

Tvång och narkomanvård

Av dr. MAGNUS KIHLBOM, Stockholm

I

Narkotikamissbrukets dramatiska utveckling i Sverige under sextiotalet och svårigheterna att komma tillrätta med det, både som samhällsproblem och individuellt behandlingsproblem, har gett upphov till en upprörd debatt. Ofta verkar inläggen att vara präglade av en desperation som har sin grund i en vrångbild av missbruket. Denna vrångbild — en primitiv version av en epidemiologisk sjukdomsmodell — visar en obevekligt smittande farsot som dessutom är kronisk och nästan omöjligt att behandla när den börjat visa symtom hos en individ

Många känner till att de dåliga behandlingsresultaten vid alkohol- och narkotikamissbruk delvis beror på att missbrukaren har, som det heter, dålig motivation för behandling — han avvisar behandlingserbjudanden därför att han inte kan eller inte vill upphöra att vara missbrukare. Några drar då slutsatsen att problemts lösning ligger i att tvinga missbrukarna till behandling. Slutsatsen formuleras i krav, t ex i moderatledamoten Kristenssons interpellation under årets svenska vårriksdag, att samhället ska rejält utöka sina möjligheter att med tvång omhänderta och behandla missbrukare mot deras vilja. Man måste, heter det, överge "den slappa attityden" och ta till "verkliga krafttag" mot "det svåra psykopatklientelet" som inte kan få "vistas fritt i samhället".

Det finns tre tänkbara syften med tvångsmässigt omhändertagande: straff, samhällskydd och individbehandling. Kanske finns en del moralism som gör att straffsyftet finns med, men i realiteten syftar nog den "behandling" som tvångsförespråkarna kräver, enbart på samhällsskyddet. Det som denna artikel handlar om är emellertid att en sådan vårdprincip är *både* inhuman *och* ineffektiv vad gäller samhällskydd och individbehandling.

Jag vill alltså argumentera för 1) självklarheten att tvång, och särskilt frihetsberövande med anstaltsplacering, från politiska och etiska synpunkter är något starkt negativt; 2) den inte lika självklara tesen att tvångets värde som behandlingsinstrument är starkt överskattat, och 3) att utökade tvångsmöjligheter inte ska införas eller ens prövas förrän de frivilliga möjligheterna, och de nu tillgängliga tvångsmöjligheterna, är bevisade klart otillräckliga. Trots vad den i debatten inte ovanliga behandlingsspeismismen meddelar är detta nämligen långt ifrån fallet. Dessutom görs försök med tvångsvård i gigantisk skala på annat håll, nämligen i de amerikanska civil commitment-systemen (som berörs

närmare nedan). Vi kan gott försöka dra lärdom av de försöken i stället för att dra på oss deras humanitära och ekonomiska kostnader.

F n finns i Sverige följande formella tvångsinstrument (som alltså enligt tvångsförespråkarna är otillräckliga):

1. *Barnavårdslagen*, som medger bl a omhändertagande för evt långvarig tvångsvård av narkotikamissbrukande ungdomar upp till 20 års ålder. Detta är en mycket omfattande tvångsmöjlighet som av dem som arbetar med ungdomar har uppfattats som en oundgänglig sista resurs. Men det är påtagligt att man under senare år blivit alltmera skeptisk inför tvång och institutionsvård och därför alltmera restriktiv med dessa ingripanden, till förmån för ett mera energiskt och påhittigt arbete inom en frivillig ram.

2. *Lagen om slutna psykiatrisk vård* (LSPV) som reglerar tvångsintagningar på psykiatriska sjukhus. 1969 klargjordes i ett tillägg att lagen medger både intagning och kvarhållande av avancerade fall av narkotikamissbruk i betydligt bredare omfattning än vad som då motsvarade läkarnas praxis. Den skulle enligt narkomanvårdskommitténs mening också kunna tillämpas som kvarhållningsinstrument på behandlingsinstitutioner utanför sjukhus, t ex behandlingshem. Ännu är det oklart om praxis har förändrats. Ett allmänt intryck är att den är lika restriktiv som tidigare, och att detta tvångsinstrument inom sjukvårdsramen således inte visat sig särskilt användbart.

3. *Brottsbalken*. Kriminalvårdsstyrelsen uppgav i år att av de c:a 5.000 intagna förra året var 22 % eller 1.090 narkotikamissbrukare (varav 524 i behov av "särskild narkomanvård"), och av de c:a 23.000 i frivård utgjorde narkotikamissbrukarna c:a 10 %. De som är dömda till tidsbestämda straff, liksom de som på icke bestämd tid internerats eller överlämnats till slutna psykiatrisk vård, är enligt narkomanvårdskommitténs speciella formulering . . "faktiskt tillgängliga för behandling", dvs tillgängliga åtminstone fysiskt (när de inte har rymt, vill säga). Här har man alltså redan en stor grupp av de svåra missbrukarna inom en formell tvångsram. Attityderna till och resultaten av denna behandlingsform ger sannerligen inte några uppmuntrande exempel på fördelar av tvångsvård. "Vi ger inte behandling, vi administrerar frihetsberövanden", sade kriminalvårdstyrelsens överinspektör i år vid konferensen i Ronneby om narkomanvård. Det fö vara värt att notera att den starka aktuella kritiken mot kriminalvården, som ju förut mest gällt anstaltsvården, på senare tid också riktat in sig mot den obligatoriska övervakningen i frivården. Argumenten är giltiga också för obligatorisk övervakning av missbrukare. Se t ex Alvar Nelson och Sten Heckscher i "Behandling som straff", Verdandi-debatt nr 51, Stockholm 1969, och Ketttil Bruun i "I stället för fängelse", Verdandi-debatt nr 54, Stockholm 1970.

De mycket lite preciserade kraven på nya tvångsinstrument har gått ut på att man skulle skapa en ny tvångslagstiftning eller utöka nykterhetsvårdslagen till att också omfatta missbruk av narkotika. I detta sammanhang hänvisas ofta till den norska nykterhetslagstiftningen som just på detta sätt inkluderar narkotikamissbruk. Hur användbart har då detta speciella tvångsinstrument visat sig vara i Norge? Jo, enligt uppgift har det kommit till användning i bara fyra fall under de sista tio åren! Inte heller vår svenska erfarenhet av tvångsvård för alkoholister är uppmuntrande. Tvärtom finns en tendens att gå ifrån tvångsinslagen, och hela konstruktionen med en separat social tvångslag och ett separat huvudmannaskap framstår som otjänlig och föråldrad. I de riktlinjer för narkomanvården som godtagits av riksdagen och i narkomanvårdskommitténs uttalanden (SOU 1967:25 och 1969:52) har också tankarna på ny tvångslag och särskilt huvudmannaskap för narkomanvården blivit klart avvisade.

Inledningsvis antydde jag att önskan om omfattande tvång i narkomanvården underbyggs av en behandlingspessimism som har sin grund i att ett missvisande sjukdomsbegrepp fått "förklara" narkotikaproblematiken. Men det finns också mera ideologiskt betonade motiv bakom denna önskan om tvång, motiv för vilka "smittmodellen" är som skraddersydd. Ett sådant motiv kan vara bristande respekt för användning av tvång i och för sig. Ett annat består i en stark betoning av allmänpreventionen på bekostnad av individualpreventionen. Ett tredje och beslätad motiv kan vara en s. a. a. absolutistisk inställning till synligt elände i samhället: sådant måste elimineras vad det än må kosta och varje inställning som är mera prövande och pragmatisk uppfattas som ett accepterande eller to m uppskattande av eländet — "slappa attityder", "permissiveness", "låt-gå-inställning" etc. Det finns också en brutalare och, är jag rädd, vanligare och mera betydelsefull variant som går ut på att lösa problem genom att "eliminera" dem, eller helt enkelt skaffa dem utom synhåll. I det lärerika förspelet (se Kramer, J. C.: "The State versus the Addict: Uncivil Commitment", Boston Law Review vol. 50, no. 1, 1970) till igångsättandet 1961 av Kaliforniens civil commitment-system, där heroinmissbrukare döms till i bästa fall tre och ett halvt och i hämsta fall tio års tvångsvård, förekom både terapeutiska målsättningar och en rå "get 'em off the street and lock 'em up"-inställning. 1962 uttryckte en av systemets initiativtagare, en domare i Kaliforniens högsta domstol, saken så här: "Om narkomanen inte visar någon förbättring kommer han att få stanna precis där han är på den låsta anstalten under hela fem- eller tioårsperioden. Det grundläggande syftet med denna åtgärd är att få honom bort från gatan. I andra hand, men med lika stor vikt för oss alla, kommer syftet att göra något åt hans giftberoende och sedan sända

honom tillbaka till ett normalt liv. Ingen av oss är överdrivet optimistisk". Och Kaliforniens kriminalvårdschef (inom vars ansvarsområde vårdprogrammet ligger) sade: "Lagen ser till att narkomanerna kan hållas ständigt borta från gatorna om de inte svarar på behandlingen ... Så länge jag är chef tränger vi inte släppa ut dem om vi inte tror att de har en riktig inställning till livet och sig själva ..."

Jag tror inte att det är en svartmålning att påstå att mycket av opinionen för ökade tvångsåtgärder mot narkotikamissbrukare är en del av, eller i varje fall gör god tjänst åt, en socialpolitisk strömning som tenderar till att betrakta lag-och-ordning och repressiva undanstädande åtgärder som förstahandsmedel i socialpolitiken. Men jag menar också att det inte bara finns politiska och etiska skäl att avvisa kraven på utökat tvång, utan också starka erfarenhetsmässiga och "behandlingstekniska" skäl.

Naturligtvis finns det ett enkelt samband mellan "etiska" och "tekniska" aspekter: om åtgärderna som går emot missbrukarens vilja inte är effektiva för behandlingssyftet är det självklart oetiskt att använda dem. Men det är inte så enkelt att omvändningen gäller: även om tvånget skulle vara effektivt kvarstår den principiella invändningen. En analogi: om offentliga spöstraff skulle avhålla förstagångs-snattare från fortsatt snattande skulle ända principiella betänkligheter kvarstå mot den behandlingen. Dock måste ju bedömningen bli pragmatisk i s a s skalans ytterändar: om en ur andra synpunkter något osmaklig åtgärd är helt effektiv mot svårt skadliga beteenden måste den väl accepteras. Men denna beskrivning gäller verkligen inte för tvång i narkomanvård.

"Tvång" och vilja till eller motvilja mot behandling är nu inte fullt så entydiga företeelser som jag hittills förenklats dem till. Verkligheten är mera sammansatt. Ofta finns olika inslag av "tvång" i "frivillig" önskan om behandling, ofta finns en vädjan om andras tvång som hjälp mot egna impulser.

I det följande ska jag därför närmare diskutera olika former och innebörder av tvång i behandlingsammanhang. De "behandlingstekniska" synpunkterna på tvånget ska också bli mera utförligt behandlade.

II

En vanlig tankegång bakom kraven på tvångsåtgärder är den man kunde kalla för karantänstanken: missbrukaren är på grund av sin sjukdoms smittsamhet en samhällsfara och måste därför isoleras. Denna tanke, som är orimlig både i sina premisser och sina konsekvenser, utgår från den primitiva epidemimodellen för beskrivning av missbruket. Utrymmet här tillåter inte ej närmare kritik av denna modell. (Se t e x Finn Jörgensen "Om brug af

begreber og definitioner — specielt vedrørende stofbrug og stofmisbrug”, Ugeskr. f. Læger 30:1477—1480, 1971). Här ska bara tas upp några av dess konsekvenser för vården.

Visst är det sant att missbruket lärs ut från en individ till en annan (liksom en hel del av kriminalitet och asocial livsstil) och på så sätt smittar i en mycket uttunnad mening. Men vad utgör då ”smittämnet”? Knarket i sig självt? ”Knarkfilosofin”? En personlig binding till en knarkare? Och vilka är kännetecknen för smittsamhet, hur utnämner man någon till smittare? Är det den barnsligt nyfikne nybörjaren som ständigt pratar om knark, eller den rutinerade knarkaren? Är det den med färska, eller också den med gamla, stickmärken? Langaren? Den långhårige med indisk skjorta och haschpipa i fickan? Eller helt enkelt den långhårige med indisk skjorta? Eller ännu enklare . . . ? Uppenbarligen kan man inte uppfinna ett mått på smittsamhet, efter vilket människor ska kunna karantäneras med någon grad av rättssäkerhet.

En beslätad svårighet: hur stor är smittrisen för omgivningen? Den måste ju vara hög för att kunna motivera karantänering. Vi vet att missbrukets spridning är i stort sett begränsad till vissa grupper av mottagliga (som snarare söker sig till det än drabbas av det) och att den som vet med sig att han inte ville bli knarkare inte heller blir det. Det som ”smittar” måste rimligtvis vara attityder och normer, handlingsberedskap. Sådana ting motarbetar man inte särskilt framgångsrikt med inläsning.

Vidare: för hur många kan vi organisera karantäner? Antalet intravenösa missbrukare i landet har uppskattats till fem à tiotusen. Därutöver finns en stor kader av inbitna haschrökare. En à två procent av 18-åriga pojkar har någon gång injicerat narkotika och tjugo à trettio procent av dem har rökt hasch. Var får vi plats för dessa jättelika koncentrationsläger, hur få personal, hur få pengar (när inte ens kriminalvården får pengar till sina narkomaner)? Vad gör man med dem som inte vill stanna i lägren, med dem som knarkar i lägren, med dem som smugglar in knark?

Hur vet man när smittsamheten minskat så att man kan släppa lös knarkaren igen? Om den inte minskar — ska karantäneringen då vara livslång?

Om man godtar hypotesen om smittspridningen måste man erkänna att denna bara kan stoppas under förutsättning att i stort sett alla smittspridare isoleras. Vi vet att långt ifrån alla knarkare är kända för myndigheterna. För att göra samhällsskyddet effektivt skulle man internera alla som ser lite suspekta ut, och kanske (som en skolsköterska faktiskt föreslagit) varje morgon ställa upp skolklasserna för inspektion av armveck och urinkontroll.

Det starkaste skälet att avvisa tvångsvården är att den med mycket stor sannolikhet blir ineffektiv, en pseudobehandling. Så

länge som den inte är visad effektiv med hänsyn till "smittspridning" och individuell rehabilitering — och effektiv för mer än bara en minoritet av de tvångsvårdade — är dess behandlingsetikett bara en omskrivning för bortskaffande och inlåsning.

När man bedömer fördelar och nackdelar i ett vårdprogram måste man ta hänsyn till hur de påverkas som inte "svarar på behandlingen". Det är vanligt i detta vårdsammanhang — till skillnad från andra, t ex när det gäller en ny operationsmetod — att man pekar på procenten "lyckade fall" men bortser från behandlingens effekter på de övriga "fallen". Ett tvångsvårdsprogram måste arbeta med hot om straff (vilket i praktiken blir innebörden av de ökade frihetsinskränkningar som ett "misslyckande" ger upphov till) som viktigaste påtryckningsmedel. Detta innebär att de psykiska och sociala anpassningssvårigheter som har betydelse för återfall i knarkandet "behandlas" med inlåsning och social isolering, åtgärder som bara i förvärrar dessa svårigheter. De tvångsprogram i USA som ibland åberopas som "uppmuntrande exempel" har lyckats hålla ca 30 % av de utskrivna drogfräna under ett års övervakad frivård. Under de två följande årens övervakning sjunker emellertid procenten "lyckade fall", i det kaliforniska programmet till 16 %. Alltså utsätts fem av sex missbrukare för ständigt upptrappade repressiva åtgärder, med ideliga återintagningar och långvariga perioder av sluten tvångsvård, för att en sjätte ska bli rehabiliterad. Priset är för högt. En minimumprincip i vårdarbete måste vara att åtminstone inte skada. Det är uppenbart att omfattande tvångsvård bryter mot denna princip.

Hur inverkar tvångsvård i isolerade specialenheter på attityderna hos missbrukaren och hans omgivning? Det blir en rad mycket negativa följder:

den ovillige patientens motreaktion förstärker en ev. antisocial inställning och identifieringen som knarkare, samma inverkan får naturligtvis inlåsningsen tillsammans med människor med samma etikett:

motivationen för vård minskar, kanske också för vård i frivillig form genom att han kan misstänka att samhällsrepresentanterna i dessa hjälpinstanser ger upp och överlämnar honom till tvångsvård;

det skapas en självuppfyllande profetia både för missbrukaren, vårdpersonalen och den allmänna opinionen: så farliga och svårbehandlade är knarkarna;

behandlingspessimismen påverkar personalattityderna så att det mest blir fråga om passiv förvaring med negativa förväntningar på patienterna;

i "fängelsekulturen" ingår också inlärning av hycklade vårdpositiva attityder som tjänar att ge sken av "förbättring" och som är destruktiva för allvarligt menad behandling;

vidare får man de ofta visade konsekvenserna för vårdformen med isolering från utvecklingsarbete inandra vårdformer, stagnation, svårigheter med personalrekrytering, och en avsnörning från vanligt samhällsliv och från hemmiljön som påtagligt försvårar rehabiliteringen.

Man kan också undra hur ett sådant system som tvångsvården skulle innebära, skulle utvecklas när det väl kommit igång. Sannolikt skulle det följa det vanliga mönstret att permanenta sig (det är lättare att inrätta ett system än att bryta upp det) och skylla misslyckanden på otillräckliga resurser som kräver ständig utökning.

Troligen skulle också den allmänna opinionen sövas, och villigheten att satsa på utveckling av andra vårdformer skulle minska. Kanske skulle representanter för tvångssystemet motarbeta "konkurrensen" från frivilliga vårdformer, därför dessa skulle "förstöra marknaden" genom att minska missbrukarnas entusiasm för tvångsvården.

En tvångslagstiftning skulle också innebära risk för att kriterierna för tillämpningen inte skulle kunna upprätthållas. Man skulle komma ut på ett "sluttande plan" vid omhändertagandet av avvikare: systemet ägnas åt att städa undan oönskade personer. Det tog många år att avliva lösdrivarlagen. Låt oss inte införa något liknande.

III

Livet bjuder på många tvångssituationer. En verklighet med absolut frivillighet, utan gränser för vad man kan vilja och göra, vore en kaotisk verklighet. Detta måste också den som lever destruktivt och självdestruktivt lära sig. Vad är det då för skillnad mellan denna typ av tvång och det tvång som jag argumenterat mot?

Det finns olika nivåer av tvång:

1. Ofrivilligt och för individen obrytbart tvång, där han utsätts för frihetsinskränkningar — inte bara anstaltsplacering utan också övervakning, obligatoriska kontroller och liknande — utan att bli tillfrågad. Ofta anses han inte förstå sitt eget bästa och redan ha "svarat" genom sitt beteende, och/eller anses han så samhällsfarlig att han måste oskadliggöras.

2. Överenskommet men obrytbart tvång, där han fått välja mellan detta och alternativet straff för kriminalitet eller i bland ("frivillighet") ingen vård alls. Tvångsvårdens ansenliga längd och andra frihetsinskränkande villkor har han därefter inget inflytande över. Detta är ett av grundmönstren i de amerikanska civil-commitment-systemen. Något liknande har också föreslagits från svenskt läkarhåll i termer av "kontrakt". Med viktiga modifieringar, som jag återkommer till, kan sådana kontrakt vara acceptabla ur de synpunkter som jag framfört.

3. Överenskommet och brytbart tvång, när personen går med på att försöka medverka i ett behandlingssystem där han ofta kommer att utsättas för långtgående påtryckningar och inskränkningar, men där han också som sista försvarsreaktion har möjlighet att träda ut ur systemet. Detta är det gängse mönstret i självhjälpgrupper av olika slag, t ex länkarna, de flesta sk terapeutiska samhällen och synanon. Den har också med framgång prövats i Sverige (se Sjöberg, C.: "Inget märkvärdigt skapa avdelningar för avvänjning av narkomani", Läkartidningen 65:4316—17, 1968).

4. Informellt tvång, eller kanske snarare påtryckningar så starka att de kan konkurrera med giftberoendets tvång och framtvinga en förändring av beteende och kanske personlighet. Hit hör alla livssituationer som innebär ställningstaganden till en livsstil och dess konsekvenser, t ex förlust av kärlekspartner eller utstötning ur den kamratgrupp (eller terapeutiska grupp) som är den viktiga, eller fortsatt elände i asocialitet etc. Terapeuten (som ju också kan vara en grupp) utnyttjar dessa informella tvångssituationer genom att klargöra alternativen för personen och att hjälpa honom att själv ta ansvar för ett val mellan dem.

De former av tvång, som jag menar vara så tvivelaktiga att de bör användas minimalt, och i varje fall inte utöver nuvarande utsträckning, är de under 1. och (tills vidare) 2. ovan. Finns det då inga situationer där det är berättigat att tvinga en vuxen person som "inte förstår sitt eget bästa", t ex i att hindra honom från en självdestruktiv handling? Jag godtar ju tanken att till barn och ungdomar bistå med "extern kontroll" när den egna impulskontrollen sviktar, t ex genom att fysiskt hindra någon från våldsamhet eller förbjuda honom att söka upp sina knarkkompisar. Jo, visst finns det sådana situationer, men de skiljer sig i viktiga avseenden från det opersonliga och formella tvånget enligt 1. och 2. Dels därigenom att tvånget förmedlas i en satsning på personkontakt, dels genom att det är punktvis insatt för ett akut och avgränsat behov, och dels genom att ett otillräckligt "svar" inte automatiskt utlöser en upptrappning av tvångsåtgärderna och en utstötning ur behandlingssituationen.

Jag kan därför godta ett överenskommet men obrytbart tvång under förutsättningarna att tvånget är kortvarigt och överblickbart, att det förmedlas av en person som den tvingade har en god terapeutisk relation till och/eller identifierar sig med. Slutligen: reaktionerna på den "externa kontrollen", och skälen till att den sattes in, ska bearbetas terapeutiskt för att utnyttjas för inläringen av normer och impulskontroll. Denna bearbetning skal vare ett huvudmoment och naturligtvis också ske innan tvånget sättes in, t o m innan överenskommelsen görs.

Jag har nu ganska utförligt argumenterat mot tvång i narkomanvården. Liknande diskussioner är aktuella på andra områden. Enligt min mening borde de principiella synpunkterna i denna diskussion om tvångets nackdelar vara en av de självklara utgångspunkterna för administratörer, lagstiftare, jurister och läkare.

Magnus Kihlbom