

socialmedicinsk
tidskrift

Allmän redaktion:

med. lic. E. Husmark, redaktör och ansvarig utgivare
fru Brita Bahrton, redaktionssekreterare

Vetenskaplig redaktion:

Prof. Gunnar Lindgren, Lund
prof. Ragnar Berfenstam, Uppsala
prof. Ragnar Bjurulf, Umeå
prof. Gunnar Inghe, Stockholm
prof. Bengt Lindegård, Göteborg

Industrivägen 13, Solna. Tfn 08/83 20 83
Postadress: Fack, Stockholm 60
Postgiro 11 79.

Narkomanvårdsfrågan — ett snett fall framåt

Av socialläkare Nils Bejerot, Stockholm¹

Svenskt utredningsväsende har ett stadgat rykte om sig att mala långsamt och mala väl. Men om man sovit länge, vaknat för sent och sedan under tidsbrist och tryck från en otålig allmänhet och överhet försöker mala fram en utredning på ett år blir resultatet därefter.

Narkomanvårdskommitténs första delbetänkande bjuder inte på mycket av vare sig nya insikter eller djärva åsikter, men tidsnöden kan inte förklara mer än en del av de många bristfälligheterna i betänkandet. Sedan man läst dokumentet känner man

sig besviken, vanmäktig och övertygad om att epidemin kommer att rulla vidare och snart troligen drabba även andra länder.

Definitionsfrågan

Redan inledningskapitlet om definitioner är illavarslande. 1964 reviderade WHO sina definitioner på detta område och övergav på goda grunder de mera teoretiska än praktiska addiction- och habituation-begreppen till förmån för ett enhetligt drug-dependence-begrepp, på svenska kanske bäst översatt till giftberoende. Kommittén har emellertid sett sig föranlåten att lansera en ny serie begrepp

¹) Förordnad som forskningsläkare i socialmedicin (narkomani) vid statens medicinska forskningsråd.

(narkomani, narkotikamissbruk, läkemedelsmissbruk och läkemedelsberoende) i form av hybrider mellan två oförenliga referenssystem — det juridiska och det medicinska. På detta sätt får exempelvis hachrökningen rang och värdighet av "läkemedelsmissbruk" (haschen är juridiskt klassad som internationellt narkotikum, och afrikanska och asiatiska medicinmän har i äldre tider använt hasch som läkemedel), medan den oftast svårare och psykiskt, socialt och även somatiskt allvarligare toxikomanin thinnernsiffning inte får plats i systemet, eftersom thinner kan köpas i färghandeln.

Alkoholerna var ju vårt främsta narkosmedel förr och kloroformens dagar och används som bekant i viss utsträckning för huskurer ännu idag. Alkoholismen skulle alltså i princip kunna få passera kommitténs nålsöga och bli accepterad som "läkemedelsmissbruk", medan hallucinogenframkallande blomsterfrön som *Ipomoea* obevekligen förvandlas till kameler i detta sammanhang; in släpps inte heller en rad andra syntetiska eller naturliga beroendeframkallande nervgifter.

I en bilaga försöker upsalasociologen Kaj Håkansson hjälpa kommittén ur begreppsförvirringen med en abstrakt matematisk modellbyggnad enligt kunskapsteoretisk metodik men hamnar tyvärr i en lek med ord. Toxikomanierna är biologiska fenomen och problemkomplex som uppenbarligen är svåra att fånga in i ett matematiskt rutnäst.

Epidemi i princip

Kommittén syns motvilligt acceptera teorin att den lavinartade spridningen av maligna toxikomaniformer — främst det intravenösa bruket av centralstimulantia — inom vissa ungdomskretsar i princip är en epidemi, även om smittämnet inte utgöres av mikrober och även om mottaglighet och resistens inte mäts i gängse immunologiska variabler. När det gäller den intravenösa toxikomaniformen är det to m fråga om direkt kontaktsmitta i överförd bemärkelse, eftersom den avancerade injektionstekniken måste läras från individ till individ. Kommittén har dock inte vågat dra de logiska konsekvenserna av epidemiteorin och diskuterar inte, än mindre rekommenderar, några som helst åtgärder för att försöka ringa in epidemin och få

den under kontroll enligt den kliniska epidemiologins behandlingsprinciper.

Enklare borde det ha varit för kommittén att ta upp frågan om de intravenösa toxikomanerna sprider omkring sig och som nu utgör ett ytterligt allvarligt hot mot blodtransfusionsverksamheten. Enbart det senaste året har ett 80-tal personer, verksamma inom blodgivning och dialysvård i Stockholm, drabbats av inkulationshepatit mot ett par enstaka fall för några år sedan. Hur många bräckliga dialyspatienter som fått sitt lidande förkortat genom denna hepatitepidemi inom toxikomaniepidemin är inte utrett. Men inte ens dessa alarmerande fakta och enkla samband står klara för kommittén. Beträffande en grupp om 40 intravenösa toxikomaner, som sökt hjälp hos RFHL, skriver kommittén aningslöst (sid. 137): "Gulsot hade förekommit hos 23 av dessa 40 fall. Det är dock ej klarlagt om sjukdomen i alla fall haft direkt samband med narkotikabruket." Vad begär man av evidens för att våga dra slutsatser?

Vården

När det gäller kroppsliga sjukdomar och flertalet nervösa sjukdomar brukar vårdmotivationen vara tillräcklig för att vederbörande söker vård; det gäller som regel även epidemiska och veneriska sjukdomar. Men toxikomanerna har, oavsett om de är alkoholister, thinnernsiffare, morfinister eller preludinster, som regel en mycket bristfällig sjukdomsinsikt och vårdmotivation och närmar sig här på visst sätt affektpsukoserna. I betänkandets mest välskrivna och pregnant avsnitt (sid. 145—146) beskriver skyddskonsulent Märta Gabrielson hur vårdmotivationen ter sig i verkligheten för det aktuella klientelet.

Behovet av tvångsåtgärder

Trots den ofta obefintliga vårdmotivationen, den påtagligt höga smittsamheten och sjukdomens i många fall uttalat dåliga prognos med svår social invaliditet som följd, tycks tvångsmässigt initierad vård vara en mycket het potatis för kommittén. Man hänvisar till den nya lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall — och för de

yngre barnavårdslagen — och hävdar att behovet av instrument för tvångsåtgärder därmed är täckt.

Det är riktigt att dessa lagrum *medger* tvångsmässiga vårdingripanden, men det räcker inte med att man stiftar en lag, man måste också *ålägga* någon myndighet att effektuera lagen. De vaga rekommendationer kommittén riktar till socialnämnderna i Stockholm och Göteborg att organisera en uppsökande och vårdmotiverande verksamhet ställer man sig av flera skäl frågande till.

Socialnämnd eller nykterhetsnämnd

Samhället har konfronterats med en ny typ allvarliga insufficienssymtom, toxikomanier av epidemisk och annan typ, och genast är man beredd att rekommendera någonting som för tanken till ett nytt socialt symtomorgan. Kommitténs förslag skulle i praktiken innebära att de många vinddrivna och socialt nedgångna blandmissbrukarna skulle uppvaktas av ett tandempar av en nykterhetsassistent och en "läkemedelsmissbrukarassistent" från socialnämnden.

Vore det inte mera rationellt att låta nykterhetsnämndens assistenter ombesörja den uppsökande verksamheten, oavsett om toxikomanen dricker, äter, sprutar eller sniffar sitt nervgift?

Man frågar sig också varför kommittén tror att det behövs lagliga möjligheter till *sociala* åtgärder mot avancerat alkoholmissbruk och alkoholism men inte mot betydligt allvarligare toxikomaniformer? För den sociala uppspårningen och tillsynen av dem som inte är behandlingsmotiverade, i vissa fall administrativa frihetsberövanden på enbart sociala indikationer liksom den sociala efterkontrollen, d v s för de mera repressiva åtgärder, som blir ofrånkomliga i många fall, är det sannolikt riktigt att en samordning sker med nykterhetsnämndernas verksamhet än att lägga dessa uppgifter på socialnämnderna. Så har man också löst problemet i Norge och Finland. Kommittén är så avgjort emot dessa tankegångar, sannolikt beroende på att man inte tänkt sig möjligheten att dissociera medicinsk vård från social kontroll, att man förfaller till ologisk argumentation. Man hänvisar exempelvis till "negativa erfarenheter" av nykterhetsvårdens befattning med dåligt behandlingsmotiverade narko-

maner i grannländerna. Man borde ha talat om att dessa negativa erfarenheter består i att det visat sig olämpligt att blanda alkoholister och narkomaner i samma vårdenhet, däremot inte i att vården i vissa fall skulle vara tvångsmässigt initierad enligt samma lag.

Gemensam lag Skilda vårdformer

Att olika kategorier av vårdbehövande omhändertas enligt samma lag säger i och för sig ingenting om att de skall vårdas tillsammans eller ens av samma myndighet. Vanvårdade spädbarn och avancerade ungdomsbrottslingar omhändertas enligt samma barnavårdslag och vårdas kanske på barnklinik (sjukvårdsorgan) och ungdomsvårdsskola (socialstyrelsen). Vid Europas enda narkomansjukhus, Hov i Lund, som är ett psykiatriskt specialsjukhus direkt under Helsedirektoratet, är 70 procent av patienterna tvångsintagna genom nykterhetsnämnderna. Men man har ingen narkotikaepidemi av vår typ i Norge, deras fall är av annan och beskedligare karaktär, och behovet av tvångsåtgärder är därför väsentligt större i Sverige än i Norge. I den nya barnavårdslagen har man beaktat dessa aspekter; alkoholmissbruk är här som indikation jämställd med annat giftmissbruk. Mycket starka skäl talar för en liknande utformning av den svenska nykterhetsvårdslagen.

Däremot är det närmast en truism att toxikomanerna — i princip förstås även alkoholisterna — bör vårdas inom det psykiatriska vårdblocket, oavsett om de omhändertagits enligt lagen om sluten psykiatrisk vård eller en utvidgad nykterhetsvårdslag.

Läservård

Den vårdorganisation kommittén rekommenderar innebär inga principiella nyheter utöver vad Stockholms stads narkomanvårdskommitté skisserade i sin promemoria av den 12 september 1966. Det mest intressanta och djärva i stockholmskommitténs förslag — läservård i naturligt drogfri miljö — nämns bara i förbigående, och man har missförstått innebörden av det. Man hänvisar till att återanpassningen i storstadslivet skulle försvåras

om vården skedde på en avlägsen plats. Tanken var ju annars att den halvårslånga vårdperiod, som man i Norge och annorstädes funnit vara en minimivårdtid, om vården över huvud taget skall ha utsikt att leda till varaktig avvänjning och inte omedelbart resultera i en oförsvarligt hög recidivfrekvens, skulle kunna tillbringas i en lägerkoloni på landsbygden eller kanske ännu hellre på soligare latituder. Först därefter skulle den sociala inplanteringen i hemmiljö ske via en väl utbyggd eftervårdsorganisation med inackorderingshem och hela det batteri av sociala stödåtgärder, som blir erforderliga för att trygga det primära behandlingsresultatet. Några dussin rostfria sängar, ett uppbåd vitklädda sjuksköterskor och några välutrustade laboratorier kan man alltid få huvudmännen att satsa på i nuvarande läge, men med dessa konventionella grepp på vårdproblemen har man ingen som helst möjlighet att ta sig an de tusentals svårt sjuka och socialt insufficianta, som är indragna i massepidemin.

Öppen "vård"

Att kommittén tillskriver dr S-E Åhström uppslaget om lägervård, trots att det lanserades av en annan läkare i Dagens Nyheter den 2 juni 1966, är givetvis en oväsentlighet. Däremot är det inte oväsentligt att kommitténs redovisning av den åhströmska narkotikaförskrivningen lindrigt sagt är tendentiös. "Vissa av svårigheterna i samband med dr Åhströms förskrivning var svåra att på förhand förutsäga", säger kommittén urskuldande (sid 126). Hade man gjort sig mödan att sätta sig in i den rikliga internationella litteraturen eller lyssnat på dem som gjort detta, hade uppvaknandet inte blivit så plötsligt, smärtsamt och skuldbetonat. Att sedan blanda ihop dr Åhströms enorma förskrivningar av morfin och centralstimulantia för självmedicinering — som i många fall lett till mycket grava försämringar och svåra psykosor — med de amerikanska forskarna Doles och Nyswanders seriösa och löftesrika metadonbehandling av heroinister tyder antingen på att man vill blanda bort korten eller på oförsvarlig okunnighet. Även om kommittén med många hänvisningar till betänkandet kan styrka den fördelaktigare tolkningen, påminner dock denna sammanblandning mycket om de kortkonster

man såg på sin barndoms cirkus. För den åhströmska "försöksverksamheten", en av den svenska medicinalhistoriens märkligaste och lättsinnigaste äventyrligheter, har kommittén — och särskilt vårdgruppen — ett mycket tungt ansvar men ingen acceptabel ursäkt.

Oklart och otillräckligt

Tankeglidningar och begreppsförvirringar är legio i betänkandet, ibland travade på varandra: "Kommittén finner att beträffande dessa unga läkemedelsmissbrukare bör behandlingsmålet alltid innefatta avgiftning. Ambulant behandling bör ej ifrågakomma, eftersom dessa patienter ej kan betecknas som kroniker" (sid 139). En omtumlad läsare undrar säkert varför det behövs ett särskilt påpekande om att unga läkemedelsmissbrukare skall bli föremål för "avgiftning" eller varför de inte bör komma i fråga för "ambulant behandling". Är det meningen att de bör ha slutet vård därför att de "ej kan betraktas som kroniker"? Den som är förtrogen med kommittésekretariatets jargong får agera översättare: "avgiftning" = varaktig drogfrihet; "ambulant behandling" = (legal) narkotikaförskrivning!

Det är mycket annat som är märkligt i detta betänkande, men andra kritiker får väl ta vid. Man kan dock inte underlåta att framföra en stilla undran beträffande innebörden i kommitténs äskande om ett statligt anslag om en halv million till "konvalescentvård för narkomaner". Är detta tänkt som ett bidrag till landstingskommunerna, som enligt kommittén inte bara skall sörja för den direkta sjukvården utan även för eftervården, eller tänker medicinalstyrelsen åter engagera sig i direkta vårdssammanhang? Med hänvisning till de dystra erfarenheterna från mentalsjukvården bör eventuella aspirationer i den riktningen bestämt avvisas.

Några reservanter finns inte, men en ledamot har på grund av en längre utlandsvistelse inte deltagit i slutredigeringen av betänkandet.

Som aktionsprogram mot de snabbt expanderande epidemiska toxikomanierna är betänkandet helt otillräckligt. Men det kommer säkerligen att stimulera till en intensiv debatt på en mera realistisk nivå än hittills, och det är ju en god början.