

Nya riktlinjer behövs mot övergrepp i narkomanvården

Behandlingen av opiatnarkomaner i Sverige har länge präglats av en kultur där patienternas autonomi och delaktighet i vården grovt åsidosatts. Metadonprogrammen har förvandlats till lektioner i maktutövning gentemot denna utsatta patientgrupp, med bl a avstängning som vapen. Socialstyrelsen måste snarast utfärda nya föreskrifter mot övergrepp, förtryck och godtycke i vården.

Narkomaner har överlag ett dåligt rykte, både hos allmänheten och inom sjukvården. De anses manipulativa och allmänt opålitliga. Inte sällan skaffar de sig tillgång till recept på ytterligare olämpliga preparat, vilket bidrar till den negativa synen på dem. En utbredd uppfattning är att »narkomanbeteendet« är ett utslag av patienternas bristfälliga karaktär.

I vårt arbete med opiatnarkomaner har vi dock gjort observationer som pekar i annan riktning. En minoritet av patienterna, kanske en fjärdedel, har förvisso en personlighetsstörning eller drag därav. De fortsätter ett kriminellt liv även efter inställning på metadon eller buprenorfin, de ger upphov till bekymmer och kommer ofta i fokus.

Men hos den resterande majoriteten av underhållsbehandlade patienter försvinner »narkomanbeteendet« på ett sätt som framstår i kontrast till heroinister behandlade utan läkemedelsstöd. Föräldrar till patienter i underhållsbehandling noterar ofta att »så här var han innan heroinet kom in i hans liv«.

Det blir uppenbart att när drogsuget inte längre bryter ner annat målinriktat beteende går det att lotsa patienten till-

baka till samhället. Data från forskningskliniken vid Ulleråkers sjukhus visade att 70–80 procent av behandlade patienter blev skötsamma yrkesarbetande skattebetalare. De minskade samhällskostnaderna för en rehabiliterad kvinnlig heroinist beräknas till 1,63 miljoner kronor per år och för en manlig heroinist till 1,98 miljoner per år [1].

Erfarenheterna från Ulleråker var att vissa framgångsrika och skötsamma metadonpatienter efter ett antal år önskade försöka klara sig på egen hand, utan metadon. Tre av fyra metadonpatienter som prövat ett liv utan metadon lyckades undgå återfall, men en fjärdedel gick ned sig totalt och spolerade sin hälsa, sina sociala relationer och sin ekonomi.

Dessa stora risker ledde till slutsatsen att frivilligt behandlingsavbrott skulle få ske enbart på patientens eget initiativ. Majoriteten av patienterna insåg riskerna och valde trots stora yrkesframgångar att stanna kvar i behandling. Ofrivillig avstängning från behandlingen medför frekvent en återgång till heroin och hög dödlighet [2].

En stor oro uppstod därför i patientgruppen när Socialstyrelsen (SOSFS 1990: 16) beslöt att metadonbehandlingen skulle ses som en tidsbegränsad insats. Det var uppenbart att Socialstyrelsen och många politiska krafter länge velat stoppa behandlingen helt och hållet, men de hade fått ge vika för de goda resultaten. De nya föreskrifterna blev då en dålig halvmesyr.

Syftet med behandlingen var inte längre det medicinskt rimliga: att förhindra mortalitet och morbiditet och

leda till bättre livskvalitet. I stället angavs syftet med behandlingen vara att avsluta behandlingen! En hel generation av terapeuter formades av den kultur som blev resultatet.

På många håll utvecklades ett förhållningssätt till patienterna som kort sagt inte hör hemma i modern sjukvård och som inte skulle accepteras inom något annat sjukdomsområde. Detta är särskilt allvarligt på grund av behandlarnas maktposition i relation till denna utsatta patientgrupp. Socialtjänsten kunde få avgöra när patienten skulle få komma upp på väntelista, vilket innebar att personer utan medicinsk utbildning fick vetorätt mot beslut att inleda en potentiellt livräddande, evidensbaserad medicinsk behandling.

Ett annat sätt att hålla patienter utanför väntelistan blev uppbyggandet av en formalistisk utredningsapparat. Vissa missbrukare kunde få vänta i flera år på att få komma på väntelista, och först när det skett började väntetiden räknas i statistiken. Det är uppenbart att dessa åtgärder aldrig uppnått annat syfte än att ge behandlarna en maktposition.

En väl utförd behandling som inleds inom ett par veckor, och där socialtjänsten anlitas endast när så behövs, kan ge bättre resultat än vad som uppnås på



En majoritet av heroinister behandlade med läkemedelsstöd lyckas undgå återfall.

Foto: Jonas Lindkvist/Scanpix



MARKUS HEILIG
professor, Clinical Director,
National Institute on Alcohol
Abuse and Alcoholism, Bethesda,
MD, USA
markus.heilig@mail.nih.gov



LARS GUNNE
professor emeritus,
Stockholm
lars.gunne@gmail.com

mottagningar där månader först ägnas åt stora »utredningar« [3].

Inledningsvis krävs i regel på beroendemottagningarna att patienten skriftligen ska godkänna regler som ger avkall på lagstadgad sekretess, så att polis ska få ta del av journalen. I stället för rimliga incitament för arbete eller studier, hotas patienter som uteblir från påtvingad sysselsättning (för det mesta krattning av kyrkogårdsgångar) med avstängning från den medicinska behandlingen. Som ersättning för att låta analys av patientens egna behov styra insatserna i det enskilda fallet införs obligatoriska stödsamtal och obligatoriska psykoterapigrupper som avhandlar »bearbetning av sorgen över det elände du ställt till med under din tid som missbrukare« [4].

Därefter vidtar inställning av metadondosen, med omfattande diskussioner om hur patienten känner sig vid olika tillfällen under dygnet. Först efter sex till nio månader beräknas patienten vara inställd på sin dos (i själva verket bör en metadoninställning vara avklarad på sex veckor, och enkla strukturerade kliniska kriterier för dosanpassning har gett goda resultat).

Även själva utdelningen av läkemedel förvandlas till en lektion i maktutövning. Doser reduceras eller stryks för patienter som inte infinner sig i tid, och sjuksköterskor inom denna vård har fått en central maktposition. De bedömer utan läkarundersökning om patienten ser trött eller rödög ut, varvid sköterskan i patientens åsyn slår ut metadondosen i vasken med motiveringen att »du har antagligen varit ute och supit«.

I denna kultur blir behandlingen inte ett gemensamt projekt, där båda parter anstränger sig för att göra vad som är möjligt för att uppnå ett gott resultat. I stället frodas vad som vid närmare påseende är uppenbara övergrepp och förtryck.

På allt fler beroendemottagningar tillämpas »nolltolerans«, dvs inga urinprov får innehålla beroendeläkemedel av något slag; då utestängs patienten från behandling. I själva verket är förstås opioider i urinen tecken på behandlingssvikt och bör föranleda att behandlingen intensifieras, inte avbryts.

Utmärkta resultat kan uppnås genom att i dessa lägen konkludera att behandlingen är otillräcklig och höja metadon- eller buprenorfindosen [3, 5]. Naturligtvis kan man i enstaka fall behöva avbryta behandlingen om patienten beger sig

in i nya missbruk av medel utanför opiatgruppen, med risk för överdoser. Detta är dock något annat än att bestraffa behandlingssvikt, och intoxicationsrisken måste vägas mot den förhöjda mortaliteten vid ofrivillig utskrivning.

Urinprovskontroller är internationellt kontroversiella men kan enligt vår erfarenhet fylla en roll som läkarens och patientens gemensamma indikator på utvecklingen. I en övervakande kultur blir de tvärtom verktyg för att »sätta dit« och utestänga patienter samt borgar för en atmosfär av misstänksamhet. Vid vissa av mottagningarna räknas även lågt kreatininvärde som »positivt« urinprov, trots att patienterna av övervaknings-skäl urinerar under personalens uppsikt, med speglar inbyggda i klosetten.

År 2004 utfärdade Socialstyrelsen nya föreskrifter om läkemedelsassisterad behandling av opiatnarkomani (SOSFS 2004:8). Dessa hade en välkommen ambition att överge polarisering och dogmatism och sörja för att behandlingen blev bättre förenlig med godtagbar medicinsk etik. Efter föreskrifternas införande har också ett och annat blivit bättre. Fler patienter är i behandling, och den höga dödligheten hos gatunarkomaner har reducerats.

Emellertid har beroendemottagningarna funnit att behandlande läkare i samråd med socialtjänsten kan besluta när behandlingens syfte är uppnått och då avstänga de mest skötsamma patienterna. Därför kvarstår ett antal mottagningars tidigare införda regel att behandlingen bara får ges i högst två år. När detta blivit klart för patienterna har ambitionen att söka jobb givetvis avtagit, och tiden i behandling har kommit att betraktas bara som en vilopaus i det stressiga missbrukarlivet.

Det nu fyra år gamla regelsystemet har inte förmått normalisera detta terapiområde eller driva fram nödvändiga förändringar. Principerna om respekt för patientens autonomi och delaktighet i behandlingen är sedan länge självklara inom svensk sjukvård men fortsätter att göra halt vid narkomanvårdens tröskel.

Dessa principer utgör centrala faktorer för långsiktig beteendeförändring och behandlingsframgång vid kroniska sjukdomar [6]. Patienter som lärt sig att stå med mössan i hand inför överheten och fuska för att behålla livsviktig behandling blir knappast stärkta i sin förståelse att till sist ta eget ansvar för sin del av behandlingen.

Det måste därför snart komma en ny

översyn av Socialstyrelsens regelsystem. I samråd med Läkemedelsverket måste man hitta strategier som möjliggör att denna vård ska kunna lämna bakom sig sin riskabla avstängningsfilosofi som ökar dödsfallen bland de nyligen avstängda [7]. Narkomanvården måste utveckla en hållbar, etisk plattform, och patienten måste uppmontras att ta ansvar för sin behandling.

Patienter som skött sig klanderfritt i åratals, och som tillhör den majoritet som önskar kvarstanna i behandling, måste ges en möjlighet att slippa denna infantiliserande hot- och kontrollapparat. Vincent Dole, metadonbehandlingsuppfinnare, föreslog att dessa patienter skulle skötas med hjälp av recept på fyra veckors metadontabletter åt gången, som kan förskrivas av allmänläkare eller husläkare.

Detta behandlingssätt kallas i New York för »medical maintenance« och uppges fungera väl [8]. Det utgör en ny, konstruktiv metod för att avlasta beroendemottagningarna.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Markus Heilig har mottagit ovillkorat forskningsstöd samt ersättning för reskostnader från Schering-Plough, Sverige, som marknadsför buprenorfin.*

REFERENSER

1. Nilsson I. Missbruk och behandlingsarbete som ett socialt investeringsproblem. I: Sveriges första metadonprogram firar 40-årsjubileum. Uppsala: Uppsala universitet; 2006.
2. Grönbladh L, Öhlund LS, Gunne L. Mortality in heroin addiction: Impact of methadone treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82:223-7.
3. Kakko J, Grönbladh L, Svanborg KD, von Wachenfeldt J, Ruck C, Rawlings R, et al. A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164:797-803.
4. Liljeberg P. Välkommen till metadonverksamheten. Broschyr för Stockholmsprogrammet 1991.
5. Preston KL, Umbricht A, Epstein DH. Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:395-404.
6. Kantchelov A. Motivational interventions for methadone-treated patients. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 2008;10:11-20.
7. Fugelstad A, Stenbacka M, Leifman A, Nylander M, Thiblin I. Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings. *Addiction*. 2007;102:406-12.
8. Lowinson JH, Marion I, Joseph H, Langrod J, Salsitz EA, Payte JT, et al. Methadone maintenance. In: Substance abuse. A comprehensive textbook. Editors: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2005. p. 616-33.

Fler debattinlägg på sidan 3137.