

SVENSKA BRUKARFÖRENINGEN

för hjälp åt
NARKOTIKABEROENDE
och dom som har eller vill ha
METADON
eller
BUPRENORFIN

Svenska Brukarföreningen

YTTRANDE
2007-10-25

Dnr: 2007/05

KSL
Box 38145
100 64 STOCKHOLM

Betänkandet "Gemensam policy för att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende".

(Dnr: KSL 2006/0029)

(Dnr: HSN 0706/0597)

Bakgrund

Svenska Brukarföreningen grundades år 2002 av ett antal personer med anknytning till Metadonprogrammen i Sverige som ansåg att ingen förening eller organisation tog de narkotikaberoendes frågor på allvar. En av utgångspunkterna var att organisationen skulle bestå av brukare och inte av proffstyckare. Vi motsätter oss och ämnar aktivt arbeta mot varje form av tvång och repression varhelst sådant förekommer i samband med behandling eller annorstädes och vi betonar att samhället och de ansvariga för vården måste och skall göra en sträng åtskillnad mellan vård och narkotikabekämpning. Narkomanvård får ej avvika från de andra former av hälsovård som samhället erbjuder.

Sammanfattning

Inledningsvis vill vi betona att detta försök att få till stånd en samsyn mellan de olika huvudmännen och kompetenserna som kommer i beröring med människor som använder alkohol och andra droger är mycket berömvärd. Men är det verkligen säkert att samverkan alltid är något positivt? Kanske det är så att man istället krånglar till saker. Risken för detta ökar naturligtvis med antalet aktörer som ska ingå i ett sådant samarbete. Man kanske inte ska involvera olika parter förrän deras inblandning verkligen krävs? En sådan ordning borde kunna infinna sig relativt naturligt.

Det finns många uppfattningar om missbruk, en del ideologiskt färgade andra beroende på att man fokuserar på olika delar av problematiken, och dessa spänningar framskymtar onekligen i texten, men otvivelaktigt har man här gjort ambitiösa ansträngningar att överbygga dessa.

Vissa radikala konstateranden som fanns med i Socialstyrelsens betänkande angående deras nationella riktlinjer saknas som till exempel att man där konstaterar att behandlingen av narkotikamissbrukare kompliceras av att narkotikainnehav och narkotikaanvändning är kriminaliserat. Sådana grepp krävs för att vi ska kunna skymta ansatserna till något som i framtiden kan bli en verkligt human och effektiv hjälp för människor med missbruksproblem.

I Stockholm kan den som söker hjälp få en hyfsat bra vård, men attityderna hos många vårdgivare är fortfarande moralistiska. Fokus läggs ofta på misslyckanden istället för på framsteg. En människa med narkotikaproblem som exempelvis får en egen lägenhet måste då kontrakt skrivits få uppleva att det går åt rätt håll, men ett enda återfall kan räcka för att de repressiva reflexerna skall aktiveras. Resultatet blir att framstegen elimineras och man tvingas ta flera steg tillbaka i rehabiliteringsprocessen.

Vi vill också understryka att föreskrifter och policydokument kan medföra positiva effekter men man måste också vara medveten om att de riskerar att skapa fyrkantighet där en kategori av medelpatienter riskerar att bilda norm. Vad händer med dem som inte passar in? Vi brukar framhålla att generella krav exkluderar personer med speciella svårigheter. All vård bör vara individualiserad - även beroendevård.

Generellt saknas (givetvis) en genomtänkt policy för skadelindring riktat mot personer som är inne i aktivt missbruk (problematiskt bruk). Sprutbyte nämns visserligen som en kontroversiell åtgärd i samband med diskussionen om HIV-förebyggande åtgärder, men i övrigt saknas diskussionen helt. Det bör framhållas att vissa typer av skadelindrande åtgärder alltid har varit en integrerad del av svensk drogpolicy. Således har till exempel värmestugor, härbärgen och akut tand- och sjukvård - åtgärder som syftar till att minska missbrukets negativa konsekvenser för missbrukaren utan att förutsätta drogfrihet - länge funnit tillgängliga i större eller mindre omfattning.

Det finns ingen anledning att avfärda andra typer av skadelindring utan att ta upp en rejäl diskussion. Det skulle till exempel kunna röra sig om alltifrån "peer 2 peer", (information/utbildning kamrater emellan genom till exempel foldrar om "hur att injicera säkert") till mobila Metadonteam dit dem skulle kunna vända sig som inte har kraft nog att ta sig in på de mer ambitiösa klinikerna men som ändå vill komma ifrån den dagliga heroinjakten ett tag.

Lite hjälp är bättre än ingen hjälp! För det kan väl knappast vara SLL:s och KSL:s uppfattning att personer som befinner sig i aktivt missbruk ska lämnas i sticket?

Observera att vi i detta yttrande i huvudsak talar om vuxna brukare, om inte annat särskilt anges, då vi inte anser oss ha kompetensen att tala om ungas eventuellt speciella behov.

Nya undersökningar som bör beaktas

3G-studien¹ som publicerades maj 2007 i American Journal of Psychiatry är den tredje svenska kontrollerade behandlingsstudien för heroinberoende. Studien påvisade att många av de strukturella hinder som för närvarande försvårar för denna grupp att komma in i substitutionsbehandling inte alls är nödvändiga. Studien bekräftade och visade på att låga trösklar in till substitutionsbehandling på patienternas villkor ledde till utmärkta behandlingsresultat. Vi önskar att denna studie skall tjäna som vägledning, inte bara för framtida forskning, utan även att de behandlingsprinciper som användes i studien snarast implementeras i Sverige.

Riktlinjer

Avsnitt: "Underhållsbehandling för opiatberoende" (sidan 6)

"Adekvat boende" lyfts fram som en viktig aspekt när det gäller läkemedelsassisterad behandling. Hur ska det tolkas? Det vore mycket olyckligt om det tolkades som att boende av en viss typ är en förutsättning för att behandling ska få ges eller inledas. I så fall finns en uppenbar risk för ett moment 22; du får inte vård för att du inte har boende och du får inte boende för att du är inne i aktivt missbruk.

Ett annat "moment 22-exempel" är att man på flera kliniker kräver att patienten via ett blodprov skall ta ett så kallat "dalvärde" för att kunna få en justering av dosen. För att få ta ett sådant prov måste man dock ha lämnat rena prover under minst 4 veckor och här fastnar en del patienter. I och med att man har för låg dos så känner man sig abstinent och detta gör i sin tur att man inte klarar av 4 "rena" veckor och därför får man ingen dosjustering och så vidare. I värsta fall slutar det med att patienten blir utskriven.

¹ "A Stepped Care Strategy Using Buprenorphine and Methadone Versus Conventional Methadone Maintenance in Heroin Dependence: A Randomized Controlled Trial"

Johan Kakko, M.D., Leif Grönbladh, Ph.D., Kerstin Dybrandt Svanborg, R.N., Joachim von Wachenfeldt, R.N., Christian Rück, M.D., Ph.D., Bob Rawlings, M.S., Lars-Håkan Nilsson, M.D. and Markus Heilig, M.D., Ph.D.

SBF påstår att även om man minimerar denna typ av regler så har detta inte en menlig effekt på resultatet, vilket styrks av 3G-studien (ovan), där man hade ett helt annat arbetssätt.

Avsnitt: "Insatser för gravida med riskbruk och missbruk ska fokusera på barnet" (sidan 6)

Vad betyder det, mer konkret? Har detta konsekvenser för patienter i läkemedelsassisterad behandling, (LAB) eller för gravida heroinister i behov av LAB? Grundinställningen bör givetvis vara att mamman själv ska få vara med och avgöra om hon vågar försöka sig på en läkemedelsfri graviditet eller om hon ska fortsätta i, alternativt snabbt ställas in på, LAB.

Avsnitt: "Samverkan med kriminalvården" (sidan 7)

Sjukvårdens och socialtjänstens samverkan med kriminalvården och med andra aktörer (t.ex. polisen) får inte riskera att inkräkta på den enskildes integritet. Således får inte känsliga uppgifter lämnas ut till annan aktör utan patientens samtycke, och generell samtycke till utlämnande av uppgifter får inte krävas som en förutsättning för vård.

DEL I

Avsnitt: "Ärftlighet" (sidan 15)

Det står: "Det har visat sig att det genetiska arvet hos en individ förklarar risken för att utveckla ett beroende." Det bör stå: "Det har visat sig att det genetiska arvet hos en individ förklarar en betydande del av risken för att utveckla ett beroende."

Avsnitt: "Genus" (sidan 15)

Beträffande diskussionen om att missbruksvård traditionellt sett har utgått från mannen som norm. Kan så vara, men ett "genusperspektiv" får därför inte urarta i att uteslutande bli ett "kvinnoperspektiv". Behovet måste styras - oavsett kön.

Kommunens och landstingets ansvar

Avsnitt: "Vård och behandling" (sidan 17)

När det gäller begreppet "beroende" vill vi peka på det faktum att de krav som råder för att ge substitutionsbehandling förutsätter en tämligen avgränsad definition av detta begrepp. Vad vi förstår så är de bägge fenomenen toleransökning och abstinens centrala och överordnade de övriga kriterierna eftersom de pekar på en receptorisk förändring som orsak till beroendet. Det spelar således ingen roll om till exempel opiater röks, intas i tablettform eller injiceras. Beroende kan föreligga vid samtliga dessa intagningsätt, vilket socialstyrelsens riktlinjer också betonar, men i olikheten i bedömningen av användningen av olika preparat finns moraliserande inslag som man borde försöka eliminera genom en strikt definition av beroendebegreppet. Missbruk är en aktivitet medan beroende betecknar ett tillstånd.

Det är olämpligt att låta definitionen få en alltför vid omfattning eftersom det kan leda till godtycke vid bedömningar. Frånvaron av beroendebegreppet i sjukvårdens mening hos socialtjänsten har säkert lett till en hel del svårigheter för den grupp vi företräder. En hjälpsökande som söker substitutionsbehandling kan till exempel få höra att man anser att missbruket inte är nog avancerat. En sådan hållning riskerar att skjuta upp rehabiliteringen med flera år och sannolikt försvåras den dessutom.

Andra aktörers ansvar

Avsnitt: "Kriminalvårdens ansvar" (sidan 21)

Det bör framhållas att det vore bra om kriminalvården kunde arbeta för att förenkla för intagna och häktade med opiatberoende att få fortsätta med läkemedelsassisterad behandling (LAB), alternativt i god tid före frigivning ställas in på LAB, om önskemål om detta finns från den intagnes/häktades sida.

DEL II

Riktlinje 1

Avsnitt: "Professionellt bemötande", "Empowerment är att vara aktivt delaktig i sin egen vård" och "Samverkan är allas ansvar" (sidan 25)

Enligt vår erfarenhet räcker det inte med att olika huvudmän, kompetenser uppmanas att samarbeta. Våra medlemmar har ofta vittnat om divergerande uppfattningar mellan till exempel beroendevård och socialtjänst. Ibland har man precis som konstateras i texten upplevt att man hamnat "mellan olika ansvarsområden", som om man på många håll inte velat befatta sig med människor med missbruksproblem. Hur skall man förstå detta; som att missbruk har en lägre status än exempelvis psykiatri, som att man saknar just kunskaper om beroende/missbruksproblem eller som att man inte tycker sig se hur man kan vara till hjälp, som en slags hopplöshet?

Varför inte fråga patienterna/klienterna hur de ser på sina hjälp- och stödbehov! Om man upplever att man måste dölja hela eller delar av sin problematik måste det ju vara långt till en förtroendefull dialog och samsyn om vad som måste göras. Empowerment fungerar inte om man inte törs vara ärlig. Vi talar här om sådant som kan vara svårt att komma åt med riktlinjer och rekommendationer, som attityder och föreställningar hos vårdgivare och andra – saker som man kanske avfärdar i vetenskapliga sammanhang men som enligt vår erfarenhet spelar en betydande roll i den dagliga verksamheten på mottagningar och socialkontor.

Kanske kan man med ökad utbildning komma en bit på vägen, men troligen inte ända fram. Våra medlemmar har ofta beklagat sig över att de då de sökt substitution varit tvungna att undanhålla andra beroendeproblem än opiaterna såsom bensodiazepiner, alkohol och så vidare. Vi känner personer som legat hemma i sin ensamhet med epileptiska kramper därför att de varit tvungna att vara bensodiazepinfria då de påbörjar Metadonbehandlingen. I sammanhanget kan den reflektionen göras att om en repressiv hållning kommer att dominera en välkoordinerad verksamhet så är det ju till större skada än om verksamheten är dåligt samordnad eftersom det då finns en chans att det råkar finnas något gott – någonstans – kanske några godhjärtade personer som kan vandra sina egna vägar.

Vi konstaterar att man i texten framför att man ska fokusera på det som är friskt och fungerar. Detta måste understrykas då man alltför länge envisats med att behandla folk, även om där inte förelagt något behov. Det måste även inom substitutionsvården finnas en gräns där man betraktas som färdigbehandlad, även om man fortfarande har kvar sin medicin. Att som idag hålla kvar människor, även om de sedan många år har lämnat rena prover, och i och med det uppta en av klinikens platser är inget annat än resursslöseri. Exakt vad ska man i det läget botas emot? Att kvarhålla folk i en knarkaridentitet riskerar bara att hämma den personliga utvecklingen. Resurserna skall användas där, och när, de behövs. Mycket och bra stöd till dem som har behov istället för lite och dåligt stöd till samtliga.

Riktlinje 2

Avsnitt: "Gemensamma bedömningsinstrument ger en samordnad bild och gemensamt underlag inför beslut" (sidan 26)

Här kan man läsa att ASI ska användas vid val av insats, behandling och planering. ASI är ett utmärkt verktyg för att mäta en patients aktuella status. Som ni nämner är det nödvändigt att handläggaren har den rätta utbildningen för att resultatet ska bli korrekt. Vi ställer oss dock frågande till om ASI kan förtälja vilken behandlingsinsats som skall användas. Och vad händer om klienten vill en sak medan ASI-resultatet säger något annat? Vilken dignitet har brukarinflytandet då?

I texten nämner man också att "tester gör det möjligt att bedöma om åtgärderna har hjälpt honom eller henne att minska eller bli kvitt sitt missbruk". Detta är en åskådning som måste förverkligas i den svenska narkomanvården. Sverige redovisar Västeuropas högsta narkotikadödlighet och är det enda landet inom EU som har en förordning som förbjuder Apoteket att till narkotikaanvändare sälja sprutor. Vi ser dagligen de negativa effekter den förda politiken ger och det är ofta närmast outhärdligt.

Att nu fortsätta kampen för det "narkotikafria samhället" är inte längre försvarbart. Sanningen är ju att det är en utopi och ingenting annat. Fokus måste läggas om till att i första hand minska dödligheten. I förhållande till det måste målsättningen att man "ska sluta" vara sekundär. Man måste börja skilja på prevention, kampen mot organiserad brottslighet och hälsovårdande insatser.

Riktlinje 3

Avsnitt: "Var upptäckten kan ske" (sidan 28)

Kort reflektion: Av vilka skäl är det nödvändigt att på det sätt som diskuteras identifiera pågående missbruk till exempel då personer söker annan vård eller efterfrågar ekonomiskt eller annat bistånd från socialtjänsten? Beror det på att människor saknar insikter i sina egna problem och behöver upplysas om dem? Ligger det i missbrukets natur att vilja vara dold? Man frågar sig varför folk måste dölja just den delen av sina problem då man söker hjälp för andra. Vad i sjukvårdens och socialtjänstens förhållningssätt driver fram en sådan strategi hos den hjälpsökande? Om grundförutsättningen för en behandlingskontakt är misstroende har det en menlig inverkan på resultatet.

Riktlinje 6

Avsnitt: "Unga vuxna med missbruk" (sidan 37)

I texten tar man upp nödvändigheten av särskilt anpassad verksamhet för unga vuxna. Man föreslår att den kan förläggas till större lokala beroendemottagningar. Vi vill bara påvisa risken med för stora enheter eller om det där också finns äldre mer erfarna vårdtagare/narkotikaberoende. Sådana miljöer blir ofta en plantskola för de mer oerfarna droganvändarna. Ett alternativ skulle kunna vara familjevård, eventuellt i kombination med substitution om det skulle behövas. Dock måste den grundläggande hållningen fortfarande vara att individen vet bäst själv vad han/hon behöver.

Utbildning är ofta lovvärt men om man lägger kraven på kvalificerad kompetens för högt minskar möjligheterna till att öppna och driva fler och mindre enheter.

Riktlinje 8

Avsnitt: "Underhållsbehandling vid opiatberoende" (sidan 42)

I texten står det; "Personer som söker underhållsbehandling ska ha haft ett långvarigt opiatberoende". Det bör stå; "Personer som söker underhållsbehandling ska ha haft ett dokumenterat opiatberoende under minst två år", (ref: SOSFS 2004:8).

I texten talas det bland annat om personer med särskilda vårdbehov. Vi har länge hävdats att man måste nischas mottagningarna. Det kan till exempel vara en mottagning för yngre personer, en för 40 plus, ett lågtröskelprogram för dem som inte kan/vill sluta, ett med fokus på arbete/studier, ett för arbetande/studerande, ett för personer med särskilda vårdbehov, etc.

På tal om riktlinjernas myckna tal om detektion av drogförekomst vill vi betona de effekter som sådana ingrepp i den personliga integriteten har på behandlingsalliansen.

Del III

Avsnitt: "Lokala integrerade beroendemottagningar" (sidan 51)

De omfattande kraven på specialiserade kompetenser riskerar att reducera möjligheterna för mångfald och nischade öppenvårdsmottagningar med eller utan substitution. Kvar blir då de stora mastodontprogrammen där unga blandas med äldre, folk med sidomissbruk

med folk som "är rena", och så vidare. Det minskar även möjligheterna till hjälp på mindre orter där substitutionsbehandling idag inte ges ens när indikationerna på opiatberoende är uppfyllda. Det har till och med hänt att man rekommenderat patienter att flytta till större orter där behandlingen kan ges. Vi anser att det ska åläggas kommunerna att erbjuda varje vårdbehövande heroinist kunskapsbaserad behandling med Metadon och Subutex. Som ett generellt krav i samband med substitution brukar det framhållas att medicineringen måste åtföljas av kvalificerade program. Vid sidan av det faktum att substansen i dessa program som regel bara finns på papperet, så kan det i sammanhanget nämnas att kostnaderna för sådana kan vara övermäktiga på mindre orter.

*repressiv hållning
Ambitioner och goda intentioner*

Kom ihåg:

I texten kan man läsa om vikten av brukarsamverkan och brukarinflytande, något man numera kan göra i de flesta policydokument och andra typer av skrivelser. Men vad betyder detta egentligen? Vi känner till exempel där man bjudit in RFHL eller Dianova i samverkansgrupper. Att kalla detta för brukarsamverkan är fel! RFHL-riks är en klientorganisation bestående av icke brukare och samma sak gäller Dianova som är ett behandlingsföretag som naturligtvis i första hand talar i egen sak.

SBF är den enda sanna brukarorganisationen. Det finns exempel på att vårdgivare basunerar ut att det hos dem finns en fungerande brukarsamverkan i någon form av forum. Ofta är det dock så att de som finns på plats är exempelvis RFHL och/eller Dianova. och inte en brukarorganisation. De talar om vad "dem" behöver. Dianova är ett behandlingsföretag som naturligtvis talar i egen sak om vad som är bäst för deras verksamhet – inte vad som är bäst för vårt medlemskollektiv. Hänvisa till Jessica Palms "Moral concerns..." och "NAD publication 49" ang "en riktig brukarförening"

Det är dags att reda ut begreppen. Det finns ofta två tolkningar av samma verklighet mellan brukare och profession inom exempelvis substitutionsvården. Det som personalen kallar stöd uppfattas ofta av vårdtagaren som straff.

Det finns någon sorts allmän uppfattning om att man måste komplettera substitutionsbehandling med samtal, (exempelvis kognitiv terapi) och/eller återfallsprevention. Varför då?

De som är utanför: flera preparat ryms inte i programmen.

Vem annan än pat kan säga om det går bra?