government, and key government departments and agencies. Both the users' processual influence, that is the degree and the way in which users participate in the decision-making process, as well as the users' substantial influence, or the degree to which the drug policy produces results that are in the interest of the users, are studied. The processual influence was studied by reviewing user influence within the framework for public drug policy inquiries conducted during this period. The substantial influence was studied by evaluating the development of the Swedish drug policy, using a catalogue of key user issues (based on an international comparison of various user organizations) as a yard stick. The results indicate that user influence over public drug policy generally speaking has been extremely limited. Furthermore, as far as can be judged, this influence seems to have diminished over time, a development which has been similar for processual and substantial influence alike.

1. Inledning

Syftet med denna artikel är att undersöka i vilken grad och på vilka områden svenska narkotikabrukare kunnat utöva inflytande över den svenska narkotikapolitiken under tiden efter att narkotikan etablerades som samhällsproblem i mitten av 1960-talet. Artikeln utgår från ett politiskt perspektiv och handlar inte om i vilken mån enskilda brukare lyckats utöva inflytande över sin situation. Fokus ligger snarare på den statliga narkotikapolitiken i förhållande till de möjligheterna för brukarnas möjligheter att utöva inflytande som kollektiv.

Under den senaste tioårsperioden har en mobilisering kunnat bevitnas bland narkotikabrukare i de skandinaviska länderna. Mobiliseringen blev först märkbar i Danmark, där den första skandinaviska föreningen för narkotikabrukare startades 1993. Sedan dess har brukarföreningar startats även i Norge (1999) och Sverige (2002).

1 Björn Johnson är verksam vid Arbetslivsinstitutet i Malmö.

Det ligger måhända nära till hands att tolka denna utveckling i ljuset av det intresse för brukarinflytande och andra medborgerliga deltagandeformer som följde i spåren av de deltagardemokratiska diskussionerna under 1990-talet. I den här studien visar jag dock att en sådan tolkning inte vore särskilt adekvat. Alltsedan början av 1980-talet har de svenska brukarnas inflytande på narkotikapolitiken varit litet, och under senare år har det snarare minskat än ökat.

Begreppet brukare har i artikeln en dubbel betydelse, i det att det står både för personer som använder narkotika och för personer som är föremål för eller nyttjare av offentliga åtgärder. Den första betydelsen av begreppet narkotikaanvändaren är i det här sammanhanget relativt oproblematiske, men den andra betydelsen bör kanske diskuteras något ytterligare. Inom förvaltningsforskningen, och inom diskussionerna om brukarinflytande mer allmänt, brukar man skilja mellan fyra olika innebörder av begreppet brukare (Dahlberg och Vedung 2001). Enligt den vanligaste innebörden är brukaren mottagaren av olika typer av offentliga nyttigheter i form av service eller varor. Denna innebörd brukar ibland kvalificeras såtillvida att man skiljer mellan mottagare som har möjlighet att själv välja service eller varor brukaren är "kund" hos det offentliga och mottagare som inte har några valmöjligheter. Enligt den fjärde och bredaste innebörden är brukaren mottagaren av offentliga åtgärder i allmänhet, alltså både för offentliga nyttigheter och för offentliga regleringar och myndighetsutövning. Jag använder mig av den bredare definitionen. Brukarna i den här artikeln är således i huvudsak aktiva narkotikabrukare som är mottagare såväl av offentliga nyttigheter t.ex. narkomanvård som av offentliga regleringar och myndighetsutövning t.ex. den narkotikaorienterade kontrollpolitiken.

Argumenten för brukarinflytande brukar vanligtvis kopplas samman med och motiveras utifrån någon form av deltagardemokratiskt synsätt. Man behöver emellertid inte vara deltagardemokrat för att tycka att narkotikabrukarnas uppfattningar, intressen och erfarenheter på något sätt bör tas tillvara av och tillåtas påverka den svenska narkotikapolitiken. Politikens olika beståndsdelar kontrollpolitiken, narkomanvården och de förebyggande åtgärderna innehåller alla ett så stort mått av myndighetsutövande, att man även utifrån parlamentariska eller elitdemokratiska synsätt kan argumentera för vikten av att lyssna till brukarna.

Dahlberg och Vedung (2001:4365) tar upp sex olika idealtypiska argument för brukarinflytande. Det *medborgarfostrande argumentet* handlar om att man genom brukarinflytande kan åstadkomma medborgerlig skolning. *Expressivitetsargumentet* fokuserar på brukarnas möjligheter till självförverkligande genom inflytandeprocessen. *Legitimitetsargumentet* tar upp de legitimitetsvinster som beslutsfattare och förvaltning kan göra genom att möjliggöra brukarinflytande. Det *effektivitetsorienterade argumentet* går ut på att brukarinflytande kan leda till bättre måluppfyllelse och ökad effektivitet i förvaltningen. *Maktutjämningsargumentet* handlar om att brukarinflytande kan minska den maktobalans som råder mellan beslutsfattarna och förvaltningen å den ena sidan och brukarna å den andra. *Serviceanpassningsargumentet*, slutligen, menar att brukarinflytande kan leda till att de offentliga åtgärderna anpassas efter brukarnas önskemål och krav. Samtliga dessa argument skulle teoretiskt sett kunna användas för att motivera brukarinflytande över den svenska narkotikapolitiken. Oftast är det maktutjämnings-, serviceanpassnings-, effektivitets- och expressivitetsargumenten som förespråkas av

organisationer som strävar till att tillvarata brukarintressen, d.v.s. i huvudsak de argument som syftar till att öka nyttan för brukarna.

En första fråga man måste ställa sig när brukarinflytande ska diskuteras är: inflytande över vad? Begreppet "narkotikapolitik" är alltför allmänt hållet utan måste kvalificeras och avgränsas. Ett möjligt sätt att göra detta är genom att skilja mellan olika inflytandesfärer. Burns et al. (1994) skiljer t.ex. mellan en individuell sfär, som rör offentliga insatser för enskilda individer eller hushåll i deras egen miljö, en programsfär, som rör enskildas och grupperas kontakter med offentlig service (t.ex. skolor, vårdinrättningar eller behandlingsinstitutioner), en kommunal sfär, som rör enskildas och grupperas kontakter med kommunal politik och förvaltning, samt slutligen en statlig sfär, som rör enskildas och grupperas kontakter med centrala politiska och administrativa instanser. Det jag främst är intresserad av i den här uppsatsen är hur brukarnas intressen och inflytande artikuleras i den fjärde sfären, den statliga svenska narkotikapolitiken. Med detta menar jag framför allt centralt av riksdag, regering, departement och centrala ämbetsverk beslutade och administrerade lagar, regler och riktlinjer.

Brukarorienterade studier brukar normalt röra någon av de första tre sfärerna. De beslut som fattas i den fjärde sfären diskuteras däremot sällan i partcipatoriska sammanhang. Detta är dock lite besynnerligt med tanke på att denna sfär är mycket betydelsefull för de övriga sfärerna. På ett fundamentalt plan bestämmer nämligen besluten i den statliga sfären ofta förutsättningarna för vilka beslut som kan fattas i de övriga sfärerna. Michael Lipsky (1980:14) har uttryckt detta på ett bra sätt:

The major dimensions of public policy – levels of benefits, categories of eligibility, nature of rules, regulations and services – are shaped by policy elites and political and administrative officials. Administrators and occupational and community norms also structure policy choices of street-level bureaucrats. These influences establish the major dimensions of street level policy and account for the degree of standardization that exists in public programs from place to place as well as in local programs.

Den andra avgränsningen gäller den studerade tidsperioden. Den period jag har intresserat mig för omfattar i stort sett hela det moderna svenska narkotikaproblemets historia. Jag har studerat brukarinflytandet över narkotikapolitiken från etablerandet av narkotika som samhällsproblem i mitten av 1960-talet fram till början av 2000-talet. Skälet till den förhållandevis långa tidsperioden är att den gör den möjligt för mig att ge en mer heltäckande bild av brukarinflytandet över den statliga narkotikapolitiken ur ett förändringsperspektiv.

Diskussionen om brukarinflytande kräver, förutom ett klargörande av vad som avses med begreppet narkotikapolitik, också en diskussion av vad som menas med brukarinflytande. Jag vill i det sammanhanget göra en distinktion mellan substansinflytande och processinflytande. Substansinflytande handlar om politikens innehåll, d.v.s. i vilken grad narkotikapolitiken lyckas producera resultat som tar tillvara brukarnas intressen, medan processinflytande handlar om formerna för beslutsfattandet, d.v.s. i vilken grad och på vilka sätt brukarna tillåts delta i och påverka beslutsprocesserna. Begreppen kommer att diskuteras mer i detalj längre fram.

Fortsättningsvis kommer jag först att diskutera de svenska narkotikabrukarnas processinflytande över den statliga narkotikapolitiken, för att därefter ägna mig åt deras substansinflytande. Slutligen avslutar jag uppsatsen med en samlad bedömning av brukarinflytandet, varvid jag även tar upp ett par principiellt intressanta synpunkter på resultaten.

2. Processinflytande

I processtermer handlar brukarinflytande alltså om i vilken grad och på vilka sätt brukare eller representanter för brukar- och klientorganisationer tillåts delta i och påverka de narkotikapolitiska beslutsprocesserna. Som sådana organisationer har jag räknat organisationer som antingen organiserar narkotikabrukare eller uttryckligen gör anspråk på att representera ett brukarintresse. Den förra typen representeras i den här studien främst av Svenska Brukarföreningen. Bland den senare typen av organisationer märks främst Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), men också några av de övriga förbunden i den klientrörelse som formerades under 1960- och 1970-talen exempelvis Riksförbundet för kriminalvårdens humanisering (KRUM) och Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH). Hädanefter kommer jag genomgående att tala om brukarorganisationer, även i de fall jag diskuterar organisationer som mer rättvisande borde kallas klientorganisationer.

Låt mig redan från början säga att det knappast är rimligt att föreställa sig att enskilda brukare ska kunna vara med och påverka det narkotikapolitiska beslutsfattandet på statlig nivå, alltså inom ramen det som jag ovan kallade den fjärde sfären. De viktigaste besluten på den statliga nivån fattas i först hand av riksdagen och regeringen och i andra hand inom departementen och de centrala ämbetsverken. Narkotikabrukarna är ofta socialt marginaliserade personer med en svag position i det civila samhället. Sådana personer har i allmänhet varken tid till, intresse för eller kraft att söka påverka statliga politiska beslut, oavsett hur betydelsefulla dessa beslut kan tänkas bli för dem. Den övervägande delen av det processinflytande som enskilda narkotikabrukare utövar sker därför rimligen inom ramen för de båda första sfärerna den individuella sfären och programsfären t.ex. i kontakter med socialsekreterare, behandlingspersonal och representanter för ordningsmakten.

Men vi behöver inte ställa så höga krav som att deltagande av enskilda ska förekomma för att tala om processinflytande. I Sverige har *offentliga utredningar*, d.v.s. statliga kommittéer som tillsätts av regeringen, länge varit ett viktigt och karakteristiskt inslag i beredningen av ärenden som avgörs av statsmakterna (Zetterberg 1990). Nästan alla viktiga reformer i samhället brukar förberedas genom offentliga utredningar

2 RFHL, den mest framträdande organisationen, grundades 1965. Dess tillkomst var en reaktion mot polisens och det rättsliga systemets ökande inflytande på det narkotikapolitiska området. RFHL:s budskap var att man inte borde förfölja narkomaner, utan istället erbjuda dem vård. RFHL blev snabbt en viktig röst i den narkotikapolitiska debatten, och under 1970-talet seglade organisationen upp som det mest inflytelserika av de s.k. R-förbunden, ett antal klientorganisationer som arbetare med stöd och opinionsbildning till förmån för narkomaner, alkoholister, psykiskt sjuka och kriminella. Utgångspunkten för R-förbundens verksamhet var att de människor som var föremål för socialpolitiken också skulle få vara med och påverka. Under 1970-talet hade R-förbunden en relativt stor betydelse för vårdutvecklingen på det socialpolitiska området.

(ibid.). Inom ramen för detta utredningsväsende finns det ofta möjlighet för olika typer av organisationer att få lämna sina synpunkter på aktuella politiska frågor. Utredningarnas arbete redovisas t.ex. som regel i ett eller flera betänkanden, som blir föremål för s.k. remissbehandling. Detta innebär att ett antal remissinstanser – myndigheter, organisationer och ibland till och med enskilda – ges möjlighet att yttra sig över utredningsförslagen.

Utredningsväsendet fyller tre viktiga syften i det svenska politiska systemet. De är ett beredningsorgan åt regeringen, och ibland även åt partier och andra organisationer; de är en offentlig arena för samverkan och konfrontation mellan olika intressegrupper i samhället; de fyller slutligen också en viktig funktion när det gäller sammanställning och produktion av kunskap (Zetterberg 1990).

Den svenska narkotikapolitiken har vid ett flertal tillfällen blivit föremål för ett omfattande offentligt utredningsarbete. I den mån brukare och brukarorganisationer givits möjlighet att medverka i beslutsfattandet om den statliga narkotikapolitiken borde detta ha satt sina spår i dessa utredningar. En granskning av de viktigaste utredningarna på narkotikaområdet kan därför fungera som en indikation på i hur hög eller låg grad brukare och brukarorganisationer beretts möjlighet att utöva processinflytande inom narkotikapolitikens fjärde (statliga) sfär.

Inom ramen för det svenska utredningsväsendet kan processinflytande ta sig flera olika uttryck. Processinflytande för brukare kan för det första vara ett explicit syfte med utredningen och avspeglar sig då normalt redan i *utredningens uppdrag*. Processinflytande kan för det andra ske genom att representanter för brukarorganisationer ingår i *utredningens sammansättning*, antingen som ledamöter i utredningen, som sekreterare, sakkunniga eller experter kopplade till utredningen, eller som medlemmar i någon av de referensgrupper som ofta knyts till utredningarna. Processinflytande kan också för det tredje ske under *utredningsarbetet*, genom att utredningen samråder med brukare eller representanter för brukarorganisationer. Brukarinflytande kan för det fjärde ske under *remissbehandlingen*, genom att brukare eller brukarorganisationer ges möjlighet att yttra sig över utredningsbetänkandet. Slutligen kan för det femte en *brukarinriktning* förekomma i utredningsbetänkandet, oavsett om brukare eller brukarorganisationer medverkat i utredningen på något annat sätt. För att en brukarinriktning ska kunna anses föreligga har jag ställt upp kriteriet att narkotikabrukare ska uppträda som *subjekt* i texten, i den meningen att texten explicit diskuterar deras åsikter, uppfattningar eller (subjektivt upplevda) intressen och livsbetingelser. I sådana fall har jag valt att betrakta förekomsten av brukarinriktningen som en indikation på ett visst mått av indirekt processinflytande, oberoende av om någon egentlig medverkan förekommit eller inte.

2.1 Material

Det utredningsmaterial jag använt mig av för att studera processinflytandet är först och främst de tre större narkotikapolitiska utredningar som gjorts i Sverige.

Narkomanvårdskommittén, den första statliga utredningen på narkotikaområdet, var verksam mellan åren 1966–1969. Utredningens tillkomst var ett resultat av den mobilisering som hade skett på narkotikapolitikens område under början av 1960-talet. År

1967 publicerades två betänkanden, SOU 1967:25 och SOU 1967:41, som fick stor betydelse. Med utgångspunkt i de förslag som utredningen la fram beslutade riksdagen om ett narkotikapolitiskt system som innebar att rättsväsendets grepp om det narkotikapolitiska området stärktes, samtidigt som en stor del av ansvaret för förebyggande åtgärder och vårdinsatser lokaliserades till socialvården. År 1969 publicerades ytterligare två betänkanden, SOU 1969:52 och SOU 1969:53. Jag har granskat utredningens samtliga betänkanden.

1982 års *Narkotikakommission* var verksam mellan åren 1981–1984. Den tillsattes som resultat av ett ökande samförstånd mellan de politiska partierna om att narkotikapolitiken behövde skärpas. Utredningens uppdrag bestod i att ta fram ett underlag till en samordnad och intensifierad kamp mot narkotikan, varvid ett särskilt fokus skulle riktas mot de kontrollpolitiska åtgärderna. Narkomanvårdsfrågorna ingick dock inte i uppdraget. Utredningens huvudbetänkande, SOU 1984:13 är det som har granskats i den här studien.

1998 års *Narkotikakommission* var verksam mellan åren 1998–2001. Utredningen motiverades av en önskan att göra en allsidig översyn av den svenska narkotikapolitiken. I direktiven betonades att det övergripande målet för den svenska narkotikapolitiken – visionen om det narkotikafria samhället – skulle ligga fast. Jag har granskat huvudbetänkandet, SOU 2000:126.

De ovan nämnda utredningarna var alla brett upplagda utredningar med uppdrag att anlägga ett helhetsperspektiv på den svenska narkotikapolitiken och dess utveckling. Förutom materialet från dem har jag även undersökt utredningsmaterial som rör två frågor som varit centrala brukarfrågor, nämligen frågan om frivillighet kontra tvång i narkomanvården och frågan om kriminalisering av eget bruk av narkotika.³

Tvångsvårdsfrågan utreddes av Socialberedningen, som var verksam åren 1980–1987.⁴ Jag har endast granskat en av Socialberedningens många skrifter, nämligen det första betänkandet, SOU 1981:7. Det var detta som kom att ligga till grund för den Lag om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, som började tillämpas 1982. Socialberedningens huvudbetänkande SOU 1987:22, som ledde till en revidering och skärpning av LVM, har inte ingått i studien.

Kriminaliseringsfrågan hamnade på dagordningen i mitten av 1970-talet, och debatterades alltmer intensivt mot slutet av det decenniet. I början av 1980-talet togs den upp av Narkotikakommissionen, men utan att detta ledde till någon förändrad lagstiftning. Det viktigaste skälet var att socialdemokraterna då var skeptiska till en kriminalisering. Mot mitten av 1980-talet började partiet dock svänga i frågan, och 1986 ansågs tiden vara mogen för en kriminalisering. Frågan utreddes inom justitiedepartementet, och 1988 beslutade riksdagen om en kriminalisering. Några år senare utreddes frågan igen inom departementet, varefter straffpåföljden höjdes från böter till böter eller fängelse i upp till sex månader. Jag har granskat Justitiedepartementets båda promemorior, Ds Ju 1986:6 och Ds 1992:19.

3 Vad jag menar med "centrala brukarfrågor" diskuteras närmare i avsnittet om substansinflytande.

4 Notera att Socialberedningens arbete inte enbart rörde narkotikapolitiska spörsmål, utan att även tvångsvård för alkoholister behandlades.

2.2 Resultat

Resultaten av granskningen av narkotikabrukarnas processinflytande inom ramen för de fem undersökta utredningarna presenteras i tabell 1.

Vi kan konstatera att processinflytande framför allt har förekommit i form av inflytande under remissbehandlingen och inflytande under utredningarnas arbete. När det gäller remissbehandlingen gavs i samtliga undersökta utredningarna minst en brukarorganisation möjlighet att yttra sig över utredningsbetänkandena. Detta kan kanske låta ganska bra, men vi bör dock uppmärksamma några omständigheter som gör en sådan slutsats svårare att dra. För det första innehåller det svenska remissystemet ganska betydande inslag av rutiner och ritualer; utredningsbetänkanden skickas hellre till för många remissinstanser än för få, och det faktum att en organisation eller myndighet ombetts att inkomma med ett remissvar betyder inte att statsmakterna kommer, eller ens har haft för avsikt att lyssna till de synpunkter som denna har att anföra. För det andra var det under de tre senaste utredningarna i studien endast en organisation som utgav sig för att representera narkotikabrukare – RFHL – som gavs möjlighet att yttra sig. Detta är ganska klen, och med tanke på att RFHL ända sedan grundandet 1965 varit en mycket betydelsefull organisation i den svenska narkotikapolitiska debatten hade det varit mer uppseendeväckande om den hade blivit förbigången.

När det gäller processinflytande under utredningarnas arbete har sådant förekommit i de tre större narkotikapolitiska utredningarna. RFHL var därvid i samtliga fall den enda brukarorienterade organisationen som gavs möjlighet att medverka, trots att det normalt var ett mycket stort antal organisationer och myndigheter som bjöds in till samråd. Även här hade det, med tanke på RFHL:s ställning i debatten, varit mer uppseendeväckande om organisationen inte hade bjudits in. Att RFHL:s synpunkter inte efterfrågades av Socialberedningen berodde troligen på att utredningen arbetade under mycket stark tidspress. Förmodligen bidrog det också att regeringen mer eller mindre hade bestämt sig i sakfrågan och att man dessutom redan visste vad RFHL ansåg om tvångsvård. Det senare gällde i än större utsträckning vad beträffade Justi-

Tabell 1. Översikt över processinflytande.

	Narkoman- vårdskom- mittén	Socialbe- redningens LVM-betän- kande	1982 års narkotika- kommissi- on	Promemo- riorna om kriminalise- ring	1998 års narkotika- kommissi- on
Uppdraget					
Utredningens Sammansättning	Ja				
Utredningens Arbete	Ja		Ja		Ja
Utredningsbetän- kandet					
Remissbehand- lingen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

tiedepartementets promemorior i kriminaliseringsfrågan; dessa var "beställningsarbeten" som hade karaktären av tekniskt orienterade rättsutredningar.

Att ingå i själva utredningen, eller i någon därtill knuten arbetsgrupp, är förmodligen den allra effektivaste formen för processinflytande. Brukarorganisationer hade ett definitivt inflytande av den här typen i ett fall, Narkomanvårdskommittén. Här var inflytandet dessutom förmodligen relativt stort; representanter för RFHL besatte flera positioner i det viktiga sekretariatet. Det var dock inte speciellt konstigt att det hade blivit så; RFHL var vid den här tiden den ojämförligt största och mest välorganiserade ickestatliga organisationen på det narkotikapolitiska området. Med tanke på att RFHL även senare varit en mycket viktig organisation på området är det mer förvånande att förbundet inte erbjudits någon ordinarie representation i någon av de senare utredningarna som ingått i den här studien.

I två av inflytandekategorierna – över utredningens uppdrag respektive i form av en brukarinriktning i utredningsbetänkandet – förekom överhuvudtaget inget brukarprocessinflytande. När det gäller direktiven är detta inte så konstigt, utredningsdirektiv är ofta allmänt hållna och det nämns sällan vilka gruppintressen som ska göras hörda. Avsaknaden av brukarinriktning i samtliga av de undersökta utredningsbetänkandena är dock desto mer uppseendeväckande. Narkomanvårdskommittén var den enda utredningen som ens gjorde en ansats att närma sig narkotikabrukarna. I kommitténs betänkanden redovisas ett antal undersökningar av brukarnas mer objektiva karaktäristika – såsom kön, kriminalitet, drogval och missbruksmönster – men det redovisas ingen information om brukarna "som människor".

Faktum är att objektiveringen av narkotikabrukaren är i det närmaste total i samtliga de undersökta betänkandena. När narkotikabrukare nämns är det som föremål för åtgärder eller som statistiska kategorier, inte som människor med erfarenheter, åsikter och känslor. Inte ens där man mest hade förväntat sig att en brukarinriktning skulle märkas – i frågorna om vård och behandling – förekommer det i någon nämnvärd utsträckning. I det senaste stora utredningsbetänkandet, 1998 års Narkotikakommissionens slutbetänkande "Vägvalet", talas det om att valet av behandlingsmetoder "måste utgå från en analys av klientens behov och aktuella situation" (sid. 167). Det framgår dock att termen behov bör uppfattas som ett objektiva tillstånd hos klienten, inte som något som har med klientens egna önskningar eller förhoppningar att göra.

Den enda slutsats som det empiriska materialet medger är därför, sammanfattningsvis, att brukare och brukarorganisationer åtminstone sedan 1980-talets början haft ett mycket litet processinflytande över den nationella narkotikapolitiken. Detta gäller förståss givet att en studie av brukarnas processinflytande över stora offentliga utredningar är en bra indikator på processinflytande i allmänhet. Den enda utredning som skiljer ut sig, i den meningen att ett reellt processinflytande för klientorganisationen RFHL faktiskt förekom, är Narkomanvårdskommittén från åren 1966–1969. En möjlig orsak till detta har vi emellertid redan berört, nämligen att RFHL vid den tiden i princip var den enda ickestatliga organisationen som fanns på det narkotikapolitiska området.

Det faktum att brukarnas processinflytande över den statliga narkotikapolitiken varit litet eller obetydligt betyder dock inte nödvändigtvis att även substansinflytandet varit litet. Frågan om vilket substansinflytande brukare och brukarorganisationer

kunnat utöva över politiken kan bara besvaras med hjälp av empiriska studier. Det är ämnet för nästa avdelning.

3. Substansinflytande

Inledningsvis talade jag om att brukarnas substansinflytande över den statliga narkotikapolitiken handlar om möjligheterna till inflytande över politikens innehållsliga aspekter. Ett annat sätt att uttrycka detta är att substansinflytandet har att göra med i vilken grad narkotikapolitiken lyckas producera resultat som tar tillvara brukarnas *intressen*. Den fortsatta diskussionen förutsätter därför först och främst att vi klargör vilka intressen brukarna har. Man kan i det sammanhanget tänka sig några olika tolkningar av intressebegreppet. En grundläggande distinktion kan till att börja med göras mellan *objektiva* och *subjektiva* intressen.

Begreppet objektiva intressen brukar syfta på människors behov och rättigheter, eller på de krav och önskningsmänniskorna *skulle ha haft* om de hade haft mer och bättre kunskap (se t.ex. Lukes 1974). En uppenbar kritik mot detta synsätt är att det blir svårt att avgöra vem eller vilka det i så fall är som ska avgöra vilka de objektiva intressena är (Benton 1981). En objektiv analys av brukarintressen skulle dessutom kunna leda till slutsatsen att det framför allt ligger i brukarnas intresse att sluta använda narkotika, något som inte nödvändigtvis är det brukarna eftersträvar och som går stick i stäv med hela tanken på att brukarna själva skulle vara värda att lyssna till.

Människors subjektiva intressen bestäms, i kontrast till detta, av de krav eller önskningsmänniskorna *faktiskt har* eller kommer att ha; de subjektiva intressena är således självupplevda. Man kan tänka sig flera olika metodologiska strategier för att klarlägga de svenska narkotikabrukarnas subjektiva intressen. För det första kan man undersöka *artikulerade brukarintressen*. Narkotikabrukare framträder dock ytterst sällan i den allmänna debatten i Sverige, och det blir därför svårt att hitta exempel på sådana artikulerade intressen. I de fall enskilda brukare verkligen deltar i debatten uppträder dessutom problemet om de kan antas vara representativa för brukarkollektivet mer generellt. För det andra kan man undersöka *organiserade brukarintressen*. Idag finns Svenska brukarföreningen (SBF) i Stockholm och på flera andra orter, och det finns även andra föreningar som åtminstone till viss del organiserar narkotikabrukare. I det längre historiska perspektivet finns det dock få organisationer som mobiliserat brukare. Klientorganisationer som RFHL och KRUM kan dock vissa avseenden anses ha representerat brukarkollektivet, vilket jag redan har nämnt. För det tredje kan man *härleda intressen ur internationella jämförelser*. Detta, vill jag mena, är den mest framkomliga vägen för att studera brukarinflytande. Strategin går ut på att de svenska narkotikabrukarnas intressen antas vara närbesläktade eller identiska med organiserade brukarintressen i andra länder. Svenska brukarintressen kan därigenom *postuleras*, genom att man undersöker vilka brukarfrågor som drivits av brukarorganisationer i andra länder.

Jag har valt att i huvudsak använda mig av den sistnämnda strategin, men jag har kompletterat den med den andra strategin. Jag har således börjat med att sammanställa en katalog över frågor och ståndpunkter som har drivits (och drivs) av brukarorganisationer i en rad länder. Därefter har jag jämfört denna katalog med frågor och

ståndpunkter som har drivits (och drivs) av svenska brukarorganisationer. Jag har därvid framför allt intresserat mig för klientorganisationen RFHL och för Svenska brukarföreningen. I det första fallet är skälet att RFHL är den största och, åtminstone i det historiska perspektivet, ojämförligt sett mest inflytelserika brukarorienterade organisationen, och i det andra fallet är skälet att Svenska brukarföreningen är den första svenska organisationen som uttryckligen vänder sig till aktiva brukare. Slutligen har jag, utifrån denna jämförelse, studerat hur den svenska narkotikapolitiska utvecklingen från slutet av 1960-talet till början av 2000-talet kan bedömas ur brukarperspektiv. Jag har därvid i första hand använt mig av sekundärkällor i form av bl.a. sociologisk, kriminologisk och statsvetenskaplig litteratur om det svenska narkotikaproblemet och den svenska narkotikapolitiken.

3.1 Brukarfrågor och ståndpunkter

Den följande katalogen har sammanställts genom att jag på internet undersökt vilka frågor som drivits av brukarorganisationer i nio länder: Australien, Danmark, Kanada, Nederländerna, Norge, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA.⁵ Några av de undersökta organisationerna är relativt unga, t.ex. brukarföreningarna i Norge och Sverige, men många andra har en förhållandevis lång historia bakom sig. Samstämmigheten vad gäller de frågor och ståndpunkter som drivits av de olika organisationerna har dock varit jämförelsevis stor, både över tid och mellan olika länder. Genom förfaringssättet har jag identifierat fem frågekomplex som är vanligt förekommande bland de undersökta organisationerna, och som kommer att diskuteras separat i de följande avsnitten:

- Ett första frågekomplex rör *brukarnas rättigheter och ställning i sambället*. Alla brukarorganisationer som har undersökts arbetar för ett synliggörande av narkotikabrukarna och de sociala situationer de lever i. I samband med detta betonas ofta vikten av att skapa nya sociala nätverk för brukarna – ofta inom ramen för brukarorganisationen – och av att öka brukarnas tillträde till och kontaktytor mot de offentliga trygghetssystemen.
- Ett andra frågekomplex rör *narkomanvården och dess tillgänglighet*. Brukarorganisationer arbetar i det sammanhanget för att avgiftnings- och behandlingsplatser ska finnas tillgängliga när de efterfrågas, d.v.s. när brukaren är behandlingsmotiverad. Brukarorganisationer arbetar också för att det bör finnas ett brett spektrum av olika behandlingstyper, och för att behandlingsåtgärder ska vara individuellt anpassade och utformade i samråd med klienterna. Brukarorganisationerna är normalt motståndare mot tvångsvård.

5 Totalt har jag undersökt elva organisationer: AIVL – The Australian Injecting and Illicit Drug Users' League (Australien), DDUU – Brukerforeningen (Danmark), UNDUN – Unified Networkers of Drug Users Nationally (Kanada), VANDU – Vancouver Area Network of Drug Users (Kanada), MDHG – Belangenvereniging Voor Druggebruikers (Nederländerna), Brukerforeningen Tønsberg (Norge), The Alliance (Storbritannien) Svenska Brukarföreningen (Sverige), Jes-Bielefeld e.V. (Tyskland), Junkie Bund (Tyskland), Springfield Users' Council (USA). Adresserna till dessa organisationers hemsidor finns i referensförteckningen.

- Ett tredje frågekomplex rör *kontrollsystemets grad av repression*. Brukarorganisationer anser i allmänhet att kontrollsystemet bör vara så humant inrättat som möjligt och att kriminalisering av brukarna så långt det är möjligt bör undvikas. Vilka specifika frågor det rent konkret handlar om varierar mellan olika länder. Motstånd mot kriminalisering av innehav och eget bruk av narkotika, sänkning av olika straffsatser för narkotikabrott och frågor som rör fängelsesystemen är dock några exempel. I vissa länder är brukarorganisationer dessutom aktiva när det gäller frågan om cannabis bör vara tillåtet eller inte.
- Ett fjärde frågekomplex rör *skadereducerande åtgärder*. Samtliga brukarorganisationer i studien driver en eller flera frågor som rör någon skadereducerande åtgärd. Vanliga frågor rör tillgången till metadonbehandling och sprutbytesprogram samt tillgången på offentliga platser där brukarna kan vistas. I anslutning till det sistnämnda reses ibland krav på att injektionsrum eller liknande ska inrättas. Mindre vanliga frågor rör t.ex. receptförskrivning av heroin.
- Ett femte frågekomplex, som dock är nära knutet till frågorna om skadereducerande åtgärder, rör *vård- och informationsfrågor*. Dessa frågor handlar ofta om vilken hjälp brukare kan få att skydda sig mot infektionssjukdomar och överdoser. Ofta drivs här krav på att det offentliga bör medverka, dels genom att öka sjukvårdens tillgänglighet för brukare (t.ex. genom att lokalisera sjukvårdsresurser till platser där brukare vistas) och dels genom att finansiera eller organisera informationskampanjer, kondomutdelning och liknande.

3.2 Brukarnas rättigheter och ställning i det svenska samhället

Brukarnas rättigheter och ställning i samhället berörs, direkt eller indirekt, av samtliga brukarorganisationer i det internationella urvalet. Ofta är rättighetsfrågorna dock kopplade till mer specifika narkotikapolitiska frågor, t.ex. kontrollpolitiken inriktning och narkomanvårdens tillgänglighet. Under den här rubriken ska jag därför bara kort beröra några allmänna synpunkter om narkotikabrukare som samhällsmedborgare.

På ett rent formellt plan kan man konstatera att narkotikabrukare har samma status som andra medborgare i det svenska samhället. Det finns, med ett undantag, inga formella hinder som försvårar för brukare att utnyttja sina medborgerliga rättigheter. Undantaget är självfallet det faktum att bruket av narkotika sedan 1988 är kriminaliserat i Sverige, vilket i praktiken innebär att det i viss mån är brukarna själva som är kriminaliserade. Denna fråga ska dock behandlas inom ramen för diskussionen om kontrollsystemet.

Även om ingen formell diskriminering av narkotikabrukare existerar i det svenska samhället är det rimligen så att det i praktiken förekommer en hel del negativ särbehandling inom ramen för de välfärdspolitiska institutionerna. Kända narkotikabrukare tilldrar sig t.ex. otvivelaktigt ett oproportionerligt stort intresse från ordningsmaktens sida, vilket kan ses som en form av negativ profilering (jfr "racial profiling"). Vidare är säkerligen tillgängligheten i sjukvården i många avseenden sämre för narkotikabrukare, även om man bortser från de brister som vållas av brukarnas eget agerande.

Det är väl belagt att 1990-talets nedskärningar inom den offentliga sektorn slog hårt mot svaga grupper i samhället. Detta får också antas vara en väsentlig faktor bakom den förhållandevis stora ökning av det tunga missbruket som skedde under detta decennium (Olsson 2001, jfr CAN 2004). Vilket samband denna ökning har med den statliga narkotikapolitikens utveckling under samma period är dock inte lätt att säga någonting om. Som Olsson (2001:94) konstaterar kan nämligen narkotikapolitiken endast till en mindre del påverka de stora utvecklingslinjerna i narkotikasituationen. Viktigare är bl.a. arbetslösheten bland unga, marginalisering, internationella ungdomskulturella trender och en rad andra sociala förhållanden.

3.3 Den svenska narkomanvården ur ett brukarperspektiv

Narkomanvården är ett centralt intresseområde för samtliga brukarorganisationer i mitt urval. Narkomanvårdsfrågorna rör bl.a. vårdens omfattning, innehåll och tillgänglighet, men även tvångsvårdsfrågan är betydelsefull. I det följande avsnittet diskuterar jag den svenska narkomanvårdens utveckling ur ett brukarperspektiv, och jag riktar därvid också särskild uppmärksamhet mot tvångets roll. Den viktiga metadonfrågan kommer jag dock att behandla i avsnittet om skadereducerande åtgärder. Skälet till detta är att metadonfrågan i mitt internationella urval av brukarorganisationer vanligen diskuteras i den skadereducerande kontexten.

Narkomanvårdens utveckling

Kring år 1970 flyttades narkomanvården i allt större utsträckning från de psykiatriska sjukhusen, och därigenom började en distinkt och från sjukvården självständig narkomanvård att etableras i Sverige. Det var en omfattande vårdapparat med behandlingshem, öppenvårdsmottagningar och rådgivningsbyråer som byggdes upp (Hilte 1990). Under första hälften av 1970-talet ökade resurserna till narkomanvården alltmer, samtidigt som det skedde ett skifte från ett system, den psykiatriska vården, till ett löst organiserat och svårkontrollerat behandlingssystem baserat på sociala inrättningar (Bergmark 1998). Den här utvecklingen innebar att den medicinska professionens grepp om narkomanvården lättade, samtidigt som socialarbetare, psykologer och andra beteendevetare flyttade fram sina positioner. Klientorganisationen RFHL var mycket aktivt i den här utvecklingen, bl.a. genom att förbundet tog initiativ till och drev ett flertal nya miljöterapeutiska behandlingshem.

Under andra hälften av 1970-talet fortsatte utbyggnaden, samtidigt som den s.k. Hasselapedagogiken blev alltmer uppmärksam i Sverige. Det första Hasselakollektivet startades 1969. Hassela inriktade sig på att behandla unga missbrukare i åldrarna 15–20 år. Tonvikten i Hasselapedagogiken ligger på undervisning och social fostran (Hilte 1990). Den är förhållandevis auktoritär till sin karaktär och har ofta inslag av tvång, något som RFHL ställde sig skeptiskt till.

Under andra hälften av 1980-talet sköt ökningen av narkomanvården ny fart till följd av rädslan för en hiv-epidemi bland narkotikabrukarna. I regeringens åtgärdsprogram för bekämpning av aids (prop. 1987/88:79) betonades vikten av att spåra upp narkotikamissbrukare och erbjuda dem drogfri behandling. I praktiken innebar detta bl.a. att Socialstyrelsen under andra hälften av 1980-talet stödde uppbyggnaden

av en specialiserad öppen narkomanvård på kommunal och regional nivå. Institutionsvården expanderade också under samma period (Socialstyrelsen 1993, Bergmark 1998). Perioden 1986–1991 ökade det totala antalet behandlingsplatser i med omkring 50 procent. För huvuddelen av denna ökning stod öppenvården (Socialstyrelsen 1999).

Under 1990-talet innebar den ekonomiska nedgången en väsentligt försämrad ekonomi i kommuner och landsting. Enligt många bedömare ledde detta också till en drastiskt försämrad narkomanvård. Enligt det statistiska underlag som Socialstyrelsen 1999 tog fram till Kommittén för välfärdsboksut över 1990-talet (Socialstyrelsen 1999) verkar dock ingen generell minskning av narkomanvårdsresurserna ha skett, även om många enskilda kommuner har dragit ner. En tydlig minskning av den slutna narkomanvården har skett, men detta har delvis kompensrats av en ökning av antalet vårdplatser i öppen vård (SOU 2000:126).

Totalt sett verkar således resurserna till narkomanvården ha varit ungefär desamma i början av 2000-talet som de var i början av 1990-talet. Ställer man detta mot den ökning av missbruket som skedde under 1990-talet blir bilden mer dystert. Flertalet tillgängliga indikatorer över utvecklingen av narkotikabruket visar att detta ökade under hela 1990-talet. Antalet tunga missbrukare ökade t.ex. med nästan 40 procent mellan åren 1992 och 1998, från omkring 19000 personer till omkring 26000 personer (CAN 2004). Av sådana siffror måste man dra slutsatsen att narkomanvården, som kvantitativt sett utvecklades positivt fram till slutet av 1980-talet, genomgått en betydande försämring de senaste femton åren.⁶

Tvångsvårdsfrågan

Tvångsvårdsfrågan var en av 1970-talets största konflikter på narkotikaområdet. På ena sidan i konflikten stod klientrörelsen, företrädd av RFHL och understödd av bl.a. Socialstyrelsen. RFHL förespråkade en narkomanvård byggd på frivillighet och var kategoriska motståndare till tvångsvård. Förbundets inflytande hade bidragit till att riksdagen 1972 hade beslutat att frivillighet skulle vara den grundläggande principen i narkomanvården.

På den andra sidan i konflikten fanns bl.a. några av de mer hårdföra organisationerna på narkotikaområdet, som Föräldraföreningen mot narkotika och Hasselarörelsen. Hasselas behandlingshem hade kommit att uppfattas som mycket framgångsrika under slutet av 1970-talet, och detta bidrog till mer positiva attityder till tvångsmässiga inslag i vården. En viktig följd av detta blev att RFHL gradvis började förlora sin roll som ledande ickestatlig organisation på det narkotikapolitiska området.

År 1981 stiftades en Lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), som innebar ökade möjligheter till tvångsvård. Syftet med LVM var i första hand att motivera patienterna till frivillig behandling. Vårdtiden var från början begränsad till två gånger två månader. År 1989 skärptes lagen i flera avseenden, bl.a. genom att den maximala

6 Kvaliteten i narkomanvården är givetvis också en relevant faktor i sammanhanget. Av en kunskapssammansättning från SBU (SBU 2001) framgick att vårdkvaliteten i den svenska narkomanvården i många fall kan ifrågasättas. Bristen på vetenskapligt godtagbara utvärderingar har alltid varit ett notoriskt problem i svensk narkomanvård. Det är i stort sett bara de läkemedelsbaserade substitutionsbehandlingarna mot opiatnarkomani som blivit föremål för ordentliga utvärderingsinsatser (se Johnson 2005).

vårdtiden ökades till sex månader. RFHL hörde till de organisationer som var mest negativa till detta. Man stödde sig bl.a. på forskning som pekade på att längre tvångsmässiga vårdperioder var verkningslösa eller i värsta fall t.o.m. skadliga.

Nedskärningarna under 1990-talet ledde till att antalet LVM-omhändertaganden minskade fortlöpande under nästan hela decenniet. Under år 2000 tvångsvårdades dock fortfarande mer än 1100 personer i Sverige, flertalet för alkoholmissbruk. Samtidigt förekom tvångsvård knappt alls i grannländerna Finland, Norge och Danmark (Stenius 2001). Trots minskningarna av antalet omhändertaganden kan besparingskraven ha tvingat kommunerna att reservera delar av sina institutionsvårdsresurser åt LVM-fallen, snarare än åt människor som frivilligt sökt sig till missbruksvården (Ekendahl 2001:29).

Den svenska klientrörelsens negativa inställning till tvångsvårdslagstiftningen har dämpats något på senare år. RFHL har t.ex. föreslagit ett kortare "homeriskt" tvång där vårdtiden begränsas till maximalt en månad (Svensson 2003). Det bör också påpekas att utvärderingar och andra vetenskapliga studier visat att många av de brukare som själva blir föremål för tvångsvårdslagstiftningen inte varit kategoriskt avvisande till densamma. En stor andel av LVM-patienterna i Bengt Svenssons studie (2003) av tvångsvården var t.ex. övervägande positiva till tvånget, och många andra uppfattade att det hade både positiva och negativa aspekter.

3.4 Det svenska kontrollsystemet ur ett brukarperspektiv

Som jag nämnde tidigare så anser brukarorganisationer i allmänhet att narkotikakontrollen bör vara så humant inrättad som möjligt och att en långtgående kriminalisering av brukarna bör undvikas. I Sverige har klientorganisationen RFHL ända sedan den grundades framfört liknande uppfattningar, och detsamma gäller för andra brukarorienterade organisationer, t.ex. KRUM. Hur kan då det svenska kontrollsystemet och dess utveckling bedömas ur ett brukarperspektiv?

Det hävdas ofta i den svenska narkotikapolitiska debatten att Sverige under tioårsperioden mellan 1965 och 1975 hade en internationellt sett ovanligt liberal narkotikapolitik. Detta är dock knappast med verkligheten överensstämmande. Snarare är det så som Börje Olsson skriver, att Sverige ända sedan slutet av 1960-talet har haft en "massiv narkotikapolitik, som vid sidan av kraftfulla repressiva inslag också innehåller internationellt sett stora insatser när det gäller såväl information och förebyggande arbete som vård och rehabilitering i bred bemärkelse" (1994:172, kursiv i original). Det kan inte förnekas att det när det gäller kontrollpolitiken har skett en skärpning i flera avseenden sedan 1970-talet, men denna utveckling inleddes redan 1968, varefter lagstiftningen gradvis blev mer och mer repressiv (van Solinge 1997, Tham 1995, Tham 1998).

Narkomanvårdskommitténs kontrollpolitiska betänkande från 1967 (SOU 1967:41) ledde till att riksdagen året därefter antog en särskild narkotikastrafflag (1968:64). Genom att upprätta en samlad narkotikalagstiftning ville riksdagen klargöra att samhället inte accepterade narkotika och att man såg allvarligt på narkotikamissbruket. Samtidigt ville man emellertid skilja ordentligt mellan försäljare och distribu-

törer å ena sidan och brukarna å den andra. Tanken var att brukarna som sådana inte skulle drabbas av den nya lagen (Träskman 2003).

Under 1970-talets första år skedde ett par skärpningar av straffsatserna när det gällde grova narkotikabrott, men det var först under andra hälften av decenniet som de kontrollpolitiska frågorna på allvar började dominera den narkotikapolitiska debatten. Narkotikamissbruket blev en valfråga i 1976 års valrörelse och efter valsegern aviserade den nya borgerliga regeringen att det hädanefter skulle bli hårdare tag mot knarket. Efter att tidigare huvudsakligen ha inriktats mot narkotikahandeln, d.v.s. mot utbudssidan, började nu de kontrollpolitiska ansträngningarna istället i allt större utsträckning att riktas mot brukarna själva. Bakom denna förändring låg ett enträget lobbyarbete av de mer hårdföra opinionsbildarna på narkotikaområdet. Eftersom brukarna var den enda oersättliga länken i narkotikakedjan var det där stöten borde sättas in, var argumentet.

Vad som skedde var alltså att kontrollpolitikens inriktning skiftade från producentledet till konsumentledet (Tham 1998). Leif Lenke och Börje Olsson gör följande bedömning:

By the end of the 1970s, it is reasonable to say that Swedish drug policy had shifted its profile. The focus had moved from international syndicates and the treatment of "drug victims" to a police-oriented strategy whose objective was to clear the streets of drug pushers. These were to be placed in compulsory treatment to stop this "contagious disease," which is how drug use was portrayed to the public (2002:69).

I början av 1980-talet skedde ytterligare skärpningar i strafflagstiftningen liksom i dess tillämpning. Men det var inte nog med detta; antalet narkotikapoliser började också öka, liksom antalet som dömdes till fängelse för narkotikabrott och andelen narkotikabrukare bland fängelsepopulationen (Tham 2003). De ökade polisresurser som riktades mot gatulangningen ledde på bara några år till en fördubbling av antalet gripanden (Eriksson och Eriksson 1983, cf Tham 1998). Socialdemokratin återkomst till makten 1982 ändrade inte denna utveckling. Under de borgerliga regeringsåren hade socialdemokratin mer och mer närmat sig de borgerliga partiernas narkotikapolitik.

Trots att det totala narkotikamissbruket förmodligen inte ökade nämnvärt i Sverige under 1970- och 1980-talen framställdes och uppfattades det ständigt som ett växande problem (van Solinge 1997, jfr Tham 1998, CAN 2004). Detta ledde till att det under andra hälften av 1980-talet utvecklades ett slags kontrollpolitiskt konsensus (Tham 1995). Utmärkande för denna konsensus var att man på alla plan valde en hård linje (Träskman 2003). Det viktigaste exemplet på detta var att riksdagen 1988 med stor majoritet beslutade att kriminalisera eget bruk av narkotika. Under 1970-talet hade det funnits ett överväldigande motstånd mot en kriminalisering, men detta motstånd hade praktiskt taget smält bort på bara några år. RFHL tillhörde det fåtal röster som motsatte sig kriminaliseringsbeslutet.

Fem år senare höjdes maxstraffet för eget bruk, från böter till fängelse i max sex månader. Orsaken till straffhöjningen var dock inte primärt att man ville utdöma fängelsestraff, utan att man ville ha en hård och konsekvent strafflagstiftning samti-

diget som man ville få möjligheten att med hjälp av urin- och blodprov kontrollera om narkotikabruk förekommit. Detta hade inte varit möjligt när maxstraffet endast var böter.

Under 1990-talet avstannade den kontrollpolitiska utvecklingen, vilket bl.a. yttrade sig i att inga ytterligare straffhöjningar gjordes. Kurvan över antalet narkotikapoliser fortsatte dock att stiga kraftigt under första halvan av decenniet, för att därefter plana ut. Likaså fortsatte antalet fängelsedömda för narkotikabrott och andelen narkotikabrukare i fängelse att öka (Tham 2003).

3.5 Skadelindrande åtgärder i Sverige

Samtliga brukarorganisationer i det internationella urvalet driver, som jag redan har nämnt, en eller flera frågor som rör skadereducerande åtgärder. I den svenska kontexten har skadelindring varit oerhört kontroversiellt ända sedan det slog igenom i den internationella debatten under 1980-talet. I Sverige har framför allt två typer av åtgärder diskuterats, underhållsbehandling och sprutbytesprogram.⁷

Den svenska underhållsbehandlingen

Metadonbehandlingen kom till Sverige redan 1966, men bedrevs under hela 1970-talet som ett förhållandevis småskaligt försöksprojekt. Behandlingens politiska profil var dock hög. Några år in på 1970-talet blev det till Uppsala förlagda metadonprogrammet föremål för en alltmer förbittrad politisk strid. I den narkotikapolitiska opinionen uppfattades metadonbehandlingen som en riskabel och politiskt suspekt verksamhet (Johnson 2005).

Intressant nog anfördes motståndet av klientorganisationen RFHL, som därmed intog en ur ett brukarperspektiv ovanlig för att inte säga avvikande ståndpunkt. Förbundets synsätt kan delvis förklaras med dess negativa erfarenheter av ett tidigare försök med legal förskrivning av narkotika under 1960-talet (se Lenke och Olsson 1998). För RFHL hade detta försök med tiden fått stor symbolisk betydelse, och fungerade som varnande exempel på vad som kan hända om man arbetar med mindre ambitiösa mål än total drogfrihet (Johnson 2005).

Metadonmotståndet gjorde att Socialstyrelsen, den ansvariga statliga myndigheten, dröjde ända till 1983 innan den godkände behandlingsmetoden. Därefter blev behandlingen en reguljär del av sjukvården, men den fick bara bedrivas i Uppsala. I mitten av 1980-talet började den tidigare så fientliga opinionen mot metadonet att mattas av. Från mitten av 1980-talet ändrade även RFHL gradvis uppfattning i frågan, och numera intar förbundet en mer typisk brukaruppfattning.

Starkt bidragande till opinionsförändringen var rädslan för att en omfattande aids-epidemi skulle bryta ut i Sverige. Faktum är att aidsfrågan utgör en vattendelare i den svenska metadondebatten och knappast kan underskattas som orsak till varför metadonbehandlingen slutligen accepterades och började spridas inom landet (Johnson

⁷ I internationella sammanhang brukar dessa åtgärder räknas som skadelindrande. Såväl de svenska underhållsbehandlingsprogrammen som de svenska sprutbytesprogrammen har dock alltid varit välkontrollerade program med påtagliga socialkurativa ambitioner. En principiellt viktig skillnad som bör lyftas fram är dock att sprutbyte till skillnad från underhållsbehandling inte kan ses som en direkt behandlande eller rehabiliterande insats.

2005). År 1987 beslutade Socialstyrelsen att nya metadonprogram kunde få starta, och året därefter startades ett andra program i Stockholm. Därefter tillkom ytterligare två program i Lund (1990) och i Malmö (1992). I mars 2004, startades ett femte metadonprogram i Göteborg.

Den gängse uppfattningen bland de utländska brukarorganisationerna i mitt urval är, som jag redan har nämnt, att metadon- och annan underhållsbehandling bör finnas tillgänglig för dem som så önskar. Alltsedan tidigt 1970-tal har det dock i Sverige funnits ett centralt beslutat tak för hur många patienter som samtidigt får erhålla metadonbehandling. I absoluta tal har detta tak gradvis höjts, från 100 (1972) till 150 (1983) och vidare till 300 (1988) och till 450 (1990). Under 1990-talet har denna utveckling fortsatt, och nyligen (2004) höjdes taket från 850 till 1200 patienter. I relativa tal har dock expansionen varit mer blygsam. Enligt beräkningar över narkotikamissbruket kunde 1979 knappt 5 procent av de brukare som har opiater som huvuddrog få plats i behandlingen. År 1992 var den här siffran 9 procent, och 1998 hade den stigit till knappt 11 procent (Johnson 2005).

Expansionen har alltså skett tämligen långsamt. I ett internationellt perspektiv är det en relativt liten andel av opiatbrukarna som kan beredas plats i metadonbehandling. Utifrån ett brukarperspektiv ljusnar bilden dock något om vi dessutom räknar in de brukare som får buprenorfin (Subutex). Detta preparat blev godkänt av Läkemedelsverket 1999, och har sedan dess fått relativt stor spridning inom framför allt den öppna vården. År 2003 fick enligt Socialstyrelsens beräkningar ungefär 1300 personer i Sverige Subutex, de flesta av dem i öppen vård.

Från och med 1 januari 2005 gäller nya föreskrifter från Socialstyrelsen gällande såväl metadon som Subutex (SOSFS 2004:8 M). Syftet med de nya föreskrifterna är att likställa metadon och Subutex i regleringshänseende. Förskrivningen av Subutex har därigenom blivit tydligare och stramare reglerad än tidigare, samtidigt som taket i metadonbehandlingen till sist har försvunnit. Utifrån ett brukarperspektiv är detta länge efterlängtade förändringar. Det återstår dock att se vilka konsekvenser de nya riktlinjerna kommer att få när det gäller de båda läkemedlens tillgänglighet.

Avslutningsvis är det värt att notera att den svenska metadonbehandlingen har stått i fokus för en stor del av den brukarmobilisering som på senare år har skett i Sverige. Svenska brukarföreningen startades t.ex. från början som en intresseförening för metadonpatienter.

De svenska sprutbytesprogrammen

Ett av huvudargumenten mot metadonbehandlingen under 1970- och 1980-talen var att den riskerade att sända ”dubbla signaler” till brukarna om samhällets inställning till narkotika. Detta har också ända sedan starten 1986–1987 varit det viktigaste argumentet mot sprutbytesprogrammen. Programmen, som finns i Malmö och Lund, tillkom som en akut åtgärd för att försöka råda bot på spridningen av hiv-virus bland brukarna. Sedan dess har programmen tolererats på nåder och betraktas som begränsade försöksverksamheter. De har hela tiden haft ett starkt lokalt stöd, men i debatten på riksnivå har de negativa uppfattningarna övervägt. RFHL har dock hela tiden tillhört verksamhetens förespråkare.

Länge var programmens framtida existens oviss, men de senaste åren har opinionen börjat svänga även i sprutbytesfrågan. När detta skrivs har det kommit ett förslag om de befintliga sprutbytesprogrammen i framtiden ska få bli en permanent och integrerad del av den reguljära infektionssjukvården, och att nya program ska få starta (Ds 2004:6). Sådana ska dock enligt förslaget vara tillståndpliktiga hos Socialstyrelsen, och i tillståndsbedömningen ska tillgången på avgiftningsplatser och övrig missbruksvård beaktas.⁸

3.6 Vård- och informationsfrågor – svenska erfarenheter ur ett brukarperspektiv

När det gäller vård och informationsfrågorna så har de statliga narkotikapolitiska åtgärderna i Sverige sedan 1980-talet nästan uteslutande kretsat kring infektionssjukdomarna hiv och, i mindre omfattning, hepatit. I mitten av 1980-talet startades på i initiativ av statliga Aidsdelegationen en satsning på uppsökande verksamhet, där tanken var att socialarbetare skulle ägna sig åt omfattande upplysningsverksamhet om hiv/aids parat med behandlingsmotiverande arbete (Johnson 2005). Det huvudsakliga ansvaret för den praktiska verksamheten låg dock här, liksom i andra senare satsningar av liknande typ, på de primär- och landstingskommunala planen. När det under 1990-talet stod klart att risken för en omfattande aidsepide mi bland de svenska narkotikabrukarna var avvärd minskade resurserna till informationssatsningar.

I Sverige har debatten kring sjukvårdens tillgänglighet ofta handlat om att många brukare har en otillräcklig kontaktyta till det civila samhället. Debatten har många gånger förts i samband med frågan om de skånska sprutbytesprogrammen, där programmets förespråkare pekat på att sprutbytesverksamheten utgjort en unik resurs när det gäller kontakterna med brukarna. Genom programmen har missbrukarna vid behov kunnat komma i kontakt såväl med andra delar av sjukvården som med socialtjänsten. RFHL:s inställning till sprutbytesprogrammen har varit grundmurat positiv, och detsamma har gällt för Svenska brukarföreningen sedan den startades 2002. Statsmakternas inställning till programmen diskuterades i det föregående avsnittet.

Sådana frågor som i den internationella brukardebatten varit framträdande, såsom möjligheterna att sprida information om hur brukare kan skydda sig mot överdoser och liknande, har i Sverige sorterats in i facket ”skadereducerande åtgärder” och därmed omöjliggjorts. Från brukarhåll har vissa försök att ta upp sådana frågor gjorts, dock helt utan framgång.

3.7 Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att den svenska narkotikapolitiken under 1970-talet var förhållandevis brukarorienterad. En stor utbyggnad av narkomanvården hade inletts, kontrollpolitiken var återhållsam i förhållande till brukarna och i så-

⁸ Detta krav, som måste tolkas som ett sätt att bemöta sprutbytesmotståndarnas fathågor om att samhället skulle prioritera billiga skadereducerande åtgärder framför dyrare narkomanvård, har dock kritiserats från brukarhåll. RFHL ansåg t.ex. i ett remissvar att förslaget riskerar att leda till att brukare i kommuner med dåligt utbyggd missbrukarvård straffas dubbelt – de får varken tillgång till vård eller sprutbytesmöjligheter.

väl tvångsvårdsfrågan som metadonfrågan var den officiella linjen i samklang med brukaropinionen, åtminstone så som den manifesterades av klientorganisationen RFHL. RFHL:s ståndpunkt i metadonfrågan var dock inte någon typisk "brukarståndpunkt".

Under 1980-talet var utvecklingen inom narkomanvården – fränsett tvångsvårdsfrågan – fortsatt positiv ur ett brukarperspektiv. Utbyggnaden fortsatte under nästan hela årtiondet, efter 1985 underblåst av den stora rädslan för en aids pandemi bland brukarna. Aidsfrågan innebar på det hela taget att traditionella brukarintressen kom att tillgodose i allt större utsträckning i Sverige, om än av andra skäl än att de var just brukarintressen. Inställningen till metadonbehandlingen började bli mer positiv, och två sprutbytesprogram startade på försök i Skåne. Mot slutet av 1980-talet hade också RFHL börjat förändra sin inställning i de här frågorna, för att under 1990-talet helt anamma de konventionella brukarståndpunkterna.

Kontrollpolitiken blev däremot allt mindre brukarvänlig. På det hela taget kan den repressiva utvecklingen från cirka 1980 och fram till kriminaliseringsbesluten 1988 och 1993 bara bedömas som förkrossande ur ett brukarperspektiv. Dock bör det tilläggas att det mer än allt annat är trenden som har varit repressiv. I ett internationellt perspektiv är den svenska kontrollpolitiken inte alldeles extrem, även om många europeiska länder har en mer liberal lagstiftning (Lenke och Olsson 2002).

Under 1990-talet skedde en fortsatt skärpning av de kontrollpolitiska åtgärderna, även om takten i denna skärpning var mer modest än under perioden mellan 1980 och 1993. Den största förändringen under det här årtiondet gällde istället narkomanvården, där en rejäl försämring skedde till följd av de ekonomiska neddragningarna. Vårdresurserna var oförändrade eller minskade något, samtidigt som narkotikabruket ökade dramatiskt. Även om man inte intar ett utpräglat brukarperspektiv måste detta rimligen ses som en sorglig utveckling.

De allra senaste åren kan dock *en* tydlig positiv utveckling skönjas, och det gäller de skadelindrande åtgärderna. Tillgången på substitutionsbehandlingar med metadon eller Subutex har ökat något samtidigt som regelverket blivit mer flexibelt, och även i sprutbytesfrågan ser framtiden betydligt ljusare ut än tidigare. Om dessa ur brukarperspektivet positiva utvecklingar är ett trenderbrott eller något tillfälligt återstår dock att se.

4. Brukarinflytandet över den svenska narkotikapolitiken

I den här studien har jag undersökt de svenska narkotikabrukarnas inflytande över den statliga narkotikapolitiken under perioden 1965–2004. Jag har därvid visat att brukarinflytande har varit mycket litet under de senaste decennierna. Av det mesta att döma har det dessutom minskat över tid.

Bilden av brukarinflytandets utveckling är likartad både vad gäller processinflytandet, d.v.s. i vilken grad och på vilka sätt brukare har tillåtits delta i och påverka de narkotikapolitiska beslutsprocesserna, och vad gäller substansinflytandet, d.v.s. i vilken grad narkotikapolitiken lyckats producera resultat som tagit tillvara brukarnas intressen.

För att studera processinflytandet har jag granskat brukarnas inflytande över statliga narkotikapolitiska utredningar. Förutsatt att ett deltagande inom ramen för sådana utredningar är ett godtagbart mått på processinflytande måste man dra slutsatsen att brukarna efter Narkomanvårdskommitténs utredning har haft ett mycket litet processinflytande över narkotikapolitiken. Det inflytande som har förekommit har varit i form av deltagande i samråd och remissförfaranden, två inflytandeformer som ofta har en mer eller mindre rituell karaktär och inte garanterar något reellt inflytande.

Substantiellt sett var den statliga narkotikapolitiken förhållandevis brukarorienterad under 1970-talet. Kontrollpolitiken fokuserade på narkotikahandeln men var återhållsam i förhållande till de enskilda brukarna, en stor utbyggnad av narkomanvården hade inletts och i viktiga brukarfrågor som tvångsvårdsfrågan, kriminaliseringsfrågan och metadonfrågan överensstämde narkotikapolitikens inriktning i stora drag med brukaropinionen, åtminstone så som den kom till uttryck inom RFHL. Under 1980-talet blev politiken dock gradvis mindre brukarorienterad; kontrollpolitiken skärptes, möjligheterna till tvångsvård ökades och eget bruk av narkotika kriminaliserades. Under 1990-talet slog de offentliga nedskärningarna mot narkomanvården, samtidigt som antalet narkotikabrukare steg kraftigt. Vad vi kan konstatera är alltså att den statliga narkotikapolitiken i Sverige även i substanshänseende blivit allt mindre brukarorienterad med tiden. Mobiliseringen av narkotikabrukare inom ramen för en organisation som Svenska brukarföreningen (SBF) framstår i ett sådant perspektiv inte som ett resultat av att statsmakterna har efterfrågat brukarnas deltagande, utan snarare som ett symptom på att de känner sig bortglömda eller förbigångna.

Orsakssamband är inte direkt observerbara inom samhällsvetenskaperna. I alla händelser går det inte att utifrån en sådan här studie dra några tydliga slutsatser om förhållandet mellan processinflytande och substansinflytande. Att anta att en hög grad av processinflytande tenderar att leda till ett större substantiellt inflytande än en låg grad av processinflytande framstår dock som en rimlig hypotes, och den här studien ger oss i varje fall inga skäl att förkasta en sådan. Det går således inte att utesluta att narkotikapolitikens relativt höga grad av brukarorientering under slutet av 1960-talet och första hälften av 1970-talet faktiskt var ett resultat av det inflytande RFHL utövade, inom ramen för den viktiga Narkomanvårdskommittén och på andra sätt.

Något formellt erkännande av narkotikabrukarnas rätt att utöva inflytande över den statliga narkotikapolitiken har aldrig gjorts i Sverige. RFHL har tidvis, framför allt under 1970-talet, betraktats som en viktig samtalspartner värd att lyssna till, men det var i organisationens egenskap av klientorganisation, inte som organisation för narkotikaanvändare. På ett motsvarande bör sannolikt den omständigheten att SBF numera är en offentlig remissinstans sätt tolkas som ett erkännande av organisationens funktion som patientorganisation för underhållspatienter.

Den här studiens resultat måste sammanfattningsvis betraktas som tämligen nedslående för dem som anser att det finns skäl för en mer brukarorienterad narkotikapolitik. Att brukarinflytandet över den statliga narkotikapolitiken har varit litet behöver emellertid inte betyda att brukarinflytande varit lågt även inom de övriga inflytandesfärerna. Det förefaller inte orimligt att enskilda brukare kan ha ett visst inflytande över den praktiska verksamheten inom exempelvis den kommunala narkomanvården. Det får dock bli ämnet för en annan studie.

Referenser

- Benton, Ted, 1981. "Objective Interests and the Sociology of Power, i *Sociology* 15(2):161–184.
- Bergmark, Anders, 1998. "Expansion and Implosion – The Story of Drug Treatment in Sweden" i Harald Klingemann och Geoffrey Hunt (red.), *Drug Treatment in an International Perspective*. Thousands Oaks: Sage.
- Burns, Danny, Robin Hambleton och Paul Hoggett, 1994. *The Politics of Decentralisation*. London: MacMillan.
- CAN, 2004. *Drogutvecklingen i Sverige – Rapport 2004*. Stockholm: CAN.
- Dahlberg, Magnus och Evert Vedung, 2001. *Demokrati och brukarutvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Ds Ju 1986:8. *Förslag till ändringar i narkotikastrafflagen (1968:64)*. Stockholm: Liber/Allmänna förlaget.
- Ds 1992:19. *Åtgärder mot bruk av narkotika samt ringa narkotikabrott*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- Ds 2004:6. *Spruthytesverksambet för injektionsmissbrukare*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- Ekendahl, Mats, 2001. *Tvingad till vård*. Stockholm: Stockholms universitet.
- Eriksson, Inger och Ulla-Britt Eriksson, 1983. *Polisens insatser mot gatulangningen av narkotika*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Hilte, Mats, 1990. *Droger och disciplin*. Lund: Arkiv.
- Johnson, Björn, 2005. *Metadon på liv och död*. Lund: Studentlitteratur.
- Lenke, Leif och Börje Olsson, 1998. "Drugs on Prescription – The Swedish Legalizing Experiment of 1965–67 in Retrospect", *European Addiction Research* 4(4):183–189.
- Lenke, Leif och Olsson, Börje, 2002. "Swedish Drug Policy in the Twenty-First Century: A Policy Model Going Astray", i *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 582:64–79.
- Lindgren, Sven-Åke, 1993. *Den hotfulla njutningen*. Stockholm/Stehag: Symposion Graduale.
- Lipsky, Michael, 1980. *Street-Level Bureaucracy*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lukes, Stephen, 1974. *Power – A Radical View*. London: MacMillan Press Ltd.
- Olsson, Börje, 1994. *Narkotikaproblemets bakgrund*. Stockholm: CAN.
- Olsson, Börje, 2001. "Narkotikaproblem och narkotikapolitik – några nedslag i historien", *Alkohol och narkotika* 95(6):87–95.
- Socialstyrelsen, 1993. *Effekter av offensiv narkomanvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 1999. *Fyra underlagsrapporter till Kommittén för välfärdsboksut över 1990-talet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- van Solinge, Tim Boekhout, 1997. *The Swedish Drug Control System*. Amsterdam: Uitgeverij Jan Mets.
- SOU 1967:25. *Narkotikaproblemet 1. Kartläggning och vård*. Stockholm: Medicinalstyrelsen.
- SOU 1967:41. *Narkotikaproblemet 2. Kontrollsystemet*. Stockholm: Medicinalstyrelsen.
- SOU 1969:52. *Narkotikaproblemet 3. Samordnade åtgärder*. Stockholm: Medicinalstyrelsen.
- SOU 1969:53. *Narkotikaproblemet 4. Undersökningar*. Stockholm: Medicinalstyrelsen.
- SOU 1981:7. *LVM: Lag om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Liber/Allmänna förlaget.
- SOU 1984:13. *Samordnad narkotikapolitik*. Stockholm: Liber/Allmänna förlaget.
- SOU 1987:22. *Missbrukarna, socialtjänsten, tvånget*. Stockholm: Allmänna förlaget.
- SOU 2000:126. *Vägvalet*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.

- Stenius, Kerstin, 2001. "Tvångsvården – den mörkare välfärdsberättelsen", i *Alkohol och narkotika* 95(6):96–105.
- Svensson, Bengt, 2003. *Knarkare och plutar*. Stockholm: Carlssons.
- Tham, Henrik, 1995. "Drug Control as a National Project: The Case of Sweden", i *The Journal of Drug Issues*, 25(1):113–128.
- Tham, Henrik, 1998. "Swedish Drug Policy: A Successful Model?", i *European Journal of Criminal Policy and Research*, 6(3):395–414.
- Tham, Henrik, 2003. "Narkotikapolitiken och missbrukets utveckling", i Henrik Tham (red.), *Forskare om narkotikapolitiken*. Stockholm: Kriminologiska institutionen.
- Träskman, Per Ole, 2003. "Narkotikapolitik och brottskontroll", i Henrik Tham (red.), *Forskare om narkotikapolitiken*. Stockholm: Kriminologiska institutionen.
- Zetterberg, Kent, 1990. "Det statliga kommittéväsendet", i Departementshistoriekommittén, *Att styra riket*. Stockholm: Allmänna förlaget.

Hemsidesadresser till brukarorganisationer:

- AVIL (Australien) <http://www.aivl.org.au/default.asp>
- Brugerforeningen (Danmark) <http://www.brugerforeningen.dk/bfny.nsf>
- Brugerforeningen Tønsberg (Norge) <http://www.brugerforeningen.no/>
- Jes-Bielefeld e.V. (Tyskland) <http://www.junkienetz.de/>
- Junkie Bund (Tyskland) <http://www.junkiebund.de/index.htm>
- MDHG (Nederländerna) <http://www.mdhg.nl/>
- Springfield Users' Council (USA) <http://springfielduserscouncil.org/>
- Svenska Brukarföreningen (Sverige) <http://www.brukarforeningen.com/>
- The Alliance (Storbritannien) <http://www.m-alliance.org.uk/>
- UNDUN (Kanada) <http://www.freewebs.com/undun/index.htm>
- VANDU (Kanada) <http://www.vandu.org/>