

Narkomanvården vid Ulleråkers narkomanvårdsklinik

Jan^e H Eriksson

K Gunnar Götestam

Narkomanvård har sedan 1966 förekommit vid forskningsavdelningen vid Ulleråkers sjukhus. Sedan 1967 har vården ägt rum vid en specialavdelning. Vårdens utformning vid denna avdelning har fortlöpande förändrats. En rad behandlingsmetoder har systematiskt etablerats både vad gäller medicinsk och individualpsykologisk behandling och miljöterapi.

De nuvarande behandlingsprinciperna beskrivs i nedanstående artikel av bitr överläkarna Jan H. Eriksson och K. Gunnar Götestam, båda verksamma vid Ulleråkers sjukhus forskningsavdelning.

Bakgrund

Sedan slutet av 1966 har man tagit emot narkomaner för vård vid Ulleråkers Forskningsavdelning. Dessa patienter vårdades till att börja med tillsammans med övriga psykiatriska patienter, vilket man snart fick dåliga erfarenheter av. Ett år senare stod den första specialavdelningen klar med enbart manliga narkomaner. Efter ytterligare två år tillkom en särskild avdelning för kvinnor. Det första försöket till strukturering av den manliga avdelningen innebar en modell för socialpsykiatrisk rehabilitering med viss schemalagd aktivitet på veckoprogrammet (Gadd 1969). 1970 lades verksamheten om vid mansavdelningen (avd. 106) efter miljöterapeutiska principer och samtidigt startades ett forskningsprogram i syfte att beskriva och utvärdera denna behandling. Den kvinn-

liga avdelningen fick sin första fasta struktur 1971 då ett modifierat teckenekonomisystem infördes (Melin, Götestam, 1973). Från och med sommaren 1972 gick de bägge avdelningarna samman och numera sker praktiskt taget all behandling på avdelning 106 som alltså är tvåkönad.

Redan i början av 1967 påbörjades ett metadonunderhållsprogram (Dole, Nyswander, 1965) för en liten grupp morfinister (Eriksson 1970a, 1970b; Gunne, Eriksson, 1972). Sådan behandling pågick under de första tre åren inom ramen för det betydligt större drogfria programmet. Blandningen av patienter som erhöll någon form av medicinsk underhållsbehandling med sådana som genomgick drogfri rehabilitering var ur såväl terapeutisk som vetenskaplig synpunkt olämplig. Därför flyttade man ut metadonbehandlingen till andra lokaler så snart resurserna det medgav. Ett särskilt aktiveringsprogram för patienter under metadonbehandling finns beskrivet (Götestam, Melin, 1973a).

Avdelningens struktur

Vårdavdelningen 106 är delad i två halvor med 11 platser vardera. Den ena delen är intagningsavdelning med uppgift att avgifta nyintagna patienter. Avgiftningen sker under fortlöpande urinkontroll. Vid behov används psykofarmaka och för behandling av morfinister med abstinenssymtom sätts ett veckolångt metadonnedtrappningsschema in (Eriksson, 1972). När patienten är avgiftad kan han flyttas över till behandlingssidan. Under avgiftningstiden kontaktas patienten av personal som informerar om behandlingsprogrammet. Deltagande i den fortsatta behandlingen skall vara ett fri-

Denna undersökning har utförts med stöd av anslag nr B74-21X-3375 Statens Medicinska Forskningsråd samt Thånells minnesfond för psykiatrisk forskning.

villigt åtagande från patienten.

Den dagliga personalen består av åtta personer, en överskötare, tre sjukskötare/erskor och fyra mentalskötare. Personalens tjänstgöringsschema medger aldrig mer än fyra personal samtidigt på avdelningen. (Totalt inklusive nattpersonal är 18 personer anställda på avdelningen.) Några bland personalen är utsedd till s k kontaktmän. Dessa blir de personer som under patientens vistelse på avdelningen kommer att hålla en oavbruten kontakt med patienten från inskrivning till utskrivning och vilka återupptar kontakt med patienten vid eventuell nyintagning. Kontaktmännen i samarbete med kuratorn handleder patienterna i att ordna med sina personliga, sociala, ekonomiska och andra problem. Övriga personer vilka är knutna till avdelningen fungerar som konsulter, dessa är överläkaren, underläkaren, psykologen och kuratorn. Även personer utanför avdelningen deltar i behandlingskonferenser kring den enskilda patienten. Det kan vara övervakare, socialarbetare, arbetsgivare, anhöriga m fl.

I avdelningens veckoprogram ingår dagliga personalkonferenser, behandlingskonferenser där patienten deltar och stormöten 2—3 ggr i veckan.

Ett miljöterapeutiskt program

I sept 1970 startades ett behandlingsprogram vars huvudpunkter fastställdes i samarbete med samtlig personal under ett antal utbildningsveckor tidigare under sommaren. Man kom då fram till

1. att deltagandet i behandlingsprogrammet skulle vara frivilligt,
2. att avdelningsmiljön skulle vara drogfri och medicinfri, dvs avdelningsläkaren skulle i princip inte ordinera sedativa eller hypnotika,
3. att avdelningens samtliga resurser skulle utnyttjas i syfte att skapa ett terapeutiskt klimat, med öppen kommunikation i konferenser, grupper och stormöten,
4. att den ursprungliga hierarkiska strukturen skulle brytas ned och försök skulle göras att skapa en mera demokratisk modell, där alla deltagare skulle ges möjlighet att påverka avdelningsarbetet och behandlingen,

5. att ett utvärderingsprogram skulle löpa parallellt med behandlingen. I denna utvärdering skulle ingå registreringar av omsättningen i patient och personalgruppen, patienternas deltagande i veckoprogrammet, utsöndring av droger i urin under behandlingstiden samt patienters och personals attityder till behandlingen.

Under en två års period från programmets start 1970 gjordes 599 avgiftningar. Antalet patienter inskrivna vid avgiftsavdelningen var 285 och 54 % av dessa gick vidare till det frivilliga behandlingsprogrammet. Medelvårdtiden beräknad kvartalsvis under dessa två år har varierat mellan 17 och 30 dagar. Utsöndringen av droger i urin (opiater och centralstimulantia sammantaget) har varierat betydligt under de redovisade 24 månaderna. Under 17 månader har den legat under 20 % av antalet analyserade prover (avgiftningsavdelningen givetvis oräknad). Vid övriga 7 månader har den tidvis gått upp till 35 %.

Attityder till behandlingen har studerats med en generell attitydskala vilken är en tillämpning av den experimentella semantiken (Osgood, 1952). Skalan har använts tidigare i en svensk version för studier av attityder till undervisning (Jerke-dal m fl 1966). Den består av en skala från 6 till 42, där 6 poäng motsvarar den mest negativa och 42 poäng den mest positiva inställningen. Patienternas attityd till avdelningens behandlingsprogram som helhet har varierat mellan 26 och 36 poäng, vilket kan jämföras med personalens inställning som varierat mellan 27 och 33. Attityderna mätta på detta sätt uppvisar tidvis stora spridningar, främst i patientgruppen. I huvudsak har de dock legat väl uppe på den positiva delen av skalan. Attityd till enskilda företeelser på avdelningen t ex dagliga urinprovtagningen för kontroll av drogfrihet är genomgående lägre skattat och ligger mellan 20 och 30 poäng. Höga poäng har noterats för attityd till tvåkönad avdelning som i genomsnitt legat på 38 poäng för såväl patienter som personal.

Registrering av patienternas deltagande i veckoprogrammet var till en början svårt att få ett pålitligt mått på, men förbättrades avsevärt efter in-

förande av det nedan beskrivna teckenekonomi-systemet.

En tecken-ekonomi

I feb 1973 startades ett program som hämtat komponenter från flera av våra tidigare narkomanvårdsprogram. De aktiviteter som patienterna kan utföra inom avdelningens ram består dels i sådana aktiviteter som alltid finns på en konventionell psykiatrisk avdelning, dels nyare aktiviteter som framkommit i de tidigare programmen. En icke ringa del består därutöver i nya förslag som kommit från patientgruppen, som blivit alltmera intresserad att ha tillgång till en stor mängd aktiviteter. En provkarta på aktuella aktiviteter finns i *tabell 1*. Aktiviteterna är åsatta poängsatser, alltefter hur mycket tid aktiviteten tar, hur arbetsam den är och hur tråkig den är. Dessa aktiviteter är

Tabell 1. Olika poänggivande aktiviteter

Aktivitet	Poäng
1. Uppstigning	1
2. Morgonsamling	2
3. Motionspromenad	3
4. Sängbäddning	1
5. Städning av eget rum	2
6. Gymnastik	5
7. Matlagningskurs	2
8. Lektioner (svenska, psykologi)	5
9. Badresa	3
10. Planerade utflykter	4—11
11. Lämna urinprov	1
12. Inköp	2
13. Kaffekokning	2
14. Köksarbete	3
15. Servering	2
16. Städning av dagrum	3
17. Städning av musikrum	2
18. Städning av matsal	2
19. Städning av tvätttrum	3
20. Städning av badrum	4
21. Städning av toaletter	5
22. Arbetsterapi	5
23. Behandlingskonferens	3
24. Inbjudan till gästbesök	2
25. Värdskap för gästbesök	3
26. Förberedelse av stormöte	3
27. Arbete eller studier utanför sjukhuset	6—16

sedan knutna till olika förmåner, som kan erhållas för de insamlade poängen. Vilka förmåner som kan förtjänas på detta sätt framgår av *tabell 2*. Tillgång till friförmåner (frigång och permission) kan erhållas endast under förutsättning att minst 15 poäng insamlats genom utförda aktiviteter per dag.

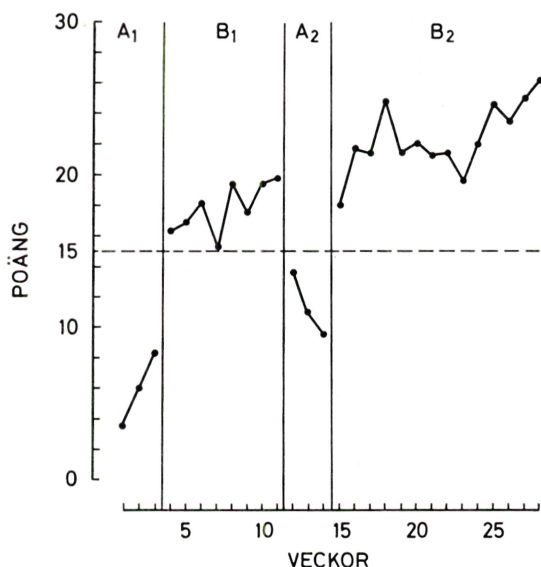
Tabell 2. Förmåner och aktiviteter som kostar poäng.

Aktivitet	Poäng
1. Frigång efter kl 16	0
2. Frigång före kl 16	5
3. Permission heldygn (mån—fre)	15/dag
4. Permission heldygn (lör—sön)	5/dag
5. Cigarretter	5/pkt
6. Läskedrycker	2/fl
7. Sötsaker, choklad	1—5
8. Fukt	1
9. Tidningar	1—4
10. Biobesök	8

Med denna tecken-ekonomi får patienterna vissa fördelar som är ovanliga på en psykiatrisk avdelning. De är inte längre utlämnade till personalens mer eller mindre godtyckliga bedömningar för att få frigång etc, utan kan i stället själva bestämma när de vill ha frigång. Frigång är inte längre en förmån utan en rättighet, som patienten själv kan se till att han får. Han behöver inte komma i dispyt med personalen huruvida han är i tillräckligt gott skick för att få frigång. Han behöver inte ens fråga, eftersom regelsystemet är väldefinierat och lättillgängligt för patienter och personal. Patienten kan således själv påverka sin situation på avdelningen. Han kan också få frigång betydligt tidigare genom en högre aktivitet, än i en konventionell avdelningsmiljö.

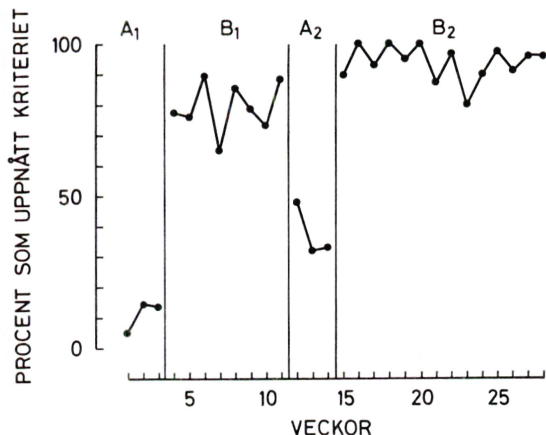
Figur 1 visar hur patienterna innan programmet infördes (motsvarande det miljöterapeutiska programmet, A 1) utförde aktiviteter motsvarande 3—8 poäng per dag. I och med att tecken-ekonomi-systemet infördes (B 1), steg aktiviteten omedelbart till 15 poäng (det kriterium som uppsatts) och däröver. I samband med problem med anslag, avbröts programmet, varvid aktiviteten omedelbart sjönk. Under denna treveckorsperiod (A 2)

Fig. 1. Genomsnittligt antal poäng per dag och patient under "baslinje" tre veckor innan tecken-ekonomi-programmet börjat (A 1), under åtta veckors program (B 1), under "reversering" då samma betingelser som före programmet rådde (A 2), samt efter ny start av programmet (B 2).



insisterade både personal och patienter på att aktivitetssystemet skulle återinföras snarast möjligt, vilket också gjordes (B 2). Denna förändring innebar åter en ordentlig höjning av aktiviteten på avdelningen. I figur 2 framgår proportionen patienter som dagligen uppnått kriteriet på 15 poäng, under de olika perioderna. En liktad tendens

Fig. 2. Proportion av patienterna som uppnått kriteriet 15 poäng per dag under "baslinje" (A 1), under programmet (B 1), under "reversering" (A 2) samt då programmet startat på nytt (B 2).



visar sig i alla delaktiviteter i mer eller mindre uttalad grad (se Öst, Götestam, Melin, 1973).

Aktiviteten på avdelningen är inget självändamål, och är i sig givetvis inte tillräcklig åtgärd för att hjälpa en narkoman. Den är emellertid en ram inom vilken man kan arbeta med övriga problem. Förutom den ökade aktiviteten på avdelningen har en förändring av stämningen på avdelningen inträffat. Personalen har inte längre anledning att tjata på patienterna för att de inte gör det ena och det andra i aktivitetssväg, utan är i stället imponerade av patienternas aktivitet och berömmar dem för det. Detta har inneburit en klart förbättrad kommunikation mellan personal- och patientgruppen vilket inte minst märkts i de stormöten som hållits.

Dessutom ökar patienternas bearbetning av sina problem, deras aktivitet med att ordna sådana praktiska saker som bostad och arbete, som i vissa fall även ger poäng i tecken-ekonomi-systemet, vilket ökar rehabiliteringsmöjligheterna. I efteruppföljning av det första aktivitetssystemet (på avd 104A) har det också visat sig att en signifikant högre proportion av patienterna som deltagit i aktivitetssystemet (38 % vid 12 månader) har förblivit drogfria och rehabiliterade jämfört med motsvarande grupper (13—20 %) vårdade på kliniken (Melin, Götestam, 1973).

Efteruppföljning och prognos

En fortlöpande utvärdering av behandlingsresultaten utförs vid kliniken av personal som ej är involverad i behandlingen. Vid en genomgång av de patienter som vårdats vid kliniken under 1970 har vissa för prognosen viktiga faktorer framkommit. Det är möjligt att förutsäga hur det kommer att gå för patienterna med säkerhet i 82 % av fallen, om man känner till följande fyra faktorer:

1. Antal doser (ej intravenöst = 0, 1—99 = 1, 100—999 = 2, mer än 1 000 = 3).
2. Sociala kontakter med drogfria kamrater (ja = 0, nej = 1).
3. Sociala kontakter med föräldrar och anhöriga (ja = 0, nej = 1).
4. Missbrukstid (antal år). (Frykholm m fl 1973).

Av denna undersökning framgår att två områden är oerhört viktiga för prognosen, nämligen själva drog beteendet som sådant (antal injektioner, missbrukstid) och sociala kontakter med icke-narkomaner (kamrater, föräldrar och anhöriga). I den framtida planeringen har vi därför sökt ta med dessa faktorer för att i behandlingen försöka påverka dem och därigenom om möjligt förloppet.

Social träning

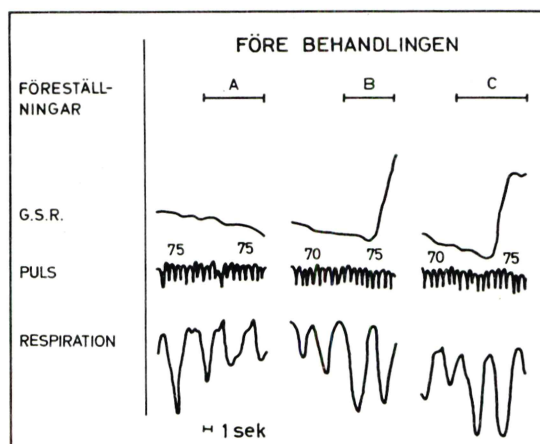
Under de senaste åren har osystematiskt prövats social träning i en del former. Dels har man sökt att komma åt sociala problem i gruppssamtal. Dels har man sökt att gemensamt lösa problem i stormöten, som förekommer 1—3 ggr per vecka. Med ett noggrant specificerat kompetensområde, har det visat sig att stormöten är ett mycket användbart instrument i detta sammanhang. Stormötet kan tex inte avskaffa sig självt, ta bort evalueringssystemet eller ta bort hela det pågående behandlingsprogrammet. Däremot kan det göra vissa bestämda förändringar i programmet, i avdelningsrutinerna etc. Om kompetensområdet är oklart, blir det oftare konflikter, som blir mer eller mindre olösta och därigenom negativt påverkar vården.

En annan verksamhetsform, som vi f n arbetar på att strukturera, är rollspelet med videofeedback, där patienterna får träna de situationer de själva upplever att de har problem med, under sakkunnig psykologhandledning. Detta spelas in på videoband, spelas upp, och man diskuterar det hela i en liten grupp på en patient och två personal. Man repeterar på nytt, tills man är överens om att patienten kan klara situationen tillräckligt för att han ska kunna känna sig säker i motsvarande situation i verkligheten.

Drogbeteende

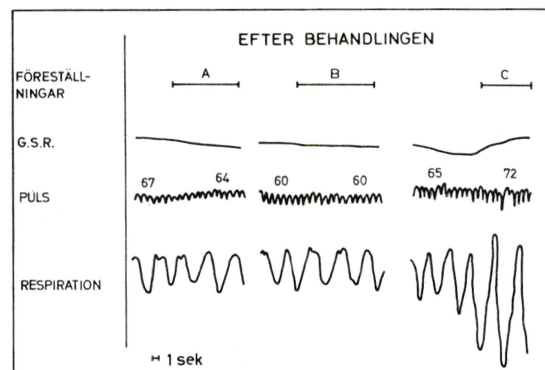
Själva drog beteendet kan angripas med olika metoder. Det vanligaste är olika aversiva metoder med droger som framkallar illamående eller med elektriska stötar. Detta är dock inte prövat så systematiskt att man har några säkra resultat att gå efter (för en översikt se Götestam, Melin, Öst, 1973).

Fig. 3. Fysiologiska registreringar på en patient som föreställer sig olika saker och situationer före extinktionsbehandlingen. A: Föreställning av en neutral situation. B—C: Föreställning av två drogsituationer.



Vi har i liten omfattning (fyra patienter) prövat en annan metodik benämnd "covert extinction". Den innebär att patienten får föreställa sig drogsituationen från det han skaffat drogen tills den injicerats. Patienten får föreställa sig denna situation, som tränas ett stort antal gånger, 10—15 gånger per dag under några veckors tid. Fysiologiska registreringar har visat att extinktion uppstår, och patienten reagerar inte längre på att se och höra om droger med den ångest och upprördhet som är vanligt (se fig 3 och 4). Tre patienter har också när de prövat att ta amfetamin efter så-

Fig. 4. Fysiologiska registreringar av samma patient som i fig. 3 efter extinktionsbehandlingen. A—B: Föreställning av injektionssituationen. C: Föreställning av en emotionellt laddad situation som ej inkluderar drogstimuli.



dan behandling, inte längre känt någon "amfetamin-kick", och av de fyra patienter som behandlades med "covert extinction" har endast en återfallit till att ta amfetamin till efterkontrollen vid nio månader (Götestam, Melin, 1973b). En narkoman som kommer i kontakt med droger eller andra narkomaner när han är drogfri, återfaller mycket lätt, till stor del p g a sina autonoma ångestliknande reaktioner på situationen. När dessa reaktioner är extinguerade, kan denna relativt måttliga förändring vara tillräcklig för att hjälpa narkomanen motstå åsynen av droger eller narkomaner.

Vi har velat beskriva något av den verksamhet som förekommer vid Ulleråkers narkomanvårds-klinik. Som framgår används en mängd olika former både för vård av narkomaner på särskild narkomanavdelning och för intervention och behandling av enskilda patienter.

REFERENSER

- Dole, V. P., Nyswander, M.:* A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: A clinical trial with methadone hydrochloride. *Journal of American Medical Association*, 1965, 193, 646—650.
- Eriksson, J. H.:* Metadonbehandling av opiatnarkomaner i Sverige. *Läkartidningen*, 1970a, 47, 849—852.
- Eriksson, J. H.:* Methadone maintenance treatment of opiate addiction in Sweden. *Proceedings of the Third National Conference on Methadone Treatment*, 1970b Washington D C.
- Eriksson, J. H.:* Morfinabstinensens behandling. 197 avgiftningar från opiat. *Läkartidningen*, 1972, 22, 849—852.
- Frykholm, B., Gunne, L.-M., Huitfeldt, B., Sonnan-der, K.:* Prognosstudier i narkomanvård. *Läkartidningen*, 1973, 70, 2579—2582.
- Gadd, K.:* Rehabilitering av narkomaner. *Läkartidningen*, 1969, 66, 673—676.
- Gunne, L.-M., Eriksson, J. H.:* Treatment of methadone dependence with alpha-di-acetylmethadol. *Symposium on Pain*, 1972.
- Götestam, K. G., Melin, L.:* A modified token economy with patients in a methadone maintenance treatment program. *Proceedings of the Fifth National Conference on Methadone Treatment*, 1973a, Wash- ington D C.

Götestam, K. G., Melin, L.: Covert extinction of amphetamine addiction. *Behavior Therapy*, 1973b, 4, in press.

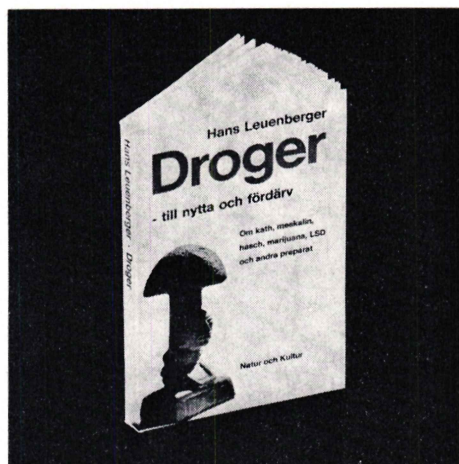
Götestam, K. G., Melin, L., Öst, L.-G.: Behaviour modification techniques in the treatment of drug addiction. Paper read at the Third European Congress on Behaviour Therapy, Amsterdam 1973.

Jerkedal, Å., Gärden, J., Mårdberg, B.: ATU-skalan. Konstruktion och tillämpning av ett generellt mät-instrument för bestämning av attityder till utbildning. Stockholm, 1966.

Melin, L., Götestam, K. G.: A contingency manage- ment program on a ward for intravenous amphetamine addicts. *Journal of Behavior Therapy and Ex- perimental Psychiatry*, 1973, 4, in press.

Osgood, Ch. E.: The nature and measurement of meaning. *Psychological Bulletin*, 1952, 49, 197—237.

Öst, L.-G., Götestam, K. G., Melin, L.: A modified token economy in drug-free drug addiction treatment. Paper read at the Third European Congress on Be- haviour Therapy, Amsterdam, 1973.



Om hasch, marijuana, kath, meskalin, LSD och andra preparat. Från dro- gernas äldsta historia fram till de se- naste forskningsrönen.

I bokhandeln! Ca 34: — inkl moms

Natur och Kultur



Box 6408, 113 82 Stockholm Tel. 08-34 06 60