

## **Förtjänstfull principskiss men problemets kvantitativa aspekter helt förbisedda**

Medicinska fakultetens i Göteborg yttrande över Narkotikaproblemet — del III Samordnade åtgärder resp del IV Socialmedicinska och kliniska undersökningar — återges nedan in extenso.

Fakulteten menar att en fruktbar diskussion rörande dagens narkotikaproblem i vårt land måste bygga på en begreppsmässig distinktion mellan från orsakssynpunkt skilda kategorier av narkotikamissbrukare. Fakulteten förordar att man i detta syfte lämpligen skiljer mellan en primär och en sekundär form av narkomani. I förstnämnda fallet domineras missbrukets orsaker mindre av fysisk eller psykisk abnormitet, utan är företrädesvis att söka i missbrukarens — mer eller mindre medvetna — livsinställning och samhällsattityd. I senare fallet, dit patienter med "klassiskt narkotikamissbruk" som regel kan hänföras, är missbruket oftast sekundärt till ett kroppsligt och/eller psykiskt lidande. Även om gränsdragningen mellan vad som här benämnts primär och sekundär narkomani icke är helt skarp, har den dock principiellt såväl som praktiskt värde för diskussioner rörande narkomanens övriga sociala och medicinska symtomatologi, tillståndets prognos samt överväganden rörande prevention och terapi.

Patienter med en sekundär narkomani företer, jämfört med dem ur kategorin primära missbrukare, en bättre prognos, även om prognosen i alla fall av avancerad narkomani är dyster. Missbrukaren med en sekundär narkomani har oftare en jämförelsevis välbevarad social omgivning att återvända till efter den inledande sjukvårdsperioden, liksom hans vårdmotivation efter avgiftningsfasen är jämförelsevis god. Detta medför att eftervården, med sin tyngdpunkt i psykoterapi resp socialt omhändertagande, blir väsentligt mindre problematisk och krävande i fallen av sekundär narkomani.

Mot här skisserade bild kontrasterar den dystra symtomatologin och prognosen för en missbrukare med primär narkomani. Såsom påvisats i bl a SOU 1969:53 är det inom socialvårdsklientelen i vid bemärkelse (social-, nykterhets-, barnavård- och kriminalvårdsklientelen) som "riskgrupperna" främst återfinnes. Även om de sekundära narkomanfallen ökat under senare år, är det bland de primära narkomanerna som den explosionsartade frekvensökningen ägt rum. Kommittén har uppskattat antalet svåra missbrukare i hela landet 1967 till omkring 10.000 utifrån en "case-finding survey" i Stockholm med insamling av personuppgifter från socialvårdsmyndigheter, polis, kriminalvård, skolor, psykiatriska vårdorgan, andra medicinska vårdorgan samt Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare. Med hänsyn till förfarandet för denna epidemiologiska exploration kan det enligt fakultetens åsikt på goda grunder antas, att materialet starkt domineras av fall med primärt narkotikamissbruk.

Antalet fall (10.000) uttrycker säkerligen ett realistiskt skattat minimibehov av vård inom narkomanklientelet. Behovet av vård i sin helhet, inefattande jämväl personer med lättare former av missbruk, låter sig visserligen inte uppskattas, men kan förmodas vara flerfaldigt större.

### **Psykoterapi eller ideologisk kraftmätning?**

Innehållet i ett medicinskt och socialmedicinskt vårdprogram är principiellt detsamma för primära och sekundära narkomaner. I båda fallen erfordras en initial behandlingsperiod (avgiftningen) i sluten vård med patientens drogfrihet som första förutsättning för en framgångsrik eftervård. Här möter man dock praktiska problem av olikartad karaktär bland primära resp sekundära missbru-

kare: de förstnämnda är vårdtekniskt betydligt svårare än de sistnämnda att engagera för en *lege artis* genomförd behandling. Eftersom missbruket hos de primära missbrukarna definitionsmässigt ingår i deras livsstil är vårdmotivationen både före och efter avgiftningen väsentligt sämre än hos de sekundära missbrukarna. Mot denna bakgrund ter det sig närmast ironiskt att i sammanhanget (SOU 1969:52, s 339 ff) föra en diskussion om vilken psykoterapeutisk metod som är att föredraga. Enligt fakultetens uppfattning är ingen av de traditionella metoderna för systematisk psykoterapi inom klinisk psykologi och psykiatri relevanta i denna situation, eftersom de klassiska indikationerna för sådan behandling saknas. I den mån man överhuvudtaget kan tala om psykoterapi av patienter med primär narkomani, skulle den närmast kunna karakteriseras som en ideologisk kraftmätning mellan vårdtagare och vårdgivare. Situationen för de senare blir inte klarare eller lättare av att argumentering från båda håll förs ut i massmedia, blir opinionsskapande och involveras i en mera allmän kulturdebatt. Denna situation, välkänd för de flesta som sysslat med narkotikaproblematiken, borde kommittén ha givit uttryck åt istället för att hänge sig åt orealistiska resonemang om psykoterapeutiska metodalternativ.

Den praktiska konsekvensen av vad här påpeks är att den medicinska omvårdnaden under inledningsskedet i slutenvård av patienter med primärt missbruk, oftast måste begränsas till den egentliga avgiftningen (fram till drogfrihet), åtgärder mot somatiska såväl som psykiatriska komplikationer till missbruket samt i övrigt en mera ospecifik stärkande behandling av patientens fysik och psyke. Den sociala omvårdnaden är i dessa fall oftast så pass komplicerad att den — med någon chans till framgång — med nödvändighet måste hänskjutas till eller handläggas i samverkan med ansvariga sociala vårdorgan.

Det sagda innebär följaktligen att man redan från kvalitativ synpunkt måste inskränka målsättningen för behandlingsprogrammet av patienter med primärt narkotikamissbruk. Av anförda praktiska skäl måste man ofta avstå från såväl psyko-

terapi som social omvårdnad, två hörnpelare i det klassiska socialmedicinska behandlingsprogrammet av narkomaner. Redan detta tyder på att sjukvårdsapparaten lider av en insufficiens då det gäller möjligheterna att tillgodose kraven på vård av dagens narkotikamissbrukarklientel.

Fakulteten anser det i viss mån beklagligt, att kommittén icke funnit anledning att någonstades klart avvisa metoden med s. k. liberalförskrivning av narkotika. Om kommittén hade visat större frimodighet på denna punkt skulle en för upplysningen belastande och numera helt överflödigt debatt slutgiltigt kunnat avvecklas. Att kommitténs uppfattning principiellt är densamma som fakultetens framgår av den kursiverade formuleringen sid. 329 under rubriken "Målsättning": "Drogfriheten skall uppfattas som ett slutgiltigt behandlingsmål".

### Den kvantitativa aspekten

Följande överväganden avser att belysa sjukvårdsapparatus möjligheter att från kvantitativ aspekt effektivt medverka till att bekämpa vårt aktuella narkotikaproblem. Kommitténs uppgifter om att man kan räkna med en förekomst av ca 10.000 svåra narkotikamissbrukare tillåter inte direkt en omräkning i vårdplatsbehov m m. Härför erfordras dessutom uppgift om bl a genomsnittlig vårdtid i slutenvård. Åsikterna härom är kontroversiella, och kommittén undviker att själv ta ställning därtill. Någon psykiater förordar enl kommittén en inledande korttidsbehandling på 3—6 veckor, andra åter (främst vissa amerikanska auktoriteter) förordar långtidsbehandling under ett år eller mer. Om man utgår från en relativt kort vårdperiod i slutenvård (genomsnittligt 4—5 veckor), representerar de förekommande 10.000 svåra narkomanerna i landet en vårdplatskonsumtion med helårdisposition av ca 1.000 psykiatriska vårdplatser. Enligt kommitténs frekvensberäkningar skulle motsvarande kalkyl för Göteborgs vidkommande innebära att inte ens hela psykiatriska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset skulle förslås ens under förutsättningen att den helt kunde disponeras för vård av svåra narkotikamissbrukare i staden. Till detta vill fakulteten foga kommenta-

ren att tillflödet av nya narkomaner resp recidiv hos aktuella patienter medför att situationen inte kan förväntas vända till det bättre med nuvarande utvecklingstrend.

Fakulteten delar kommitténs uppfattning att narkomanvården icke bör koncentreras till alltför stora vårdenheter, utan förläggas till mindre enheter om 10—12 vårdplatser. Av nyssnämnda påpekanden kan dock slutsatsen dragas att vårdbehovet motsvarar ett mycket stort antal sådana vårdenheter. Inom Göteborgs sjukvårdsförvaltning har man för närvarande blott två sådana enheter, en fristående och en inom ett psykiatriskt sjukhus. Härmed täckes följaktligen blott en ringa del av det faktiska vårdbehovet.

Till bristen på vårdplatser för att tillgodose behovet av vård kommer så behovet av personal. Proportionen vårdgivare:vårdtagare måste vara minst 1:1 enligt praktisk erfarenhet för institutionell vård av detta slag, vare sig den rubriceras som medicinsk eller social.

Mot dessa kvantitativa data beträffande behovet av narkomanvård, som bygger på siffror rörande svårare missbrukare och innefattar en nedprutad målsättning för vårdprogrammet, står de möjligheter till resursförstärkning som kan tillskapas. Fakulteten önskar i det sammanhanget erinra om socialstyrelsens senaste prognosutredning RUPRO 69, där man, bl a under hänvisning till alkoholist- och narkomanvården, kalkylerat med en årlig uppräknings av de psykiatriska vårdplatsernas antal till 3 %. För den vuxenpsykiatriska vården i hela landet räknar man med ett totalt tillskott av 138 läkartjänster under perioden 1970—1972.

Fakulteten saknar i kommitténs utredningar en diskussion av dessa och därmed sammanhängande kvantitativa vårdproblem. Av vad här anförts menar fakulteten att diskrepensen mellan behov och resurser inom narkomanvården är uppenbar och betydande.

### Resursbrister

Kommittén har utförligt diskuterat samordningen mellan olika samhällsätgärder för att bekämpa narkotikamissbruket. Häri ingår riktlinjer för sam-

verkan mellan sjukvård och socialvård i vid bemärkelse. Man avhandlar den sociala omvårdnaden av narkomaner i eftervårdsfas, uppsökande verksamhet enl socialhjälpslagen, upplysningsverksamhet m m. Även här har kommittén underlåtit att se problemet från kvantitativ aspekt och därigenom kommit fram till en principskiss som, förtjänstfull från kvalitativ synpunkt, är helt orealistisk i sitt genomförande. Resursbristen inom socialvårdsområdena, främst bristen på för ändamålet utbildad personal, lägger bestämda hinder i vägen för att kommitténs förslag skall kunna realiseras. Fakulteten har erfarenhet av att en i praktiken utbyggd samverkan mellan sjukvård och socialvård, av slag som inom narkomanvården föreslås av kommittén, åtminstone initialt ställer ömsesidigt ökade anspråk på de båda vårdsektorerna.

### Risken att vilseleda

Narkotikaproblemet är utan tvekan ett av dagens största och väsentligaste socialmedicinska problem, något som kommittén väl dokumenterat i sina betänkanden. Fakulteten delar uppfattningen att det, för att bringas till en lösning, måste attackeras från olika håll, där sjukvård och socialvårdande organ blott är delar av en större helhet. För statsmakterna såsom ytterst ansvariga, måste det i denna situation vara utomordentligt viktigt att få en klar bild av i vad mån och i vilken utsträckning man inom ramen för det samlade narkotikabekämpandet, kan påräkna hjälp från sjukvård och socialvård. Fakulteten nödgas framhålla att kommittén härvidlag icke lämnat en rättvisande bild av vårdområdenas resurser. Kvalitativa aspekter har genomgående tilldragit sig kommitténs uppmärksamhet före de kvantitativa. Fakulteten ser en fara i att kommittén härigenom dels tonat ned det hotfulla i narkomanvårdens insufficiens, dels riskerar vilseleda statsmakterna såväl som enskilda huvudmän till att tro att bl a sjukvården mäktar ta större andel i narkotikabekämpandet på sig än vad som svarar mot de faktiska realiteterna.