

Metadonprogrammet i Stockholm på repressiva villovägar

Metadonbehandlingen av svåra heroinister fick vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala en originell, tvåfasig utformning, samt en i internationellt perspektiv närmast unik framgång. På 1970- och 1980-talen kunde vi, i Europas äldsta metadonprogram, visa hur svårt kriminella heroinister förvandlades till skötsamma skattebetalare. Men behandlingsmetoden mottogs med skepsis av Socialstyrelsen, och femton år efter starten skrev dess experter: »De uppgifter som redovisats av Ulleråkers forskargrupp ifråga om metadonpatienternas arbete, studier och minskade kriminalitet är osäkra.« Några år senare satsade man istället på en mera restriktiv och kontrollerande, »polisiär« behandlingsmodell. Därefter tycks de goda resultatens tid vara förbi.

LARS GUNNE
professor emeritus, Stockholm
lars.gunne@mpa.se

■ Dr John Caplehorn [1], som leder metadonbehandlingen av heroinister i Sydney, Australien, har beskrivit vilka egenskaper ett sådant behandlingsprogram bör ha för att få behålla sina patienter (patientretention). Han beskriver två kontrasterande sätt att sköta metadonbehandling (här kallade Polisiära respektive Frivilligmodellen; Tabell I).

Vid studier av en rad olika behandlingscentra fann Caplehorn att de i regel tillämpar antingen den ena eller den andra av dessa två behandlingsmodeller. Han rekommenderar att behandlarna ska ansluta sig till frivilligmodellen, där det ges stöd och uppmuntran, men där man i

stort sett låter patienten vara ifred och sköta sig själv. Om man istället anordnar strikt »polisiär« övervakning och kontroll, försvinner patienterna (=låg retention).

Metadon i Sverige och Danmark

I Sverige påbörjades metadonbehandling 1966 i Uppsala, året efter den första publikationen av den nya behandlingen i USA, och Uppsala har den äldsta traditionen i Europa för sådan behandling.

Metadonbehandlingen var under de första 22 åren, fram till 1988, centraliserad till Ulleråkers sjukhus, men 1988 uppdelades den på tre och senare fyra behandlingsgrupper. Behandlingen hade under de första 22 åren varit enastående framgångsrik. Omkring 70 till 80 procent av patienterna fick sitt missbruk un-

der kontroll, erhöll ett avlönat yrkesarbete (Figur 1) och upphörde med kriminell aktivitet och prostitution [2].

Detta kan jämföras med t ex de danska erfarenheterna. I Danmark hade myndigheterna givit stor frihet åt läkarkåren att förskriva metadon, och förskrivningen blev snabbt avsevärt större än den svenska: man tror att mellan 4 000 och 5 000 inom några år ställdes in på metadonbehandling [3], dvs 10 gånger flera än i Sverige.

Stora skillnader i förtidspensioneringar

Praktiskt taget alla de danska metadonpatienterna blev förtidspensionerade [4], medan inga svenska patienter förtidspensionerades. Emellanåt gick dansk metadonbehandling in i en kris och de svenska terapeuterna i Uppsala fick då besök av danska TV-team, som ville få reda på varför behandlingen fungerade i Sverige, men inte i Danmark.

Ett flertal av de danska metadonpatienterna tog upp nya missbruk av alkohol, amfetaminer och sömnmedel, mot vilket metadon inte hjälper, och efter några år började en oroande självmords-epidemi breda ut sig inom behandlingsprogrammen [3]. Danska myndigheter började diskutera om man istället skulle erbjuda gratis heroin, eller om man på annat sätt kunde få läget under kontroll.

Schweiz och Holland

I andra länder, som t ex Schweiz och Holland, började man också dela ut både

Tabell I. Två typer av metadonprogram och deras effekter på patientretentionen.

	Polisiär modell	Frivilligmodell
Personalattityder	Paternalism, övervakning kontroll	Acceptans, stöd, uppmuntran
Behandlingsmål	Total drogfrihet, senare skall alla sluta även med metadon	Upphörande av drogmissbruk
Behandlingsprogrammets utformning	Patientens beteende skall ändras »Vi« gentemot »dom« Strikta bestämmelser om utstötning av patienter som inte följer programmets regler Obligatorisk rådgivning Regelbundna urinkontroller	Programmet anpassas till patientens behov och önskemål Empati Låta patienterna vara, »laissez-faire« Frivillighet Inga urinkontroller
Patientretention	Låg	Hög

I fallet Stockholm innebär restriktiviteten tyvärr att man fastnat i Caplehorns polisiära behandlingsmodell, med åratals och ibland decennielånga integritetskränkande ingrepp.

metadon och heroin i behandlingsprogram som i bästa fall tillhandahöll psykologisk rådgivning, men som ofta sköttes via sk metadonbussar, vilka for ut i parkerna och delade ut metadondoser till vem som helst som anmälde intresse. Några av dessa fall var nyfikna nybörjare som inte borde fått farmakabehandling. Praktiskt taget inga patienter i dessa kravlösa program kom i arbete.

Uppsalas tvåfasiga behandlingsmodell

I Uppsala introducerades redan på 1960-talet en terapi som utnyttjade bägge de Caplehornska behandlingsmodellerna. Inledningsvis är behandlarna paternalistiska och bestämmande, som stränga föräldrar. Skälet är att våra patienter ju kommer direkt från »rännstenen« och behöver lära sig en smula disciplin. Männerna är i regel svårt kriminella och kvinnorna är antingen kriminella eller prostituerade eller bådadera.

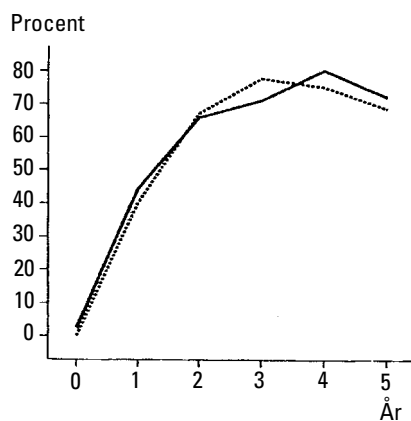
För att få kontroll över situationen brukade vi i regel lägga in patienten vid kliniken för en inledande avgiftning, varvid abstinensbesvären kuperades så gott sig göra låter. Därefter vidtog en förhandling mellan patient, terapeut och kurator: inställning på »drickmetadon« påbörjas först sedan man enats om en strategi för patientens återinträde på arbetsmarknaden (för vissa innebär det i själva verket deras första avlönade jobb, snarare än ett återinträde).

Dessa patienter är i regel psykiskt friska, men har av olika omständigheter hamnat i sitt missbruk i tidig levnadsålder, och det är angeläget att de fortast möjligt får komma tillbaka in i samhället. Så snart metadonet reducerat deras heroinbegär är psykiskt friska narkomaner arbetsföra, det är det viktiga budskapet av de svenska resultaten. Patienterna har redan förlorat många viktiga år av utveckling och kunskapsinhämtande och kan i vissa fall initialt behöva en skolutbildning.

Första tiden i polisiär modell

Under den första tiden i behandling, tills de får ett jobb, ska urinkontroller regelbundet utföras och den som fuskar eller vägrar riskerar att bli avpollterad. Patienten befinner sig med andra ord i Caplehorn »polisiära« behandlingsmodell.

Då missbrukarna håller noga reda på vilken policy som råder i olika behandlingsprogram, dröjde det inte länge förrän nyintagna patienter redan första dagen på kliniken meddelade att »jag tänker bli rörmokare« (eller »elektriker«, eller »undersköterska«, etc). De hade väl reda på att man måste ha en plan för sin rehabilitering, annars kunde metadoninställningen bli fördröjd.



Figur 1. Andelen män (n=244, heldragen linje) och kvinnor (n=105, punktlinjje) som bedriver heltidsstudier eller (i regel) har avlönat yrkesarbete under de första fem åren i metadonbehandling. Tidpunkten 0 representerar situationen året före intagning i metadonbehandling, då 2,5 procent av männen och 0 procent av kvinnorna hade yrkesarbete.

Patienten fick emellanåt göra utflykter från kliniken för att söka jobb och skrevs ut först när allt var i ordning och den dagliga metadondosen utprovad. Patienter har många år efteråt berättat vilken påfrestande tid denna första återkomst till samhället innebär. Men de inser i efterhand att tvånget och övervakningen behövdes under denna kritiska tid.

Kontrollerna reduceras gradvis

Senare, när patienten börjat fungera väl i programmet, övergår man till nästa fas. Personalen ändrar då attityd och övergår till att behandla patienten i enlighet med Caplehorn's frivilligmodell. Samtidigt som patienterna får stark uppmuntran för sina framsteg, måste personalen också gradvis reducera kontrollapparaten.

Ångsliga terapeuter har ibland svårt att avstå från urinkontroller och andra integritetskränkningar. Man menar att så länge patienten får ett narkotikaklassat preparat – metadon – måste han/hon också vara underkastad rigorös kontroll. Oron gäller om någon patient skulle kunna lura sina terapeuter och i hemlighet börja missbruka något nytt preparat eller alkohol. Dessa terapeuter har glömt att all framåtsyftande vård bör ske i samråd med patienten, ehuru man i inledningsfasen kan behöva utöva vissa välmänta påtryckningar, som ovan beskrevs.

Stockholmsmodellen »restriktiv«

Det största metadonprogrammet i dagens Sverige är förlagt till Stockholm. Medan Malmö och Lund har en handfull patienter och Uppsala ett hundratal, är antalet i Stockholm mellan 300 och 400.

Stockholmspolitikerna är fullt nöjda med en försäkran de fått att Stockholmsprogrammet är »restriktivt«, vilket ju är modeordet vid diskussion om narkotikafrågor i Sverige idag. I fallet Stockholm innebär restriktiviteten tyvärr att man fastnat i Caplehorn's polisiära behandlingsmodell, med åratals och ibland decennielånga integritetskränkande ingrepp. De problem som detta skapar har resulterat i mängder av desperata utskrivningar från behandlingsprogrammet, och i ännu flera avstängningar beslutade av terapeuterna.

Reglerna ändras hela tiden

Liksom i många andra behandlingsprogram för missbrukare har det vuxit upp en flora av regler och förbud, men regelboken ändras oupphörligen, vilket gör patienterna osäkra. Det blev därför många klagomål och anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), men för att inte skylta alltför ofta i dessa sammanhang beslöt man inom Stockholmsprogrammet att inrätta en egen sk klagomur.

Där måste patienten möta de terapeuter han vill klaga på, och där läser man upp för honom ur sjukhusjournalen vilket socialt parasitliv han levat före intagningen i programmet. Patienterna upplever sig vid klagomuren bli utskälda för gamla synder, varefter deras klagomål negligeras.

Stockholmspatienternas verklighet

För några år sedan [5] hade en sedan flera år rehabiliterad och yrkesverksam patient ordnat en liten tête-à-tête hemma hos sig, tillsammans med sin fästmo. Det var lördagskväll och veckan hade varit stressig, men nu hade vår patient ordnat en liten supé med tända ljus och en flaskka vin.

Då ringer det på dörren och utanför står två värdare med en plastflaska och meddelar att patienten ska lämna urinprov under inspektion av vårdarna, emedan hans namn slumpmässigt kommit upp genom lottning vid metadonklinik. Patienten försökte generad förklara för vårdarna att de kommit olämpligt, men de framhärjade och fick sitt urinprov innan de kunde avtåga.

Fästmon, som är universitetsutbildad, ansåg att de borde anmäla detta intrång. Men patienten förklarade för henne att han i så fall riskerade uteslutning ur behandlingen, efter att först ha blivit utskäld vid klagomuren. De beslöt därför att svälja förtreten och inte vidta någon åtgärd.

En HIV-smittad patient hade lämnat ett urinprov, som visserligen inte innehöll några otillåtna droger, men dessvärre inte heller innehöll metadon. Det be-

slöts att patienten, som sedan flera år skött sig monstergilt i metadonprogrammet och som trots sin HIV-smitta skaffat sig ett avlönat arbete och som försäkrade att han troget tagit sitt metadon varje dag, nu skulle sparkas ut ur behandlingsprogrammet.

Överläkaren frågade laboratoriet om något misstag kunnat ske, men fick svaret att misstag var uteslutet. Patienten hade antagligen sålt eller givit bort sin metadondos! meddelade man.

Det har sedermera visat sig att pågående HIV-medicinering kan accelerera nedbrytningen av metadon i människokroppen. En patient som tar sådana mediciner utsöndrar alltså inte metadon, utan enbart metadonets nedbrytningsprodukter. Patienten uteslöts och gick snabbt under.

Patienter som använt alkohol, vilket påträffas i urinen, kan få föreläggande om att ta antabus i ett år. Antabus bör om möjligt ges endast på frivillig basis, eftersom biverkningarna är svåra och den individuella toleransen varierar. Om patienten emellertid klagar över bieffekterna av antabus kan han få beskedet att »det är bara att sluta – med metadon och antabus!«

Misstro mot patienterna

Hur inverkar kontroverser av denna art på ett behandlingsprogram? Ledningens misstro mot patienterna har börjat smitta av sig på vårdare och sköterskepersonal. Stockholmspatienterna klagar över att de blir nedlåtande bemötta. »Er blir det aldrig någonting av«, kan de få höra, »ni är parasiter allihopa«. Det har också gått utför med den andel som har jobb; från 70–80 procent på Ulleråkers tid har siffran nu sjunkit till 20 procent. De som fortfarande arbetar är troligtvis den grupp som kom i arbete under Ulleråker-tiden.

Sjukskrivning för urinkontroll

Många uppger att de måst sjukskriva sig, sedan de beordrats att två gånger dagligen inställa sig vid metadonkliniken för att lämna urinprov. Sådan intensivkontroll kan vara förorsakad av att de tagit en sömnmedelstablett ordinerad av läkare, och alltså uppvisat ett positivt urinprov innehållande »narkotika« (dvs sömnmedel).

En patient som av dylik anledning under ett par veckor infunnit sig två gånger om dagen för urinkontroller, ringde på söndageftermiddagen till kliniken och bad att få slippa komma, eftersom han var ute på landet och grävde diken åt en kompis, efter att ha lämnat sitt vanliga morgonprov samma dag. »Om du inte kommer, så har du inget metadon att hämta på måndag«, blev svaret.

Metadonbehandlingen i Sverige har utvärderats, och undersökningen var avsedd att leda av en utomstående forskargrupp från socialmedicinska institutionen vid Huddinge sjukhus.

Utomstående utvärdering blev intern

Men Stockholms metadonprogram, som förfogar över 45 miljoner kronor av skattebetalarnas medel, lyckades inkorporera de socialmedicinska forskarna, vilka plötsligt inte längre tillhörde socialmedicin vid Huddinge, utan hade flyttat till metadonprogrammets lokaler. Jag påtalade denna omständighet för Socialstyrelsen, men fick inget svar.

Återigen har alltså Stockholms metadonprogram genom smarta manövrer lyckats avleda kritik och hindrat patienterna från att komma till tals. Mer än hundra patienter hade kunnat belysa kulturkrocken när de 1988 flyttades från Uppsalaprogrammet till Stockholm, men någon sådan belysning skedde inte.

Vad bör göras?

- Det måste snarast införas en smula demokrati i behandlingssystemet inom Stockholms metadonprogram.

- Systemet med en privat klagomur, där patienterna måste ta en svår dust med utpekad personal, bör omedelbart upphöra. Personalen kan inte i en konflikt-situation bedöma sig själva, och patienterna blir rädda och försagda.

- Hembesök för urinprovstagnning skall upphöra. Patienterna måste kunna uppleva viss personlig integritet, åtminstone hemma hos sig.

- Intensifierad urinprovsexercis, med två prover om dagen, fyller ingen rimlig kontrollfunktion; för sådan kontroll räcker det med 2–3 prov i veckan. Systemet bidrar till att ge Stockholms metadonprogram världsrekord i kostnader, samtidigt som det är förödmjukande för patienten.

- Personalen måste instrueras att bemöta patienterna korrekt och professionellt.

- Patienter som skött ett avlönat yrkesarbete i ett år och levererat anmärkningsfria urinprov, bör själva få avgöra om de fortsättningsvis behöver urinprovskontroller. I regel är avlönat yrkesarbete en bättre kontroll på skötsamhet än urinprov.

- Antabusbehandling bör ej utgöra ett villkor för fortsatt metadonbehandling, utom i svåra fall av kombinerad alkoholism/heroinism. Utpräglat blandmissbruk utgör dock exklusionskriterium före intagningen.

- En ny utvärdering bör snarast komma till stånd för att belysa skillnaderna i resultat och patientretention mellan Sveriges olika metadonprogram.

Referenser

1. Caplehorn JRM, McNeil DR, Kleinbaum DG. Clinic policy and retention in methadone maintenance. *Int J Addict* 1993;28:73-89.
2. Gunne LM, Grönbladh L, Öhlund LS. The street life and treatment response of 105 heroin addicted women. In: Tagliamonte A, Maremmani I, eds. *Drug addiction and related clinical problems*. Wien, New York: Springer Verlag, 1995:91-107.
3. Ege P. Fra liberalisme til statlig styring. *Stoffmisbruk* 1996:29-32.
4. Metadon og Stoffmisbrugere. København: Kontaktudvalget vedrørende Alkohol og Narkotikaspørgsmål, 1979.
5. Denna och övriga patienthistorier bygger på intervjuer och korrespondens med f d Uppsalapatienter, vilka 1988 flyttades över till Stockholms metadonprogram.

Replik:

Gunne sprider vandringsägner

Lars Gunne har sedan han som chef för metadonprogrammet i Uppsala tvingades lämna ifrån sig Stockholmpatienterna till det nystartade metadonprogrammet i Stockholm i mitten av 1980-talet haft kritik i stort som smått om hur Stockholmsprogrammet arbetar. Detta trots de cirka tio år som förlutit sedan han pensionerats.

STEFAN BORG
verksamhetschef, Beroendecentrum
Nord, Stockholm
stefan.borg@cspo.sll.se

I sin artikel framför Gunne en rad påståenden om Stockholmsprogrammet som är så grovt felaktiga och missvisande att det känns pinsamt att behöva gå i svaromål.

Det är tragiskt att Gunne, som gjort så stora insatser genom att införa metadonunderhållsbehandling i Sverige, sprider denna typ av påståenden utan att han haft någon kontakt med programmets företrädare för att validera sin påståenden. Gunne skulle då ha kunnat utrett och fått klart för sig att hans uppgifter är felaktiga eller grundlösa.

Programmen träffas regelbundet

Verkligheten när det gäller metadonunderhållsbehandling är att samtliga program i Sverige träffas regelbundet för att utforma behandlingsinnehåll och regelsystem, och att det råder stor konsensus om såväl behandlingsinnehåll som struktur i de svenska programmen inom ramen för ett samarbete som stöds av Socialstyrelsen.

När det gäller såväl inskrivning i som utskrivning ur Stockholmsprogrammet föreligger en offentlig insyn med hänsyn tagen till patienternas sekretess just för att den typ av vandringsägner som Gunne nu för vidare skall kunna undvikas.

Inga urinprov i hemmet

För att undvika missförstånd får patienterna skriftlig information avseende de olika ordningsreglerna i Stockholmsprogrammet. Urinprov utförs inte i hemmet, däremot förekommer av och till hembesök om patienterna är sjuka och först efter överenskommelse med patienterna.

Påståenden som att tvångsåtgärder skulle förekomma eller antabusbehandling utgöra villkor för behandling måste på det bestämdaste avvisas.

I Stockholmsprogrammet görs årligen mätningar av patienttillfredsställelse,

vilka regelbundet visar att det stora flertalet är nöjda med sin behandling och det bemötande de får i programmet.

Utvärderingar möjliggör jämförelser

När det gäller utvärdering av metadonverksamheten har ju sådan förekommit i Socialstyrelsens regi, och det pågår för närvarande en sådan. I båda fallen finns goda möjligheter att jämföra de svenska olika programmen med varandra.

I dessa undersökningar deltar forskare från de olika programmen inkluderande Gunnes gamla program i Uppsala, vilket förefaller helt naturligt utan att några konspiratoriska anslag föreligger. Att forskare som tidigare arbetat med Socialstyrelsens första metadonutvärdering senare knutits till Beroendecentrum Nord är inte heller särskilt anmärkningsvärt.

Den enda icke oberoende utvärderingen av metadonbehandling i Sverige är faktiskt de studier som Gunne och medarbetare utfört av sitt eget program.

Gunnes missvisande och kränkande

Verkligheten när det gäller metadonunderhållsbehandling är att samtliga program i Sverige träffas regelbundet för att utforma behandlingsinnehåll och regelsystem, och att det råder stor konsensus om såväl behandlingsinnehåll som struktur.

inlägg och konspiratoriska anslag kan därför inte utgöra ett underlag för en fortsatt seriös dialog om metadonbehandlingen i Sverige.

Diskussion behövs

Det är synd eftersom en diskussion behövs när det gäller underhållsbehandling av opiatberoende inte minst i skenet av den snabbt ökande Subutex-användningen i Sverige och den stora uppföljning av metadonunderhållsbehandling som Socialstyrelsen just slutfört på Socialdepartementets och Narkotikakommissionens initiativ. •