

Behandling av narkotikamissbrukare

Eva Bergström

Jakob Lindberg

Socialstyrelsens rapport "Behandling av narkotikamissbrukare" redovisar erfarenheter och ger riktlinjer för narkomanvården. I denna artikel återges centrala delar av innehållet i rapporten.

Amanuens Eva Bergström och byrådirektör Jakob Lindberg är verksamma vid socialstyrelsens narkomanvårdssektion.

Den 19 januari 1973 godtog socialstyrelsens styrelse skriften "Behandling av narkotikamissbrukare" (senare under våren publicerad i serien Socialstyrelsen redovisar, nr 31). En omfattande redovisning av erfarenheter från den svenska narkomanvården och en serie riktlinjer för behandlingen inom detta fält fördes därmed ut till offentligheten.

I denna artikel refereras huvudlinjerna i socialstyrelsens skrift. I artikelns senare del berörs några av de områden som kan väntas bli särskilt uppmärksammade under de kommande årens fortsatta diskussioner om narkomanvårdens utformning.

Skriftens uppläggning

Med "Behandling av narkotikamissbrukare" tillgodosågs ett sedan lång tid tillbaka framfört krav på riktlinjer för narkomanvården. Bakom det kravet låg bland annat föreställningen om en utbredd och långtgående osäkerhet om de lämpliga behandlingsmetoderna inom detta vårdområde.

de. Varken vårdens huvudmän eller behandlarna själva vet hur man bör lägga upp behandlingen för denna grupp, sades det; därför måste man från centralt håll gå ut med riktlinjer och anvisningar.

Denna uppfattning om det faktiska kunskapsläget och om riktlinjernas funktion avvisas emellertid redan i skriftens inledning, där det för det första slås fast att både oenigheten och osäkerheten om lämpliga behandlingsmetoder ofta överdrivits i den allmänna diskussionen. För det andra kan skriften inte ses som ett försök att ange "någon enhetlig och beständig lösning". Detta av flera skäl. Missbrukargruppens vårdbehov är så sammansatta att någon sådan enhetlig lösning inte framstår som realistisk.

Men dessutom vore det felaktigt att centralt söka styra vårdens utformning i detalj, heter det vidare. "Vad som — med reservation för vissa särskilda frågeställningar — kan och bör preciseras är enbart en allmän ram."

Det kan tillfogas att det inte hade varit lätt att utfärda rekommendationer för narkomanvården om okunnigheten på fältet verkligen skulle ha varit så omfattande som man ibland gjort gällande. Det är väl nämligen närmast självklart att riktlinjer av detta slag måste ta sin utgångspunkt just i de samlade kunskaperna "på fältet", bland de behandlare som dagligen konfronteras med missbrukarnas problem.

Intervjuer med behandlare

I linje med den sistnämnda uppfattningen har

socialstyrelsen ägnat en stor del av skriften åt en redovisning av sådana "fälfarenheter", inhämtade genom intervjuer och en skriftlig enkät med de behandlingsenheter som är speciellt inriktade på behandling av narkotikamissbrukare. Svaren från behandlarna (läkare, psykologer, socialarbetare) återges utförligt i skriften.

De tillfrågade behandlarna fick tre huvudfrågor. Den första avsåg en beskrivning av problemet:

- *Vilka är missbrukarnas viktigaste behandlingsbehov?*

Den andra gällde behandlingsinnehåll:

- *Vilka grundläggande behandlingsprinciper bör tillämpas för att behandlingsbehoven så långt möjligt ska kunna tillgodoseas?*

Den tredje rörde vårdens organisation:

- *Vilka krav ställer dessa principer för behandlingens innehåll på vårdens organisation?*

Vi ska här försöka antyda vad som skulle kunna beskrivas som en huvudlinje i svaren på de tre frågorna.

Vårdbehoven

I en rad svar underströks att det stora flertalet av alla dem som använt narkotika inte kan beskrivas som vårdbehövande över huvud taget. De "tunga" intravenösa missbrukarna utgör en helt liten andel av alla som provat narkotika.

För de intravenösa missbrukarnas del pekade många av de tillfrågade på vikten av en god akutvård. Behovet av psykiatrisk sjukhusvård för avgiftning och annan akutvård har blivit ännu tydligare efter den stegring av opiatmissbruket som ägt rum under de sista åren.

Från många håll betonades även betydelsen av att missbrukarnas ofta påtagliga somatiska vårdbehov blev föremål för uppmärksamhet — mer än vad som för närvarande ofta tycks vara fallet.

Men samtidigt inskärpte man genomgående

I en rad svar underströks att det stora flertalet av alla dem som använt narkotika inte kan betraktas som vårdbehövande över huvudtaget.

Från många håll betonades även betydelsen av att missbrukarnas ofta påtagliga somatiska vårdbehov blir föremål för uppmärksamhet.

att den rent medicinska sjukhusvården av narkotikamissbrukare enbart kunde ses som initial: "de verkligt svåra problemen kommer efter denna första fas." Det är i den långsiktiga behandlingens psykologiska bearbetning och sociala rehabiliteringsförsök som man har chans att åstadkomma varaktiga förändringar av missbrukarnas situation.

Vilka är då de problem och vårdbehov som i den långsiktiga behandlingen framstår som dominerande? Vilka är missbrukarnas "långsiktiga vårdbehov"? I det stora flertalet av behandlarsvaren beskrevs missbrukarnas grundläggande psykologiska problem som en relationsstörning. Missbrukarna har — och har sedan länge haft — en oförmåga att upprätta och upprätthålla nära och hållfasta relationer till andra människor. De har många kontakter — men ingen nära gemenskap. De känner många — men är i verkligheten ensamma och utanförstående.

Till detta kommer de "sociala" problemen: den sociala misär som de tyngre missbrukarna oftast lever i.

Behandlingen

Det svåra narkotikamissbruket kan ses som ett resultat av sådana psykiska och sociala problem. Missbruket konserverar eller förvärrar dessa problem ytterligare, och det orsakar dessutom individen allvarliga skador av olika slag. Missbruksfrihet är därför ett självklart behandlingsmål. Men en förutsättning för att nå även detta delmål för behandlingen är att de förhållanden som drivit individen till missbruk bearbetas.

En rad av de tillfrågade behandlarna underströk att missbrukarnas "relationslöshet" och "utanförstående" måste ses mot bakgrund av att de under sin uppväxt och senare utsatts för en lång rad svåra besvikelser i sina kontakter med andra människor, något som grundlagt en djup

... att det måste bli ett slut på den destruktiva "rundvandring" i vårdapparaten med ständigt nya behandlarkontakter som många missbrukare hittills har utsatts — eller utsatt sig — för.

misstro med starka garderingar mot nära relationer till andra.

Det måste vara en uppgift för den långsiktiga behandlingen att försöka bryta denna misstro genom att erbjuda missbrukaren en långvarig, trygg och emotionellt betydelsefull kontakt. Personkontinuitet — så långt möjligt kontakt med en och samma behandlare under hela behandlingsförloppet — framstår därför som en central, men inte sällan försummad behandlingsprincip.

I konsekvens med denna syn inskräptes i svaren på frågan om vårdens organisation att det måste bli ett slut på den destruktiva "rundvandring" i vårdapparaten med ständigt nya behandlarkontakter som många missbrukare hittills har utsatts — eller utsatt sig — för.

Den relativa enigheten

Detta sätt att uppfatta problemen — där man med utgångspunkt från missbrukarnas relationsstörningar ser den långsiktiga behandlingen som en relationsbearbetning med personkontinuitet som den grundläggande behandlingsprincipen — återkom i svar efter svar. I denna analys läggs stor vikt vid de sk bakomliggande psykiska och sociala problemen — utan att man för den skull bagatelliserar själva missbruket eller ser bort från de akuta problem som missbruksvanan ("beroendet") skapar. I flertalet svar var det här inte fråga om någon motsättning, utan om ett slags självklart både/och.

Det var långtifrån det enda avseende där det förelåg en hög grad av samstämmighet bland de tillfrågade. Det gällde tvärtom nästan alla de centrala frågeställningarna. Det är viktigt att peka på denna relativa enighet bland dem som arbetar med frågorna på fältet, eftersom den så påtagligt kontrasterar mot den sedan flera år tillbaka starkt polariserade allmänna narkotikapo-

litiska diskussionen.

Fem problemområden

Efter denna överblick ska vi något utförligare beröra vissa problemområden som har varit, och säkert kommer att förbli, föremål för ett betydande intresse i diskussionen. Vi har valt att ta upp följande frågeställningar:

- Hur omfattande är missbruket?
- Hur (o)tillräckliga är vårdresurserna?
- Hur bör narkomanvården organiseras?
- Vilken roll bör tvånget spela i narkomanvården?
- Vad vet man om behandlingens resultat?

Vi håller oss därvid alltså huvudsakligen till "Behandling av narkotikamissbrukare", men med vissa kommentarer därutöver.

Missbrukets utbredning

Under de senaste åren har antalet personer som prövat på narkotika ökat relativt snabbt. Vid en bedömning av den totala missbrukssituationen finns det emellertid skäl att skilja mellan olika grupper av missbrukare. Det kan då konstateras

1. att flertalet av dem som använt narkotika slutar med det efter ett fåtal missbrukstillfällen — nästan alla inom denna grupp har uteslutande använt cannabis;
2. att en något mindre grupp har använt narkotika ett flertal gånger — även bland dessa är cannabis det dominerande missbruksmedlet; samt
3. att i jämförelse med grupperna 1 och 2 är det ett jämförelsevis litet antal som tillhör gruppen svåra missbrukare. Till denna kategori räknas främst de avancerade injektionsmissbrukarna.

Beträffande förändringar av missbrukets omfattning och art sedan slutet av 1960-talet, då narkomanvårdskommittén presenterade resultaten från en rad undersökningar, kan man vidare konstatera att

- antalet unga som tillfälligt "experimenterar" med hasch tycks öka — men att det stora flertalet avbryter dessa "experiment" utan att

Sammanfattningsvis bör framhållas att medan cannabismissbruket blir allt vanligare har man inte kunnat avläsa någon klar tendens till ökning totalt sett av det avancerade injektionsmissbruket.

pröva på starkare narkotika:

- även den grupp som använt cannabis ett flertal gånger har ökat i omfattning;
- ingen avgörande förändring har ägt rum när det gäller omfattningen av centralstimulantiassmissbruket;
- injektionsmissbruk av preparat av opiattyp (främst morfinbas) har fått en vidare spridning, framförallt i södra Sverige och Stockholmsområdet.

Sammanfattningsvis bör framhållas att medan cannabismissbruket blir allt vanligare har man inte kunnat avläsa någon klar tendens till ökning totalt sett av det avancerade injektionsmissbruket.

Denna bild av missbrukssituationen baserar sig främst på undersökningsresultaten från de årligen återkommande frekvensstudierna rörande inskrivningsskyldigas och studerandes missbruksvanor och vidare på statistiska och andra uppgifter från olika åtgärdsområden (tull, polis, domstolar, kriminalvård, sjuk- och socialvård).

Såväl frekvensstudierna som andra större undersökningar på narkotikaområdet har hittills genomförts relativt oberoende av varandra. Detta har givetvis inneburit att jämförelser mellan de olika undersökningarna endast med svårighet kunnat göras. Varje undersökning tillämpar exempelvis sina principer för indelning av undersökningspopulationen i olika kategorier på grundval av uppgifter om antal konsumtionstillfällen, använt preparat och intagningsätt. Samtidigt med arbetet på att utveckla och förbättra undersökningarna var och en för sig pågår sedan något år tillbaka diskussioner mellan berörda myndigheter om möjligheterna att få till stånd en större samordning. Centralt i detta sammanhang är givetvis huruvida man kan enas om en gemensam begreppsapparat.

Även på det åtgärdsstatistiska område har behovet av operationella och enhetliga definitioner stor aktualitet. Inför det nordiska narkotikaforskningsymposiet i Finland hösten 1973 (det andra i en serie på fyra symposier som anordnas i syfte att samordna olika insatser för narkotikaforskning på nordisk basis) har en arbetsgrupp med representanter från svenska kommunförbundet, landstingsförbundet, socialstyrelsen och statistiska centralbyrån utarbetat en rapport som dels ger en översikt över förekommande narkomanvårdsstatistik i Danmark, Finland, Norge och Sverige, dels redovisar kommentarer och synpunkter på tillgänglig statistik.

Av rapporten framgår att de statistiska uppgifterna ofta bedöms som helt oanvändbara som underlag exempelvis för vårdplanering bland annat till följd av oklarheter om vad som avses med beteckningar som narkoman, narkotikamissbrukare, läkemedelsmissbrukare etc. Vidare har framförts önskemål om att även åtgärdsstatistiken ska skilja mellan olika grupper av missbrukare alltefter missbrukserfarenhet.

Ansträngningarna att samordna den statistiska informationen om missbrukets utbredning kommer rimligtvis att leda fram till ett bättre kunskapsläge på detta område. Därigenom skulle också risken minska för att lösa spekulationer om missbruksutvecklingen tillåts styra samhällets insatser mot missbruket.

Vårdresurserna

De samlade behandlingsresurserna med särskild inriktning på vård av narkotikamissbrukare omfattade i januari 1973 ett 15-tal öppna mottagningar, drygt 180 platser vid narkomanvårdsavdelningar inom den slutna psykiatriska sjukhusvården, 145 platser fördelade på 13 behandlings- och inackorderingshem för narkotikamissbrukare samt drygt 200 platser vid 4 ungdomsvårdsskolor

Av rapporten framgår att de statistiska uppgifterna ofta bedöms som helt oanvändbara som underlag exempelvis för vårdplanering.

särskilt avsedda för vård av narkotikamissbrukare.

Specialinriktning på narkotikamissbrukare förekommer även i viss utsträckning inom andra vårdformer än de nu nämnda. Byrån för lägerverksamhet och familjevård inom Stockholms barnavårdsnämnd har till exempel kontakt med ett 60-tal familjer som uteslutande tar emot ungdomar med narkotikaproblem. Andra exempel på kompletterande behandlingsmöjligheter för narkotikamissbrukare är lägerverksamhet, kollektiv, länkverksamhet, kontaktverksamhet och intensivterapi. Flera av dessa annorlunda vårdformer har utvecklats inom de cirka 10 frivilliga organisationer som — delvis med statligt stöd — bedriver verksamhet på narkomanvårdsområdet.

Trots att narkotikamissbrukare även i viss utsträckning erbjuds vård inom ramen för samhällets allmänna sjuk- och socialvård är de tillgängliga vårdresurserna uppenbart otillräckliga. Som tidigare framhållits har någon minskning, totalt sett, av det tunga missbruket inte kunnat konstateras, varför narkomanvårdskommitténs uppskattningar (1969) av erforderliga vårdresurser alltså är giltiga. Kommitténs förslag till utbyggnad av narkomanvården har emellertid inte ens tillnärmelsevis förverkligats. Resursbristen har länge varit särskilt påtaglig när det gäller behandlings- och inackorderingshem samt öppenvårdsenheter. En bidragande orsak har troligen varit statsbidragsreglernas stela utformning, vilket i sin tur medfört att anvisade medel inte utnyttjats till fullo.

Det senaste året har man dock kunnat märka ett ökat intresse och ökad aktivitet såväl från kommuner och landsting som från statsmakternas sida när det gäller satsningar på narkomanvårdsområdet.

.....
I och med riksdagens antagande av proposition 1973: 115 har också statsbidragen till narkomanvård utökats och bidragsreglerna förenklats.
.....

I och med riksdagens antagande av proposition 1973: 115 har också statsbidragen till narkomanvård utökats och bidragsreglerna förenklats. De tidigare kraven på att vårdcentraler, för att kunna erhålla statligt bidrag, skulle ha tillgång till akutvårdsplatser och jourverksamhet och vara avsedda huvudsakligen för narkotikamissbrukare under 25 år har tagits bort. Maximibeloppet för driftbidrag till behandlingshem har höjts väsentligt. Vidare har statsbidrag införts för vård av narkotikamissbrukare i enskilt hem (bidrag kan utgå till kommuner och uppgår till 300 kronor i månaden per plats). Ytterligare medel har också anvisats för bidrag till försök med nya vård- och behandlingsformer. Slutligen har under en försöksperiod på två år medel anvisats för ersättning till kommuner som bedriver social jourverksamhet.

Det är ännu för tidigt att uttala sig om huruvida de nya och utökade statsbidragen är en tillräcklig stimulansfaktor när det gäller att avhjälpa resursbristerna på narkomanvårdsområdet.

Vårdorganisationen

Under de senaste åren har ett organiserat samarbete kring enskilda fall byggts upp på olika håll i landet. Dessa vårdsamarbeten, som samtliga inneburit förstärkt personkontinuitet i relationen behandlare/behandlargrupp — klient, har organiserats utifrån delvis olika modeller.

En typ av lösning innebär att flera olika vårdmoment (en sjukhusavdelning, ett behandlingshem etc) samlas till en enda vårdresurs med gemensam ledning och under gemensamt huvudmannaskap.

Men det är också nödvändigt att finna modeller för en samordnad behandling över huvudmannaskapsgränserna. På vissa håll har man också kommit långt i sådant samarbete mellan primär- och sekundärkommunal behandlingsenheter.

Flera av de skilda typer av vårdsamarbeten som nu har kommit igång kan beskrivas som "vårdbassystem", där en bestämd behandlingsenhet har huvudansvaret för att personkontinuiteten upprätthålls genom hela behandlingsförloppet.

I "Behandling av narkotikamissbrukare" förutsätts vårdansvaret för narkomanvården förbli delat mellan primärkommuner och landsting. En viss förskjutning i primärkommunal riktning förordas dock.

Från flera synpunkter lämpligast är att förlägga dessa "basfunktioner" till en öppenvårdsenhet, som nära samarbetar med områdets resurser för institutionell vård.

I "Behandling av narkotikamissbrukare" förutsätts vårdansvaret för narkomanvården förbli delat mellan primärkommuner och landsting. En viss förskjutning i primärkommunal riktning förordas dock. Tidigare har det betraktats som ett i första hand landstingskommunalt ansvar att se till att särskilda behandlingshem och öppna mottagningar för narkotikamissbrukare kommer till stånd i tillräcklig omfattning.

Nu framhåller socialstyrelsen att det framstår som "lika rimligt att behandlingshemmen och de öppna mottagningarna har primärkommunalt huvudmannaskap". Man gör detta uttalande mot bakgrund av den faktiska utvecklingen: på flera håll i landet har primärkommuner tagit på sig ett huvudmannaansvar för denna del av vårdorganisationen.

När är tvångsvård nödvändig?

Den allmänna diskussionen förs ibland som om det vore möjligt att svara ett enkelt "ja" eller "nej" på frågan om narkomanvården ska bedrivas tvångsmässigt eller frivilligt. Naturligtvis är en sådan absolut "entydighet" inte möjlig. I "Behandling av narkotikamissbrukare" diskuteras utförligt problemet om tvångsvårdens grad av ofrånkomlighet. Några generella formler, giltigt i alla situationer, om när tvångsvård bör tillgripas kan naturligtvis inte ställas upp — men väl vissa allmänna slutsatser. Socialstyrelsen sammanfattar sina ställningstaganden i sex punkter:

"1. Vården av narkotikamissbrukare måste, som fastslogs senast av 1972 års vårriksdag, i första hand bygga på frivillighet.

2. Goda resurser för frivillig behandling minskar — även om de inte kan eliminera — behovet av tvångsätgärder. Detta är ett av argumenten för en utbyggnad av de frivilliga behandlingsresurserna.
3. Vidden av tvång, som den avgränsas av nu gällande lagstiftning, är tillräcklig.
4. Det kan finnas skäl att oftare än hittills använda tvångsätgärder enligt barnavårdslagen, men bara under förutsättning att det finns ett meningsfullt innehåll i tvångsvården och att tvånget är kortvarigt.
5. Det finns anledning att ytterligare uppmärksamma de möjligheter som LSPV (lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall) ger att använda försöksutskrivning i de fall tvångsätgärder bedöms vara nödvändiga i den fortsatta behandlingen efter sluten psykiatrisk sjukvård.
6. Det kan finnas skäl att inom ramen för de indikationer för tvångsmässigt anordnad vård som anges i gällande lagar pröva lagkonstruktioner som möjliggör lagstadgat korttidstvång samt vissa former av så kallat kontraktstvång (tvång som överenskommes mellan behandlare och klient)."

Socialstyrelsen ställer sig alltså under vissa förutsättningar positiv till att existerande tvångsvårdsbestämmelser i barnavårdslagen oftare kommer till användning och till att ett par nya former av tvång prövas. Inför den debatt som kan väntas i dessa frågor under det kommande året bör man emellertid samtidigt observera att socialstyrelsen avvisar tanken på en vidgning av gällande indikationer för tvångsvård.

Det kan finnas skäl att inom ramen för de indikationer för tvångsmässigt anordnad vård, som anges i gällande lagar, pröva lagkonstruktioner, som möjliggör lagstadgat korttidstvång samt vissa former av s k kontaktstvång (tvång som överenskommes mellan behandlare och klient).

Behandlingens resultat

En av de punkter där nära nog total enighet förelåg bland de av socialstyrelsen tillfrågade behandlarna gällde en fråga om behandlingens resultat. Nästan undantagslöst avvisades den totala vårdpessimismen, enligt vilken det knappast är möjligt att inom ramen för dagens narkomanvård rehabilitera narkotikamissbrukare.

För egen del fastslår socialstyrelsen det nödvändiga i "att med bestämdhet avvisa den totala vårdpessimismen, inte bara för att den är grundlös utan också därför att den på flera sätt kan antas ha en starkt negativ verkan... Den hämmar sannolikt narkomanvårdens utbyggnad och den reducerar tron på missbrukarnas möjligheter

att komma bort från missbruket och förändra sina liv. Vårdpessimismen fungerar därigenom som en negativ 'självuppfyllande profetia'. Den negativa förutsägelsen tenderar att göra sig själv sann. Om både behandlare och missbrukare upplever en stark pessimism inför behandlingens möjligheter ökar sannolikheten för höga återfallstal."

Kurser

En studiehandledning har utarbetats till "Behandling av narkotikamissbrukare" och i samarbete med socialstyrelsen planerar kommunförbundet en bred kurs- och konferensverksamhet med skriften som utgångspunkt.

Alkohol och narkotika

Specialtidskrift som

- bevakar alkohol- och narkotikapolitiken
- drar kontentan ur forskningsrapporter
- ger aktuell statistik
- redovisar erfarenheter inom vård och behandling
- belyser informationsbehov och upplysningsverksamhet
- står öppen för saklig debatt
- ges ut med nio nummer om året av CAN, Riksskatteverket, Skolöverstyrelsen och Systembolaget

Pris 20 kr. Prenumerera för 1974 nu så erhålles också resterande tre nummer 1973. Postgiro 3059—3.

CAN, FACK, 102 50 STOCKHOLM 27, TEL. 08—67 97 20.