



LUND UNIVERSITY

Utdelningen av sprutor till narkomaner i Malmö och Lund en utvärdering ur socialtjänsten/narkomanvårdens perspektiv Svensson, Bengt

1988

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Svensson, B. (1988). *Utdelningen av sprutor till narkomaner i Malmö och Lund: en utvärdering ur socialtjänsten/narkomanvårdens perspektiv*. (Meddelanden från Socialhögskolan; Vol. 1988, Nr 6), (Research Reports in Social Work; Vol. 1988, Nr 6). Socialhögskolan, Lunds universitet.

Total number of authors:
1

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

**MEDDELANDEN
FRÅN
SOCIALHÖG-
SKOLAN**

*Utdelningen av sprutor till
narkomaner i Malmö och
Lund*

Bengt Svensson

1988:6

UTDELNINGEN AV SPRUTOR TILL NARKOMANER

I MALMÖ och LUND

- en utvärdering ur socialtjänsten/narkomanvårdens perspektiv

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	2
2	HISTORIK ÖVER NARKOMANVÅRDEN	8
3	NARKOTIKAMISSBRUKETS OMFATTNING I MALMÖ OCH LUND	19
4	KNARKANDETS PRAKTIK	28
5	SPRUTDELNINGEN OCH DESS ORSAKER	34
6	TILLGÅNGEN TILL SPRUTOR	43
7	SPRUTBYTESPROGRAMMEN	48
7:1	Infektionskliniken i Lund	48
7:2	Sprutbytesprogrammet i Malmö	55
8	TULL OCH POLIS	62
9	TIDIGARE UNDERSÖKNINGAR	65
10	INTERVJUUNDERSÖKNINGEN	69
10:1	Samtal med missbrukarna om HIV/AIDS	69
10:2	Sex och HIV	74
10:3	Kunskaper om sprutbytesprogrammen	80
10:4	De som hämtar och de som inte hämtar	82
10:5	Inverkan på injektionsmissbruket i regionen	88
10:6	Smittspridningen	91
10:7	Påverkan på motivation och behandling	94
10:8	Kontakt med programmen	96
10:9	För eller emot	98
10:10	Kriminaliseringen	106
11	AVSLUTANDE DISKUSSION	107
	Litteraturförteckning	113

1 INLEDNING

Denna rapport är gjord på uppdrag av Socialstyrelsen. Den har gjorts inom ramen för Socialhögskolans forskningsavdelning med docent Sven-Axel Månsson som handledare.

Huvudsyftet med rapporten är att belysa effekterna på socialtjänsten/narkomanvården av sprutbytesprogrammen i Malmö och Lund och de viktigaste frågeställningarna är:

- Bidrar utdelningen av rena sprutor till att minska spridningen av HIV/AIDS?
- Medför fria sprutor att injektionsmissbruket sprids?
- Påverkar sprutbytesverksamheten villkoren för motivation och behandling?

I undersökningen intervjuades närmare fyrtio personer verksamma inom narkomanvården i Malmö/Lund eller som i övrigt har med narkomaner att göra. Dessutom intervjuades tretton narkomaner och två f.d. narkotikamissbrukare.

Det är dessa intervjuer som utgör det huvudsakliga materialet i studien. Medvetet har jag avstått från att läsa igenom den rapport som Lundaprojektet har skrivit. Jag har velat stå fri från den i mina iakttagelser och analyser.

Intervjuformen har valts för att jag tror att det är svårt att få fram verkligt relevant information genom skriftliga enkäter även om man når många fler med dem. Detta är följaktligen inte en opinionsundersökning om hur narkomanvårdarna i Malmö och Lund ser på fria sprutor. En sådan är gjord tidigare, och jag tror inte att en upprepning ger något annorlunda resultat. (Utredningen refereras på annan plats.)

I stället har jag valt att göra en kvalitativ studie som utgör mitt bidrag till förståelsen av sprutor, fria sprutor och debatten om fria sprutor.

Min utgångspunkt är att belysa hur den fria sprututdelningen uppfattas av olika aktörer på den narkotikapolitiska arenan. Det är för tidigt att fastställa objektiva effekter av utdelningen, men jag redovisar hur narkomanvårdspersonal ser på programmets effekter.

När jag försöker förstå vad som ligger bakom olika narkomanvårdares ställningstaganden till fria sprutor har jag haft nytta av mina kunskaper om narkomanvårdens historia i Malmö och Lund. Jag har valt att skriva ner en historik för att läsaren ska kunna se den fria sprututdelningen i ett narkotikapolitiskt sammanhang. Historiken redovisar min bild av narkomanvården (jag har arbetat med narkomaner i Malmö sedan 1970) och den bygger inte på något intervjumaterial eller några omfattande källstudier. Den gör inte anspråk på att ge en objektiv bild och skiljer sig i ambitionsnivå från övrigt material i denna rapport. Huvuddragen i min analys tror jag dock delas av de flesta som arbetat länge inom narkomanvården i regionen.

Till historiken har fogats en kort redogörelse för hur narkomanvården är organiserad idag.

Här ges också en beskrivning av missbrukssituationen i Malmö och Lund.

Fakta från genomförda undersökningar kompletteras av iakttagelser av polis, narkomanvårdare och narkomaner.

Genomgående har materialet från intervjuundersökningen arbetats in i rapportens olika kapitel. Citat från intervjuerna används för att göra framställningen mer konkret.

Utdelningen av "fria sprutor" eller "rena sprutor" (som lundaprogrammet föredrar som beteckning) är ett led i HIV-preventionen och som en röd tråd genom hela framställningen går en granskning av narkomanernas riskbeteende och behandlarnas arbete för att påverka det.

En central fråga gäller narkomanernas spruthantering. Hur ser den ut?

Hur går injicerandet till? När och varför delar man sprutor? Ser sprutbeteendet annorlunda ut i Stockholm än i Malmö? Dessa frågor tillhör de allra intressantaste. De rör vid HIV-preventionens kärnfråga - hur ser beteendet ut - vilka riskbeteenden finns - vilka möjligheter finns till förändring av olämpliga beteenden. Jämförelser göres mellan narkomanernas riskbeteende i Stockholm och Malmö, en stad utan sprutbytesprogram gentemot en med ett program.

Rapporten redovisar ett ganska omfattande material kring själva spruthanteringen.

Tillgången till sprutor med jämförelser före och efter programmen och mellan Malmö och Stockholm handlar nästa avsnitt om. Det finns klara skillnader mellan hur behandlarna beskriver läget och narkomanernas version. Det hade varit mycket intressant att närmare granska i vilken utsträckning narkomanvårdarnas och narkomanernas beskrivning av "knarkarlivet" skiljer sig åt, men det har inte funnits tid till det i denna undersökningen.

De båda sprutbytesprogrammen har stora inbördes skillnader och har vuxit fram på olika sätt. Här ges en beskrivning av de båda projekten som bygger på intervjuer med ansvarig personal.

I ett längre resonerande avslutningsparti kommenteras olika ställningstaganden till fria sprutor. Likaså redovisar författaren några av sina slutsatser av denna studie och av behov för fortsatt forskning.

Materialinsamlingen

Materialet i denna studie har insamlats genom en intervjuundersökning som har genomförts mellan juni och september 1988.

I undersökningen ingår två populationer:

- personal som arbetar inom narkomanvård eller på annat sätt har med narkomaner att göra = 30 personer
- narkotikamissbrukare från Malmö (6) och Stockholm (7) = 13 personer

Dessutom har ytterligare intervjuer genomförts med personal från de båda sprutbytesprogrammen, f.d. missbrukare och anställda inom tullverket. Dessa intervjuer ingår inte i den egentliga intervjuundersökningen.

De intervjuade narkomanerna "presenteras" i avsnitt 6.

I undersökningen med personalintervjuer täcks samtliga arbetsplatser inom den egentliga narkomanvården in.

Från Malmö: Rådgivningsgruppen, Avgiftningsenheten, Norda och 89:an.
Från Lund: Rådgivningsbyrå, Uppsökande verksamheten (knuten till socialbyrå), Avd 1F (avgiftningskliniken) och Vipelyckan.

Dessutom har följande intervjuats:

Två arbetsledare inom socialtjänsten, två anställda inom ungdomsvården och två poliser, i alla tre fallen en från Malmö och en från Lund.

En familjevårdskonsulent, en medarbetare från Kriminalvårdens behandlingsteam, två från avd 24 (narkomanvårdsavdelningen) vid S:ta Maria i Helsingborg och en fältassistent från en kranskommun.

Totalt tio av de trettio intervjuade är arbetsledare.

Vid citaten har strävan varit att det inte ska gå att identifiera vem som står för ett visst uttalande, utan enbart vilken typ av arbetsuppgifter vederbörande har.

I rapporten används också begreppet "narkomanvårdarna". I det ingår alla utom de båda poliserna, de båda cheferna från socialtjänsten, de två ungdomsvårdsanställda och fältassistenten - således 23 personer. I denna grupp ingår de två helsingborgarna. Dessa togs med i rapporten för att jag hade erfarit att avgiftningskliniken där var kritiska till fria sprutor. Här fanns alltså två som kunde bryta mönstret att motsättningen stod mellan socialtjänst och sjukvård och ge värdefulla synpunkter.

Narkomanvårdarna har lång genomsnittlig erfarenhet av arbete i narkomanvård, nästan åtta år i snitt, med en spridning mellan ett år och sjutton.

Intervjuerna har tagit 1-2 timmar och har i allmänhet bandats förutom missbrukarintervjuerna som ej är bandade. Som utgångspunkt har ett intervjuformulär använts som har reviderats efterhand. Det innebär att några frågor har kommit till som inte första omgångens intervju-personer har besvarat.

Vid ett tillfällen genomfördes intervjun med två personer samtidigt. De besvarade då frågorna separat och har räknats som två intervjuer.

Urvalskriterier

Undersökningens urval är inte representativt i statistisk mening. Det är ett selektivt, heterogent urval där avsikten har varit att få intervju-personer med en erfarenhetsmässig och åsiktsmässig spridning.

Jag har inte känt till respektive intervjupersons inställning till sprutor i förväg.

Det är min övertygelse att undersökningen skulle se ungefär likadan ut med trettio andra intervjupersoner från samma arbetsplatser.

De tretton intervjuade narkomanerna har valts ut på olika sätt. Malmö-narkomanerna fick jag kontakt med genom att de råkade vara inne för vård när jag ringde och sökte intervjupersoner med injektionsmissbruk av amfetamin och heroin. Fyra av de sex kände jag sedan tidigare.

Stockholmsnarkomanerna fick jag kontakt med i samband med ett besök på Sabbatsbergs sjukhus. Personalen gick ut på avdelningarna och frågade vilka som kunde tänka sig att ställa upp för intervju, och dessa sju var de frivilliga. Jag hade meddelat personalen att jag ville träffa både män och kvinnor och både amfetaminister och heroinister.

Personligt ställningstagande

Precis som alla andra som arbetar inom narkomanvården hade jag ett ställningstagande innan jag började med denna undersökning. Jag var för en utdelning av fria sprutor under kontrollerade former. I två omgångar hade jag haft tillfälle att studera AIDS-situationen i USA, och jag var efter de besöken övertygad om att allt måste göras för att förhindra spridningen av AIDS, och att utdelning av fria sprutor var en av många nödvändiga åtgärder.

Mitt arbete med denna studie har inte fått mig att ändra åsikt. Men jag har verkligen försökt att under min undersökning sätta detta ställningstagande åt sidan och vara objektiv. Jag har haft hjälp i detta, som i så mycket annat, av min handledare Sven-Axel Månsson, docent i socialt arbete vid Socialhögskolan. Hans kreativitet, kunnighet och entusiasm har varit ovärderlig och han är värd ett särskilt tack.

Det är många som har bidragit till den här rapporten genom att ställa upp för intervjuer. Till er alla - ett hjärtligt tack! Det var stimulerande, spännande, lärorikt och roligt att träffa er.

Till mina kolleger i narkomanvården vill jag dessutom säga - kämpa vidare. Ni gör ett mycket bra jobb, engagerat och kunnigt.

I den här rapporten finns en del kritiska synpunkter utifrån ett perspektiv av HIV-prevention. Dom står jag för. Samtidigt vet jag att narkomanvården i Malmö och Lund är mycket bra - kanske den bästa i landet. Men den kan bli ännu bättre.

2 HISTORIK ÖVER NARKOMANVÅRDEN

Narkomanvården i Skåne har en historia sedan början av sjuttioalet. Då öppnades rådgivningsbyråerna i Malmö och Lund och då startade avdelning 1F, en kombinerad avgiftnings- och rehabiliteringsavdelning på S:t Lars sjukhus i Lund.

Narkomanvården i de båda städerna som ligger på femton kilometers avstånd från varandra har utvecklats på olika sätt. De har haft skilda organisatoriska förutsättningar och har påverkats på olika sätt av den narkotikapolitiska debatten.

För förståelsen av hur narkomanvårdarna ser på fria sprutor är det viktigt att ha en bild av hur den narkomanvård vi har idag har vuxit fram.

I Lund byggdes samarbetet kommun - landsting in redan från början. Lunds kommun gick in med två socialarbetartjänster till Rådgivningsbyrån, medan föreståndare, sjuksköterska och psykolog var anställda av landstinget. När 1F startades blev Kerstin Tunving chef för både narkomanvårdskliniken och Rådgivningsbyrån. 1F tillhörde forskningskliniken på S:t Lars sjukhus och fick redan från starten en forskningsinriktning och påverkades av ett allmänpsykiatriskt synsätt.

Verksamheten i Lund har kommit att präglas av en pragmatisk inställning till narkomanvård. Dr Tunving och hennes medarbetare har arbetat fram en modell som har legat relativt fast under både sjuttio och åttioalet. Man har självfallet påverkats av svängningarna inom narkomanvården men i begränsad omfattning. De ideologiska pendelrörelserna har varit små, främst i förhållande till Stockholms narkomanvård men också jämfört med Malmös.

Rådgivningsbyrån har utvecklat en modell där öppenvårdsbehandling har varit väl så viktig som motivationsarbete med syftet att klienten skulle vidare till behandlingshem. Denna inriktning har varit naturlig med den personaluppsättning som RB har med förutom socialarbetare, läkare, sjuksköterska och psykolog. Tonvikten har ofta lagts på samtalsbehandling.

I Malmö har utvecklingen sett annorlunda ut. "Narkotikasektionen" startade sin verksamhet 1971 under det liberala 70-talets tidiga höjdpunkt. Från början hade kontaktskapandet en hög prioritet. Baracken på Rådmansgatan vid Triangeln serverade "gratisfrukostar" som rönste stor uppmärksamhet och som drog till sig de unga missbrukarna.

NS fick ett mycket stort kontaktnät, särskilt bland opiatmissbrukarna.

När socialarbetarna började ställa större krav på att narkomanerna skulle göra något åt sitt missbruk försvann en del av de rena matfriarna.

Under hela sjuttioåret användes avdelning 1F i Lund i stor utsträckning för avgiftning och uppföljande vård, och Malmö hade också en egen narkomanvårdsresurs, Katrinelund, en kombination av inackorderingshem och behandlingshem som låg i stan. Bristen på behandlingshemsplatser var stor, och vårdplaceringarna präglades av improvisation och emellanåt en kreativ fantasi med avgiftningsresor till lantliga torp och familjehemsplaceringar hos unga, entusiastiska familjer på landet.

Bristen på behandlingsplatser blev inte mindre när Katrinelund lades ner i slutet av 1974.

Metadonbehandlingen vid Ulleråkers sjukhus kom tidigt och fick snabbt ett antal patienter från Malmö-Lundregionen. Det var missbrukarna själva som ville ha metadon och motståndet från behandlarna var svagt till en början men blev med tiden allt intensivare.

1F använde vid mitten av sjuttioåret fortfarande metadon i utdragna avgiftningsprogram för morfinbasmissbrukarna. Att söka in till 1F var populärt, och många av morfinisterna gjorde täta turer till 1F, naturligtvis inte enbart på grund av metadonnedtrappningen, utan även eftersom personalen var erfaren och engagerad.

Omkring 1978 ersatte 1F metadon som avgiftningspreparat med doloxen.

Malmö hade sin egen narkomanvårdsläkare, Valle Rune som egentligen var barnpsykiater, men som via sina konsulttimmar på Narkotikasektionen och Tullstorp, en specialinstitution för unga narkotika-

missbrukare, kom att arbeta oerhört mycket med Malmö narkomaner under en period på 7-8 år. Under denna period träffade han uppemot tusen patienter, och han var också den läkare som skrev de nödvändiga specialistremsorna för vård på S:t Lars. Malmö hade således fortfarande ingen egen avgiftning.

I mitten av sjuttioalet var narkomanvården i Malmö präglad av de radikala strömningarna i samhället. Arbetsmodellen var demokratisk, och inställningen till missbrukarna präglades av en samhällsanalys, där missbruket sågs som ett symptom på bakomliggande sociala faktorer.

Missbrukaren var ett offer för ett brutalt samhälles utslagningssmekanism. Socialarbetarens uppgift var hjälparens snarare än kravställarens. Inställningen till samarbete med myndigheter som polis och kriminalvård var mycket negativ. Även samarbetet med den egna förvaltningen präglades av viss skepsis. Missbrukaren hade rätt till en sekretess i förhållande till socialbyrån. Det fanns ett mycket starkt motstånd till all typ av vårdtvång, och flera av socialarbetarna vid Narkotikasektionen gick ut kraftfullt mot tvång i den offentliga debatten.

I Lund fanns samma tendenser men i betydligt mindre utsträckning, och Rådgivningsgruppen gjorde ganska lite väsen av sig. LSPV - lagen om sluten psykiatrisk vård - användes avsevärt oftare i Lund än i Malmö mot narkomaner. Tvånget var inte tabu i Lund.

I mitten av sjuttioalet bildades i Skåne Tisdagsgruppen på initiativ från Socialstyrelsens Byrå SN4. Tisdagsgruppen var ett samarbetsforum för Skånes narkomanvård och hade sin motsvarighet i Stockholms "Måndagsgruppen" (som var den ursprungliga) och Göteborgs "Onsdagsgruppen". Genom "veckodagsgruppernas" gemensamma konferenser skedde ett erfarenhetsutbyte mellan de olika storstadsregionernas narkomanvårdare.

I Tisdagsgruppen där aktiviteten visserligen var relativt ojämn, men där de ideologiska diskussionerna ändå fördes hade Narkotikasektionen en aktiv roll, medan Rådgivningsgruppen i Lund och 1F låg ganska lågt.

I slutet av 70-talet kom Hasselakollektivet med K.A. Westerberg och Ove Rosengren i spetsen att prägla debatten inom narkomanvården. De engagerade sig i den tidigare mycket osynliga narkotikapolitiska organisationen RNS (Riksförbundet för ett narkotikafritt samhälle) och bidrog mycket verksamt till att organisationen fick ett starkt uppsving. Några ledande socialarbetare vid Narkotikasektionen (NS) lämnade sina tidigare ställningstaganden och sitt medlemskap i RFHL (Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare) och engagerade sig mycket aktivt i RNS. Inom ett år hade de flesta som arbetade på NS på ett eller annat sätt engagerat sig i RNS eller för RNS idéer. Det kom att innebära en markant omorientering av NS verksamhet och präglade om än i mindre utsträckning också de nyöppnade institutionerna Norda och 89:an, två motivationsenheter som öppnades hösten 1980.

Någon motsvarande omorientering skedde inte i Lund, där vårdideologin fortfarande präglades av det psykologiska/terapeutiska och psykiatriska synsättet. Personalen vid 1F och Rådgivningsbyrån i Lund beklagade sig ofta över de radikala socialarbetarna i Malmö och deras oförmåga att uppmärksamma rent somatiska men även psykiska komplikationer hos missbrukarna.

Genom tillkomsten av Norda och 89:an fick narkomanvården i Malmö ett välkommet tillskott. Någon lösning på avgiftningsbehovet för Malmös narkomaner innebar dock inte tillskottet. De pengar som de nya institutionerna kostade kom egentligen från sjukvården. I mitten av sjuttio-talet var det meningen att sjukvården i Malmö skulle bygga upp en egen narkomanvård. En narkomanvårdsöverläkare anställdes 1975, men han lyckades aldrig vinna gehör för sina idéer, och det slutade med en gemensam utredning av narkomanvårdens framtid med representanter från sjukvård och socialvård, där man till slut enades om att socialvården skulle ansvara för narkomanvården och därmed ta över sjukvårdens pengar. Avgiftningsfasen la utredarna väldigt liten vikt vid, och man blev överens om att prioritera motivationsenheter i stället för avgiftning. Den avgiftning som trots allt behövdes skulle genomföras på psykiatriska kliniken och vid enstaka tillfällen på avdelning 1F i Lund. Helt gentilt utlovade sjukvårdens representanter fem fasta avgiftningsplatser. Detta löfte var inte förankrat på psykiatriska kliniken, och i praktiken blev större delen av åt-

tioalet för narkomanvården en kamp för att få psykiatriska kliniken att stå för två avgiftningsplatser för planerade avgiftningar inför placering på 89:an eller behandlingshem. Samtidigt blev det svårare att få använda sig av 1F, eftersom kostnaden gick på psykiatriska klinikens anslag för externa placeringar, och budgetläget blev allt kärvare.

I utredningen om den framtida narkomanvården deltog ingen representant från Narkotikasektionen. Förslaget hade prägeln av kompromissförslag där ingen part fick igenom hela sin modell.

Vid denna tid var det miljöterapeutiska samhället Hindbyhemmet Malmö socialförvaltnings stolthet, och dess föreståndare ingick i utredningen som representant för vårdsidan. Tanken var sedan att Hindby skulle vara ledstjärna i den nya behandlingsmodellen. Hindby var främst inriktat på alkoholmissbrukare, men tog också emot narkomaner.

Idén om Hindbys ledande roll fanns kvar under det första året av Nordas och 89:ans verksamhet, men sedan föll Hindbys föreståndare med dunder och brak efter en skandal och fick lämna Hindby, och med honom försvann Hindbys anspråk som ideologisk ledare. Det tog visserligen ytterligare något år innan det officiellt medgavs att Hindby inte tillhörde narkomanvården, men dess roll inom narkomanvården var överspelad.

Den främsta kritiken från narkomanvården mot Hindby var att deras miljöterapeutiska behandlingsmodell inte var tillräckligt "tät" för att fungera för narkomaner.

De nya enheterna, 89:an och Norda var i stället inspirerade av Hasselakollektivet. Det innebar en välstrukturerad behandlingsmodell och ett fast dagsprogram som innehöll motivationssamtal, arbete, motionsaktiviteter och kulturella aktiviteter. Institutionerna hade omfattande inskränkningar i klienternas rörelsefrihet för att förhindra att narkotika kom in och man lyckades hålla rent från narkotika i en helt annan utsträckning än t.ex. Hindby.

Klart markerades att det inte var demokrati eller terapi som var det viktiga i motivationsskedet, och personalen arbetade inte heller uttalat terapeutiskt.

89:an var första steget i vårdkedjan och klienterna gick vidare till Norda efter ett par veckor. På Norda stannade man ett par månader innan man gick vidare till familjevård eller behandlingshem. (Efter Avgiftningsenhetens tillkomst hösten 1986 har vårdkedjan ändrats så att 89:an och Norda numera arbetar som parallella motivationshem och klienterna går direkt ifrån dessa till familjevård eller behandlingshem.)

Genom ett engagerat arbete från personalen och en konsekvent genomförd pedagogisk modell fick de båda nya enheterna luft under vingarna.

Modellen med fysisk aktivitet och arbetsträning fungerade, och många gick vidare till behandlingshem och familjevård. Samarbetet mellan de olika enheterna i vårdkedjan flöt också mestadels bra.

Trots tillkomsten av bortåt trettio nya tjänster fanns någon psykolog överhuvudtaget inte inom narkomanvården och inte heller någon psykiater. Infektionsläkaren Torkil Moestrup tog på sig konsultläkarrollen för Norda och 89:an, men Valle Rune, barnpsykiatern som på sjuttioalet var Malmös narkotikaläkare och som hade konsulttimmar på Narkotikasektionen, fick aldrig någon efterträdare. Den person som upprätthöll befattningen som överläkare i narkomanvård var aldrig genuint intresserad av narkomanvård och hittade heller aldrig någon roll för sig i narkomanvården.

Malmös narkomanvård lärde sig att klara sig utan psykologisk specialkompetens eller psykiatriskt kunnande, och det innebar en stark betoning av den sociala och samhälleliga aspekten på drogproblem.

Det hela fungerade, missbrukarna kom iväg i vård, och en del blev rehabiliterade och kraven gentemot sjukvården kom att främst att röra avgiftningsplatser på psykiatriska kliniken och behovet av specialistvård av psykiskt starkt avvikande narkomaner.

Ända sedan tidigt sjuttioal var narkomanvårdarna en stolt och självmedveten grupp. Det var från narkomanvården som det nya kom - små miljöterapeutiska behandlingshem på landet, familjevård för vuxna, uppsökande verksamhet, medlevarskapskollektiv osv - och narkomanvården expanderade stadigt. Och i Skåne var det numera Malmös narkomanvård som märktes mest. Narkomanvårdarna i Malmö var bättre på

samhällsperspektivet i arbetet och på ett pedagogiskt präglat påverkansarbete än på behandlingsarbete av mer djupgående karaktär. Det passade väl in i den aktuella vårdkonjunkturen. Den terapeutiska vägen hade definitivt ebbat ut.

I Lund fortsatte sjukvården att behålla sin ledande roll. Inom S:t Lars kom en forskargrupp att etableras som gav status åt arbetet. 1F fick en ny, dynamisk avdelningsföreståndare som ledde en uppryckning av avdelningen. Hon gjorde för övrigt ett par månaders mellanspel inom narkomanvården i Malmö 1980 innan hon besviken över bristen på avgiftningsplatser i systemet och den antipsykiatriska stämningen fann för gott att återvända till S:t Lars. Det var en kollision mellan de båda städernas synsätt.

Rådgivningsbyrån i Lund fördjupade sitt individuella, terapeutiskt inriktade stödarbete. Personalen behöll mycket mer av den tidiga narkomanvårdens inriktning på en verksamhet som var inriktad på att acceptera missbrukarnas egen väg till förändring än Malmö. Den kritik som har framförts mot RGB i Lund menade att de alltför starkt knöt missbrukarna till sig i svårhanterliga terapisisituationer mitt under pågående missbruk, där resultatet av insatserna var mycket svåra att överblicka.

En ny institution öppnades i Lund i december 1983, Vipelyckan. Det var ett behandlingshem med nära knytning till Rådgivningsbyrån och 1F genom att det låg under narkomanvårdsenhetens överläkare.

Vipelyckan skilde sig i hög grad från Malmös båda motivationsenheter. Vården angavs ha en medicinsk/psykiatrisk prägel, och man accepterade psykiatrisk medicinering i de få fall då detta bedömdes som nödvändigt.

I en personalgrupp på åtta fanns en heltidspsykolog. Vipelyckan har valt att orientera sig mot ett annat synsätt i sin behandling än det psykodynamiska som präglar 1F. Som behandlingsmetod används i stället transaktionsanalys vilket har mötts av skepsis från narkomanvårdens övriga ideologer i Lund.

Genom sin tuffare attityd mot missbrukarna (som hade inletts flera år tidigare), sitt nya accepterande av samarbete med polisen och sin positiva inställning till tvångsåtgärder förlorade Narkotikasektionen

en del av sina gamla kontakter. I stället fick man ökat utrymme att arbeta med yngre, mer lättmotiverade missbrukare med kortare missbrukstid och, om dom fick hjälp vid rätt tillfälle, bättre prognos.

Längre fram på åttiotalet kom krav på ett ökat samarbete med socialbyråerna, och tyngdpunkten på vem som tog intiativ till en kontakt försköts från missbrukarna själva till socialbyråerna via remisser och påtryckningar.

I mitten av åttiotalet med den hotande AIDS-epidemin var Rådgivningsgruppen (som Narkotikasektionen bytte namn till 1984) i Malmö tidigt ute med att kräva utökade resurser och ge förslag till nya projekt för en offensiv narkomanvård. På ett par år växte antalet anställda från 7-8 till över tjugo.

Någon motsvarande utveckling skedde inte i Lund, och RGB har i stort sett samma antal anställda idag som för femton år sedan. Till en del kan detta kanske förklaras med att Lund inte hade samma gehör för sina framställningar hos socialstyrelsen och socialdepartementet som Malmö, men huvudorsaken var att man hade en annan attityd i sitt arbete. Den var individinriktad snarare än samhällsinriktad som Malmös. Ambitionen var att utveckla kvaliteten i arbetet med de klienter man arbetade med snarare än att utvidga verksamheten till att nå ut till fler.

Samma tuffa attityd som Rådgivningsgruppen hade om än med andra förtecken mötte de missbrukare som i en akut nödsituation tog kontakt med psykiatriska kliniken i Malmö, det ställe som är till för människor i kris och förtvivlan. Om inte missbrukaren var uppenbart psykotisk eller djupt deprimerad möttes han eller hon i akutintaget av beskedet att ta kontakt med Narkotikasektionen/ Rådgivningsbyrå, tillsammans med dom göra upp om en planering som innebar att han gick in i långsiktig behandling och slutade med sitt missbruk och därefter återkomma genom RG:s förmedling. Missbrukaren fick lära sig att någon plats för ett omhändertagande och en omsorg på rent humanitära grunder inte fanns.

Visserligen fanns en klinik på sjukhuset där narkomanerna traditionellt hade blivit väl behandlade, och där de vårdats för sina gulsotar och svåra infektioner - infektionskliniken. Dit kom redan Indienfarande hippies i slutet av sextiotalet med den ena exotiska infektionssjukdomen efter den andra, och där fanns för det mesta ett humanitärt omhändertagande. Detta intresse från Infektionskliniken för narkomaner byggdes på av att doktor Torkil Moestrup kom att få ett stort personligt engagemang i narkomangruppen och tog på sig det medicinska ansvaret för polikliniska avgiftningar av narkomaner som han hade kontakt med. Infektionsklinikens ansvarstagande för narkomanerna utvidgades ytterligare i mitten av åttiotalet då den hotande HIV/AIDS-epidemin bland narkomaner gav upphov till ett förebyggande arbete.

Men inom narkomanvården och psykiatrin har det inte utvecklats någon tradition att ta in en narkoman för avgiftning enbart för att han/hon vill bli avgiftad.

Målet har varit högt ställt. De knappa resurserna ska användas för att få misbrukare ut ur missbruket. Man ska vara intresserad av fortsatt vård för att ges inledande vård.

Visserligen skedde i Lund på S:t Lars under åttiotalet en höjning av kraven för att komma in i avgiftning, men de kom ändå inte upp i nivå med Malmös krav.

Över tjugo år efter det att Malmö fick sina första sprutnarkomaner, i oktober 1986 öppnades en avgiftningsenhet i Malmö. Men det rörde sig inte om enbart en avgiftningsenhet. Man skulle också ta hand om Malmös och regionens behov av tvångsvård av narkomaner.

Återigen slog den starka socialförvaltningstraditionen igenom. Avgiftningsenheten/LVM-hemmet lades under socialtjänsten. Socialförvaltningen åtog sig att bedriva sjukvård i form av avgiftning. Denna konstruktion visade sig svårsmält för tänkbara kandidater till konsulttjänsten som psykiater, och man misslyckades med att få någon intresserad. Infektionskliniken i form av Torkil Moestrup gick in som en räddande ängel, och enheten kunde öppnas. Det psykiatriska ansvaret kom att läggas på den biträdande föreståndaren

som var inrekryterad från avdelning 1F, och samma person som stått som ansvarig för ambitionshöjningen på 1F.

Avgiftningsenhetens behandlingsprogram fick sin prägel av 1F:s och detta medförde och medför fortfarande att motsättningen mellan Malmö-modellen och Lunda-modellen för narkomanvård nu finns mitt inne i narkomanvården i Malmö! Det är betecknande att medan narkomanen i vård på RGB, 89:an och Norda kallas för "klient" används på Avgiftningen beteckningen "patient"!

Som framgått har narkomanvården utvecklats efter helt olika traditioner i Malmö och Lund. I Malmö har socialtjänsten hela tiden haft ansvaret för narkomanvård, och den har utvecklats mitt uppe i den socialpolitiska debatten med frivilligheten i centrum på sjuttioalet och med sympati för en restriktiv narkomanvårdspolitik under åttiotalet. Bilden är inte entydig och speciellt under åttiotalets expansion har spännvidden över åsikterna bland behandlarna vidgats. Det stora intresset för ett makroperspektiv har dock funnits kvar.

I Lund har svängningarna varit mindre. Det terapeutiska, psykiatriska synsättet har dominerat hela tiden. Narkomanvården har utvecklats inom sjukvårdens ramar och dess traditioner av ett humanitärt omhändertagande har varit viktigare än ett förändringsperspektiv.

I Malmö är narkomanvård socialtjänst - i Lund sjukvård. I Malmö är en föreståndare chef för avgiftning - i Lund är en överläkare chef för en Rådgivningsbyrå.

Dessa traditioner ger en del av förklaringen till hur narkomanvårdarna ser på utdelning av fria sprutor. Samtidigt förvirras bilden av en paradox. Under hela åttiotalet har infektionsklinken varit nära involverad i narkomanvården i Malmö. Den har gått in och tagit det ansvar som psykiatrin har vägrat ta. Ändå har något samarbete inte etablerats mellan infektionens sprutbytesprogram och narkomanvården. Förklaringen till detta ges under avsnittet om infektionskliniken i Malmö.

Narkomanvården i Malmö och Lund idag

I Malmö ingår öppenvårdsenheten "Rådgivningsgruppen" som består av en s.k. reguljärverksamhet som arbetar med motivation och stöd i öppenvård. Dessutom finns

- prostitutionsprojektet - fältarbete med prostituerade
- socialarbetarna vid polisen - två socialarbetare som utgör socialtjänstens förlängda arm vid polisen, inriktning ungdomar
- AIDS-information eller AIDS-commandot - uppsökande verksamhet och AIDS-information till missbrukare
- Futura - riktar sig till socialt etablerade missbrukare
- Häktesverksamheten - uppsökande verksamhet på häktena

Avgiftningsenheten - avgiftning och LVM-vård. 9 platser.

89:an eller Motivationsgruppen - motivationshem med specialisering gentemot "udda missbrukare". 4 platser.

Norda - motivationshem, 6 platser.

Malmö har inga egna behandlingshemsplatser utan abonnerar 35-40 vårdplatser runt om i landet.

I Lund heter öppenvårdsenheten "Rådgivningsbyrån" som arbetar med behandling och stöd i öppenvården, specialitet haschare.

1F, narkomanvårdskliniken vid S:t Lars med avgiftning och uppföljande vård. 12 platser.

Vipelyckan - behandlingshem med 8 platser.

Uppsökandeprojektet - tillhör socialtjänsten och arbetar med uppsökande verksamhet och HIV-information bland narkomaner.

3 NARKOTIKAMISSBRUKETS OMFATTNING I MALMÖ OCH LUND

Den stora, landsomfattande "Undersökningen om narkotikamissbrukets omfattning", UNO visade att det tunga narkotikamissbruket är särskilt omfattande i de tre storstadsområdena.

UNO formulerade en definition av tungt missbruk som har blivit etablerad. (Tungt narkotikamissbruk s 6) "Tungt missbruk" innefattar allt injektionsmissbruk och dagligt eller så gott som dagligt övrigt narkotikamissbruk.

Det vanligaste narkotiska preparatet är cannabis, men eftersom det aldrig injiceras faller det utanför vår undersöknings intresse. Inte heller belyses läkemedelsmissbruket.

I denna framställning presenteras uppgifter om missbruket av amfetamin, kokain och heroin i Malmö och Lund. Som bekant är amfetamin ett centralstimulerande preparat och heroin en opiat. Dessa begrepp används synonymt i framställningen. Kokain är också ett centralstimulerande medel men redovisas separat under eget namn. Fortfarande är kokainmissbruket i Sverige litet. Det kokain som finns sniffas. Kokainet har inte slagit ut amfetaminet som är dess farmakologiska släkting.

Uppgifterna kommer från UNO-undersökningen 1979, den kartläggning som Alvar Norén gjorde i Malmö med UNO:s metodik våren 1987 och lokala kartläggningar i Lund. Till detta har fogats uppgifter från narkomanvårdare, poliser och narkotikamissbrukare.

I Malmö var socialsekreterare Alvar Norén den ene av de två lokala kontaktmännen för UNO-undersökningen 1979. (Jag själv var den andre.)

Den undersökning som Norén genomförde 1987 hade stora likheter i uppläggnings och jämförelser är därför möjliga. Vid 87-års undersökning inkom uppgifter om 823 personer varav 571 med säkerhet kunde räknas som tunga. Av dessa var 59% HIV-testade. Av injektionsmissbrukarna var 65% testade.

Könsfördelningen var 76% män, 24% kvinnor, samma siffror som UNO visade.

Jämförelser i övrigt mellan de båda undersökningarna visade enligt Alvar Norén följande:

"Narkotikaproblemet är inte längre något specifikt ungdomsproblem.

Sedan några år har nyrekryteringen och andelen unga missbrukare minskat Vi har att arbeta med ett ökat antal äldre missbrukare sedan förra undersökningen Andelen med långvarigt missbruk är större. 46% av de tunga missbrukarna är nu trettio år eller äldre.

Andelen var 30% 1978-79.....De tunga missbrukarna har ofta också ett känt missbruk av andra preparat. 45% missbrukar också alkohol eller sömn- och lugnande medel." (Norén, sammanfattning onummerad).

Genom att använda UNO:s modeller för att ta hänsyn till bortfall och mörkertal kom Norén fram till att det skulle finnas 800-850 tunga narkotikamissbrukare i Malmö, Det var ett hundratal fler än i UNO-undersökningen 1979. "Men", för att citera Norén igen. "då skall påpekas att missbruket med stor sannolikhet fortsatte öka fram till början av 1980-talet. Under de senaste åren har sannolikt missbruket minskat."

I en tabell redovisas förekomst av olika preparat i åldersgrupperna (can = cannabis, cs = centralstimulantia, amfetamin)

Frekvens

Åldersgrupp	can	cs	kokain	opiater	
t.o.m. 19 år	43	11	3	2	
20 - 24	96	48	1	10	
25 - 29	65	75	-	55	
30 - 34	40	87	2	39	
35 - 39	13	49	-	11	
40 år -	12	46	-	2	
totalt	543	495	23	193	(Norén s. 4)

Siffrorna belyser de olika preparatens spridning i åldersgrupperna. Det innebär också att en individ kan finnas med i flera av preparatredovisningarna. Särskilt i fråga om cannabis gäller att det används vid sidan av ett injektionsmissbruk av heroin eller amfetamin.

Det förekommer också att man blandar missbruk av heroin och amfetamin.

Av de 750 individer där uppgift fanns om huvudpreparat och blandning av preparat har 35 angetts använda både amfetamin och heroin. Det är således ett litet antal.

För 420 är centralstimulantia huvudpreparat ensamt eller tillsammans med cannabis.

För 109 är opiater huvudpreparat ensamt eller tillsammans med cannabis.

Det innebär att det enligt denna undersökning finns nästan fyra gånger så många amfetaminister som heroinister. Om vi i stället jämför amfetaminanvändare med heroinanvändare utan hänsyn till huvudpreparat så är proportionerna 2,6:1. 1979 var motsvarande jämförelse 1,7:1. Det innebär att amfetaministerna utgör en större del av narkomanerna i dag än 1979.

Av de 809 där uppgifter ges om intagningsätt anges 459 injicera narkotikan.

Eftersom dessa siffror inte är omräknade efter bortfall och mörkertal ska de inte ses som absoluta tal. Det är snarare relationerna mellan olika siffror som är intressanta. Uppgifterna ger också minimala på olika frekvenser.

Undersökningarna pekar på en förändring under tioårsperioden. Amfetaminet befäster sin ställning som det viktigaste injektionspreparatet. Heroinet har gått tillbaka. Kokainmissbruket är obetydligt.

Hur bedömer våra intervjupersoner missbruket?

Budskapet från 1987 års undersökning bekräftas av narkomanvårdare och polis. Amfetaminet har ökat på senare år och har vunnit insteg i ungdomsgruppen. Heroinet har gått tillbaka och nyrekryteringen till heroin är obetydlig. Kokainet har liten utbredning.

Några röster:

"Amfetaminet ökar. Det är en drog i tiden. Den gamla, inåtvända flumperioden är över. Nu ska det vara "action". Det förekommer att unga tjejer har med sig amfetamin i handväskan inför dansen eller partyt, tillsammans med en vinare eller i stället för den.

Heroinmissbruket är oförändrat eller så har det gått tillbaka. Vi stöter sällan på nya heroinmissbrukare. Andelen prostituerade med tungt heroinmissbruk har minskat. Till en del berodde det på uppsökarprojektet "Tunga missbrukare" som gjorde ett mycket bra jobb och inriktade sig på gruppen kvinnor med tungt heroinmissbruk."

Behandlare i öppenvård.

"Amfetaminet breder ut sig på diskotek, restauranter och klubbar. Jag har själv stött på folk som har använt amfetamin på Oves (en rock-klubb) och Zorba (grekisk restaurang). Men heroin är inte så vanligt längre. folk är rädda för det."

Behandlare på motivationshem.

"Amfetaminmissbruket har ökat eller så har vi blivit bättre på att fånga upp amfetaministerna. Det är en oerhört stor grupp. Jag tror missbruket har ökat sedan början av åttiotalet. Numera är amfetaminet en naturlig fortsättning på sniffande och haschrökning. Det är lätt att få tag i. Fängelserna har ett stort antal ungdomar i 19-20-årsåldern som åker ut och in. Dom är CS-missbrukare. De flesta injicerar, men en och annan vågar inte.

Heroinet däremot har minskat. De första två åren på åttiotalet skedde en viss ökning men sen har det stagnerat och gått tillbaka. Idag sker ingen nyrekrytering i nämnvärd utsträckning. De vi stöter på är dom gamla vanliga, eviga heroinisterna. De började i slutet av sjuttioalet eller i början av åttiotalet."

Arbetsledare på motivationshem.

En polis från narkotikaroteln som har en mycket god överblick hade en något annorlunda bild av läget:

"Under alla år har vi haft ett mycket omfattande missbruk av amfetamin i Malmö. Det har legat på en oacceptabelt hög nivå. Vi har inte kunnat skönja någon direkt ökning sedan 84-85 då en uppgång och förändring av missbruket skedde. Då började amfetaminet användas även av folk som inte var utslagna eller kriminella. Denna nya grupp dricker amfetaminet. Under en period förekom s.k. speedballs i Malmö. Det var bollar av papper indränkta i amfetamin som man svalde. Av detta fick folk magplågor och jag tror att speedballs har försvunnit.

Heroinet böljar fram och tillbaka. Just nu ser det bättre ut än tidigare. Men tyvärr har många dött av orent knark, av överdoser eller på annat sätt. På 3-4 år är det över trettio som har dött. Nyrekryteringen har bromsats. En och annan kommer till, men ej tillnärmelsevis i den omfattning vi såg förr.

Kokainet kunde ha bivit ett problem i Malmö, men vi har åtminstone temporärt stoppat det."

En tjugotreårig amfetaminist med åtta års injektionsmissbruk bakom sig ger en beskrivning av läget i Malmö 1988:

"Det är otroligt utbredd med tjack idag. Det är lättare att få tag i tjack än hasch. Det finns att köpa överallt. Och det används av alla kategorier, ungdomar, knuttar och kriminella gäng. Men också Svenssonmänniskor, ingenjörer och arkitekter, folk inom sjukvården och vanliga jobbare använder tjack. De nya äter, dricker eller sniffar - det beror på umgängeskretsen."

Uppenbarligen fick amfetaminmissbruket ett uppsving för tre-fyra år sedan, i ungefär samma veva som det ökade kokainmissbruket började uppmärksammas i USA. Några malmöjournalister, Fredrik och Magnus Gertten har beskrivit användandet av kokain på klubbar och innerrestauranter i Malmö. De har också visat på amfetaminmissbruk bland samma socialt välanpassade grupper som de som tar kokain. Kokainvågen i USA och centralstimulantiemissbruket bland nya grupper i Sverige var en del i samma trend - livet ska levas intensivt, aktivt, utåtriktat. Där passade amfetaminet och kokainet in.

Heroinmissbruket har stagnerat och sannolikt direkt minskat. Det är alla ense om. Heroin är inte bara en farlig drog. Den gör missbrukaren inåtvänd, passiv och bedövad. Det är inte en tillvaro som lockar i åttioalets Sverige. Heroin är inte trendigt.

En trettiofemårig heroinmissbrukare med en central roll bland Malmös heroinister ger sin bild:

"Jag tillhör den gamla stammen, vi som började 74-75. Nu är vi bara 10-12 man kvar. Många har lagt av, många har dött. En del har fått metadon.

Sen finns det ytterligare 40-60 som började i slutet av 70-talet.

För ungefär tre år sedan kom en ny generation, "nynasare" kallar jag dom. Dom är nu i tjugofemårsåldern. Många är utlänningar, jugoslaver, albaner. De injicerar inte utan röker på helgerna och försöker hålla fasaden. Annars är det inte många nya som kommer.

Det är hårt att hålla på med heroin. Det är till och med klyddigt att handla heroin nuförtiden. Man får krusa för att köpa. Det har jag aldrig varit med om innan. Nu lägger jag av. Jag har tappat lusten."

Uppgifterna ligger i linje med de som framkommit i övrigt.

I Lund har det inte genomförts någon direkt motsvarighet till Alvar Noréns undersökning. I november 1987 presenterade socialsekreterare Willy Karlsson en delrapport från den uppsökande verksamhet han arbetat med under 1987. I rapporten ingick en kartläggning av aktuella narkotikamissbrukare inom socialtjänst, narkomanvård (som i Lund i huvudsak finns inom sjukvården) och kriminalvårdens frivård. Totalt hittade man 254 kända injicerande narkotikamissbrukare, 197 män och 57 kvinnor (78% resp. 22%). Av dessa hade 111 dvs. 44% med säkerhet testat sig. Motsvarande andel i Malmö var 65%, dvs en markant högre andel.

I intervjun med Willy Karlsson framhåller han att missbrukarna i Lund har ett utpräglat blandmissbruk där kombinationen alkohol och amfetamin är den vanligaste. Det finns en överlappning mellan yngre alkoholmissbrukare och knarkare. I ett gäng dominerar ibland amfetaminet och ibland spriten.

I sin särredovisning i rapporten om de 229 narkotikamissbrukare som var kända inom socialtjänsten har Willy Karlsson fyra olika missbrukskategorier:

Blm = blandmissbruk, blandning av alkohol och narkotika eller samtidig användning av olika slags narkotika.

CS = dominerande missbruk av centralstimulantia, huvudsakligen amfetamin.

O = opiater, huvudsakligen heroin, dominerar

Ha = hasch (cannabis) är det enda kända missbruket.

Med hjälp av Karlssons uppgifter har en tabell konstruerats av motsvarande slag som den som redovisas för Malmö. Tyvärr är åldersgrupperna annorlunda och jämförelsen försvåras också av att kategorin "blandmissbrukare" är den särklassigt största.

Frekvens				
Åldersgrupp	can	cs	opiater	blandmissbr
t.o.m. 20 år	2	-	2	3
21 - 25	11	4		34
26 - 30	3	12	11	39
31 - 35	3	7	7	40
36 - 45	2	5	5	36
46 - 55	-	-	-	2
totalt	21	28	25	154

Det går inte utläsa exakt av siffrorna hur många som är över trettio år (I Malmö 46%), men vi ser att 47% är över 31 år.

Willy Karlsson gör inga försök att räkna fram något totalantal av antalet injektionsmissbrukare i Lund.

Hur ser då tendensen ut för de olika preparaten i termer av ökning, minskning?

Ja, bilden från Malmö går igen. Amfetaminet har ökat på senare år, heroinet har stagnerat, och avgången till drogfrihet, metadonprogram eller kyrkogården har balanserats av en liten nyrekrytering. Men uppgifterna är något osäkra.

Några lundaröster:

"Amfetaminet är billigt och tillgången god. Langarna slänger knarket efter missbrukarna! En del unga haschare har också prövat amfetamin som de har druckit. Amfetamin har helt klart ökat som en skandinavisk variant på kokainvågen. Men kokainet har inte slagit här än.

Heroinmissbruket är rätt konstant. Jag har svårt att uttala mig om eventuell nyrekrytering. Vi har kontakt med en grupp rätt unga med heroin som huvuddrog. De debuterade för tre år sen."

Behandlare i öppenvård.

"Det finns stadigare tillgång till amfetamin än på länge. Det började hösten 87. Nyrekrytering? Ja, den är väl i så fall bland ungdomar under tjugo år och den gruppen träffar inte jag. Men jag har faktiskt stött på några som har debuterat med heroinmissbruk under 1988. Det var ett par stycken blandmissbrukare som började med heroin."

Uppsökare, socialtjänsten.

"Vi har en oroväckande bild på amfetaminsidan. Vi har obegränsad tillgång till importerat amfetamin här i Lund. Hur det ser ut på missbrukssidan med ökning eller minskning har jag ingen klar bild av. Bland heroinisterna tycker jag att vi träffar samma missbrukare som för tre år sen. Det finns en nyrekrytering men svårt att bedöma hur stor. Hur många heroinister det finns? Ja, mellan 20 och 200! Det är svårare att upptäcka heroinmissbrukare.

De har ett "snyggare" missbruk."

Polis, narkotikaroteln.

Går det att koppla utvecklingen på missbrukssidan i Malmö och Lund till de båda sprutprogrammen? Svaret blir kortfattat - nej!

De intervjuade har inte kunnat upptäcka några förändringar som har skett sedan sprutprogrammets tillkomst november 86 i Lund och sommaren 87 i Malmö.

Det tar tid innan sådant märks. Först brukar polisen se att en ökning av missbruket sker. De har inte noterat något. Det är också för tidigt att dra några slutsatser i den andra riktningen - att sprutbytesprogrammen har bidragit till att minska missbruket. Heroinets nedåtgående tendens hade börjat redan när sprutprogrammen kom igång. Likaså uppgången för amfetaminet.

Det finns en mängd faktorer som påverkar missbruksutvecklingen som trender överhuvudtaget i ungdomsgruppen, tillgången på narkotika, vårdens effektivitet m.m.

Jag bedömer det som oerhört svårt att lägga fast samband mellan sprutbytesprogram och missbruksutveckling. Nästan alla intervjuade menar att något samband inte föreligger. Skulle det finnas effekter är risken stor att dessa drunknar i andra orsakssamband som har stort inflytande t.ex. trender i ungdomsgruppen.

Som framgått av redovisningen finns det ganska stora likheter mellan narkotikasituationen i Malmö och Lund. Det är inte oväntat, eftersom kommunikationerna är omfattande mellan de båda orterna. Utbytet handlar snarare om att narkotikamarknaden i Lund påverkas av den större marknaden i Malmö än att narkomanerna umgås över kommungränserna.

4 KNARKANDETS PRAKTIK

"När jag håller på tar jag tre-fem sprutor per dygn. Jag sover normalt. Den viktigaste fixen är morgonfixen så man pallar gå upp. Sen ger jag mig ut på stan för att ordna "lovor"(pengar). Ibland stjälv jag. Ibland får jag en slant för att jag förmedlar en affär. Ibland langar jag själv.

Man vet inte alltid hur starkt knarket är, men langarna brukar säga ifrån om det är extra starkt. Det har jag alltid tagit på allvar. Jag brukar ta halva lösningen först och resten efter tjugo minuter för att vara på den säkra sidan och undvika överdos. Det har räddat mig många gånger."

Heroinist, Malmö.

Att vara heroinmissbrukare är en heltidssysselsättning med en hel del övertid. Dagarna är fyllda med aktiviteter för att få ihop pengar till narkotikan. Med de priser som gäller är det närmast omöjligt att klara ett missbruk på en vanlig lön. Det innebär att männen ägnar sig åt olika typer av stölder, bedrägerier och langning. Kvinnorna får oftast ihop pengar genom prostitution.

Heroinet ska också köpas in och det ska intas. Det gäller att ha kunskaper om marknadens olika sorter och kvaliteter och goda langarkontakter, så att man inte blir lurad, när man köper. Allt detta tar tid. Ja, det inte bara tar tid. Det dödar tid också, får dagen att gå, ger tillvaron ett innehåll.

Att vara heroinist eller för den delen amfetaminist kräver en mängd kunskaper och färdigheter. Allt detta bär missbrukaren med sig när han går in i vård. Men - där är hans kunskaper ointressanta för personalen, och hans försök att prata om sina favoritämnen avfärdas som "knarksnack". Det är inget märkligt i det. I "knarksnacket" finns det ofta ett romantiserande och rättfärdigande av missbruket som behandlaren måste bemöta. Så talet om droger "stys ner" och stryps.

En behandlare som arbetar med motivationsvård ger uttryck för sin inställning till att prata om droger och drogande:

"Missbruket i sig pratar vi inte så mycket om. Vi tar det med klienten under introduktionssamtalet innan klienten har kommit

till oss. Vi pratar inte om påtändningarna i sig. Inte för att det är något tabu mot det, men det är bara inte väsentligt. Det är en flykt från de verkliga problemen att prata en massa om knarkandet."

Samma typ av synpunkter kommer igen på alla typer av narkomanvårdsenheter och i både Malmö och Lund. På avgiftningsklinikerna frågar man om missbruket för att man vill få en bild av hur avtändningen kan tänkas se ut. Öppenvårdens behandlare är mindre intresserade av detaljerna i missbruket i allmänhet, och de som sysslar med motivation eller behandling är ännu mindre intresserade.

Narkomanvårdare med många års erfarenhet berättade under intervjuerna att de aldrig har brytt sig om att ta reda på hur narkomanerna gör när de knarkar. Det har inte behövts. De som vet hur knarkandet går till i detalj är de f.d. missbrukare som arbetar i vården, men deras specialkunskaper används inte för att utbilda resten av personalen.. Det finns kunskapsbrister inom narkomanvården och dessa är ett av skälen till att denna rapport innehåller ett avsnitt om just injektionsteknik.

Det kan diskuteras om vården ska intressera sig för narkomanernas "knarkarverklighet" i större utsträckning. Det kan finnas behandlingsskäl till det.

Men vad som är viktigare - genom att personalen inte sätter sig in i hur den enskilde missbrukarens knarkarverklighet ser ut blir diskussionen om HIV enbart en teoretisk diskussion. HIV-informationen måste var mycket konkret och knyta an till den enskildes injektionsvanor och sexualvanor om den ska ha någon effekt.

Injektionsteknik

Tekniken att injicera narkotika skiljer sig inte särskilt mellan amfetaminister och heroinister, eller mellan malmönarkomaner och deras stockholmskolleger. Om man ska kunna ge en konkret HIV-information är det viktigt att känna till injektionsmönstren i detalj.

Detta är huvudmomenten:

A. Amfetamin

1. Amfetaminet säljs oftast i små plastpåsar. 1 gram i varje påse, kostnad 300 kr per gram. Det räcker till två "silar". Större kvantiteter säljs i lösvikt.
2. Den mängd amfetamin man tänker injicera tas fram - exempelvis genom att man har en tompåse dit man öser över hälften av amfetaminet.
3. Med sprutan som mätglas mäter man upp 2 ml vatten, tjugo streck på pumpen, "två meter". Vattnet sprutas i ett snapsglas eller om man inte har något glas tillgängligt direkt i påsen.
4. Amfetaminet hälls i snapsglaset. Man rör om tills det har löst sig. Ju bättre "tjack" desto klarare lösning. Man kan också blanda om genom att dra in lösningen med sprutan och spruta ut den igen flera gånger.
5. Man stoppar ner ett cigarettfilter eller en bomullstuss i glaset och drar med sprutan vätskan genom filtret och upp i pumpen (kanylen är avskruvad). Härigenom stannar slaggämnen som annars kunde ställa till skada i filtret.
6. Lösningen skjuts längst fram i sprutan. Man slickar av sprutspetsen för att det inte ska svida när man sticker in sprutan i venen.
7. Med hjälp av en rem "stasar" man, dvs drar åt remmen om armen för att hindra återrinningen av blodet till hjärtat. Blodet stockar sig i venen.
8. Sprutan sätts försiktigt in i venen och man drar in "svar", dvs en liten mängd blod dras in i sprutan, så att man försäkras om att man har hamnat rätt och inte har stuckit kanylen vid sidan om.
9. När man känner att sprutan har hamnat rätt skjuter man in hela innehålllet i venen. Man lägger sprutan ifrån sig och njuter av "kicken", den häftiga vällustkänsla som kommer efter cirka 10 sek. Det kan hända att man drar in blod i sprutan och sprutar in igen för att inget knark ska gå förlorat, (s.k. dubbelsvar).

10. Efter kanske tio minuter intresserar man sig för sprutan igen och sköljer ur den.

Det finns en form av amfetamin som i Malmö kallas "grisatjack" som kräver uppvärmning för att det ska lösa sig. Övriga sorter t.ex. amfetaminsulfat och amfetaminklorid kräver inte uppvärmning.

B. Heroinister

Det finns en mängd olika heroinsorter med namn efter ursprungsländerna, "turk", "thai" och "pakistan". Thai som också kallas "smack" är det bästa och det graderas från 1-10 efter kvalitet.

Här är tekniken annorlunda i några moment. Även här löses heroinet i vatten som har mätts upp i sprutan. För att det ska lösa sig krävs att vattnet värms upp. Till detta använder man en matsked eller tesked som böjs så att den kan stå på egen hand. Med hjälp av en tändare eller tändsticka värms heroinet upp. För vissa sorter krävs att citronsyra eller askorbinsyra tillsätts, t.ex. det bruna "turk". Efter uppvärmningen löser sig heroinet. Det renas genom ett cigarettfilter eller en bomullstuss och dras upp i sprutan. Sedan ser tekniken likadan ut som för amfetaministen. Tussarna sparas eftersom man kan utvinna en fix av ett antal tussar. De utgör ett sparkapital till den sista fixen innan man ska ut och jaga till nästa.

Risikfaktor

Genom att sprutorna används som mätinstrument kan knarklösningen i sig bli bemängd med virus. Om två stycken har lagt ihop till en "kabbe" (kapsel) heroin ska heroinet delas. Lättast sker detta genom att lösningen tillreds och mäts upp och att var och en sedan drar upp sin del i sin spruta. Sedan kan det inträffa att den ene får för sig att den andre har fått ett streck för mycket, och att han då får spruta ut lite som sedan den andre suger upp. Uppdelningen kan kompliceras ytterligare av att man har lagt olika mycket pengar till "kabben" eller av andra oklarheter. Det ska vara rättvist.

Sprutdelningen

Mellan varje injektion sköljs sprutan igenom till dess att det inte syns några spår av blod. Det är en mycket stark norm bland narkomanerna att detta ska göras. Även den egna sprutan sköljer man av. Koagulerat blod kan medföra att det blir stopp i kanylen. Blir det stopp, och det vill sig riktigt illa kan kanylen lossna så att hela lösningen sprutar ut och går förlorad.

Om någon annan har använt sprutan är det särskilt viktigt att sprutan rengöres. Man vill inte ha någon annans blod in i sina blodbanor, för hepatitrisken, för AIDS-risken och för att det är äckligt.

Samtliga malmönarkomaner avvisade bestämt varje tanke på att man skulle kunna dela direkt på en lösning - alltså att den ene tog hälften av lösningen och räckte över sprutan till den andre som tog andra hälften direkt. Även två f.d. missbrukare som intervjuades med missbrukserfarenhet ända bak till sextiotalet avvisar bestämt att det har förekommit i Malmö att man delat samma lösning annat än i mycket sällsynta situationer långt före AIDS.

Av stockholmarna har två själva delat av samma lösning (varav den ena före AIDS), ytterligare tre har sett andra dela "efter AIDS", en förnekar med avsmak att sådant skulle förekomma (han har kortast tid med injicerande - 4 år) och den sjunde fick aldrig frågan. (Han var ganska ostrukturerad och oskärpt i sina svar, och intervjun förkortades därför.)

Skillnaden i svar är så markant att den rimligen avspeglar olikheter i hur tabubelagt det är att skjuta i sig röd, blodbemängd lösning. Som framgår på annat ställe i rapporten finns skillnaderna också i fråga om spruthygien där malmönarkomanerna förefaller vara försiktigare.

Heroinets förpackning

I Malmö säljs heroinet i lösvikt om det gäller lite större förpackningar eller uppdelat i plastpåsar eller folie. Fortfarande mäter man i de gamla rymdmåtten från den tid då heroinet såldes i

tomma kanylrör. Man talar om rör, hölster och hattar.

Rör och hölster är samma sak. Hatten är mätenheten och den delas upp i fjärdedelar, "kvarter". Ett hölster är lite större än en hatt och består av fem kvarter. Det är svårt att överföra hattarna till gram eftersom olika heroinsorter väger olika mycket. Några exempel:

Av 1 gram "turk" får man ut	2-3 hölster
1 gram "pakistan" ger	3-4 hölster
1 gram "thai" ger	5-6 hölster

Man kan få ut tre fixar från en kvarter thai. Det skulle innebära 1/60 dels gram per fix! Undersökningens källor anger också att för hundra kronor heroin kan man bli både "frisk", alltså att abstinensbesvären försvinner och påtänd.

I Stockholm räknar man inte i rymdmätt utan i vikt. Heroinet säljs i kapslar, av samma typ som en doloxenkapsel, som består av 0.2 gram heroin. En kapsel kostade i augusti 1988 ca 500 kr. Det gör 2500 kr grammet.

En berest malmöheroinist översätter en kapsel till "tre kvarter", alltså trekvarts hatt. Uppenbarligen tillhör heroinisterna de kvardröjande minoriteter som till fulländning behärskar att räkna med allmänna bråk och översättningen av måttenheter förefaller rimlig även enligt mina beräkningar.

I Malmö var heroinet dyrare (3-5000 kr grammet i juni 1988 beroende på sort och kvantitet) men säljs i mindre mängder. Man kan köpa ner till för en hundralapp, medan i Stockholm huvudregeln tycks vara en kapsel. Detta medför ett större behov att slå sig ihop om en mängd i Stockholm. Men det bör noteras att prisuppgifterna bygger på några få intervjuer och det går inte att dra några vittgående slutsatser av de priser och kvantiteter som uppges. Speciellt priserna varierar starkt med tillgången.

5 SPRUTDELNINGEN OCH DESS ORSAKER

Detta är grundförutsättningarna för att sprutdelning ska förekomma:

- en individ har beslutat sig för att injicera narkotika
- han har inte tillgång till en egen, fungerande spruta
- någon i hans omgivning har en spruta
- denne någon kan tänka sig att låna ut sprutan eller kan av olika skäl inte förhindra att sprutan används av den andre

Det är teoretiskt tänkbart att man delar sprutor av andra orsaker än brist egna sprutor, t.ex. att man genom sprutdelningen vill markera någon form av särskild samhörighet, en sentida variant av fosterbrödralagets rituella blodblandning. De narkomaner som har intervjuats avvisar bestämt denna tanke. De föredrar alltid att ha en egen spruta, och visar sin samhörighet på andra sätt.

Det är inte heller så att man delar spruta för att kunna dela på själva lösningen. Har man en gemensam lösning och endast en spruta tar först den ene, sedan den andre efter att sprutan sköljts ur. (Se vidare under avsnittet om injektionsteknik.)

Om den individ som saknar spruta beslutar sig för att låta bli att injicera så bortfaller risken för HIV-smitta. Vare sig narkomanvårdarna eller narkomanerna ser detta som en särskilt vanlig reaktion.

En behandlare i Malmö exemplifierar:

"Folk skulle ta K:s spruta (en känd HIV-positiv narkoman) om det var den enda tillgängliga, och de var abstinenta. Det gäller åtminstone de riktigt utslagna."

Om det finns gott om sprutor så minskar antalet tillfällen då en individ är utan sprutor, och dessutom ökar sannolikheten att han kan få en ren spruta av en kamrat.

Sprutbytesprogrammen ökar tillgängligheten till sprutor.

Om sprutdelandet trots allt blir aktuellt kan det ske under olika grader av smittorisk. Avgörande är hur sprutan rengöres inför

injicerandet. Sprutan kan bli bemängd med virus genom att blodrester finns kvar i sprutan eller genom att blodrester har hamnat i knarklösningen i samband med att sprutan har använts som mätinstrument.

Graden av spruthygien vid delandet beror på individens upplevelse av HIV-hotets realitet, hans kunskaper om hygien, och hans förmåga att omsätta dessa kunskaper i praktiken. Det handlar om praktiska möjligheter som tillgång till vatten och kokmöjligheter och hans psykiska tillstånd, hans förmåga till rationellt beteende. Den effektivaste formen av spruthygien är att koka sprutan. Kokningen förkortar väsentligt sprutans livslängd. Benägenheten att koka sprutorna minskar därför när spruttillgången är dålig överlag. För att narkomanen ska klara av att tillreda knarket och sätta sprutan krävs en viss grad av vakenhet, även om handgreppen sker rutinmässigt. Helt utan möjlighet till att vidta försiktighetsåtgärder är han inte även om han är heroinabstinent eller inne i ett intensivt amfetamininjicerande.

Behandlarna lägger olika tonvikt på vilka faktorer som är avgörande när en sprutdelning kommer till stånd. Ungefär lika många nämner bristen på sprutor som narkomanernas avsaknad av självbevarelsedrift i abstinenssituationen. Svaren är inte relaterade till hur man ställer sig till fria sprutor.

De intervjuade narkomanerna tar upp bristen på sprutor som enda förklaringsorsak till sprutdelningen. I Malmö är av naturliga skäl tillgången till sprutor god och de intervjuade narkomanerna hävdar att de har tillgång till rena sprutor och klarar sig från att dela. I ett fall redovisas ett enstaka delningstillfälle utomhus med bristfällig spruthygien.

I Stockholm är tillgången till sprutor i allmänhet god, men de intervjuade narkomanerna beskriver perioder och situationer med sämre tillgång. Sprutdelningen är vanligare bland de sju stockholmsnarkomanerna än de i malmögruppen. (Mer om detta längre fram.) Till slut ett citat som belyser skillnaderna mellan Stockholm och Malmö. Det är en manlig heroinmissbrukare från Malmö som berättar:

"1986 bodde jag i Stockholm i sex månader. Det var i en av de södra förorterna. Min kompis och jag var i Stockholm tillfälligt.

Då träffade vi en kille som kompisens hade suttit på kåken med. Killen var verkligen på grön kvist, och han bjöd oss hem till sig.

Det blev att vi stannade där i ett halvår. Vi tog heroin hela tiden, men vi delade inte sprutor. Vi hade med några egna och de övriga skaffade kompisens från ett sjukhus. Om han fick dom eller snodde dom vet jag inte.

Man hade annorlunda tankegångar där om sprutor. Folk var inte alls så noga som vi. Jag nobbade att låna ut och flera gånger blev det ett jävla liv. Ett par gånger fick jag fly fältet för folk blev riktigt otrevliga. Det hände också att jag lovade att jag skulle låna ut, men när jag hade tagit mitt så drog jag iväg.

Helt klart var tillgången på sprutor sämre där än här."

Detta inträffade 1986, och tyder på att det fanns skillnader mellan Stockholm och Malmö i missbrukarnas inställning till sprutdelning redan före sprutbytesprogrammets tid.

Injektionsvanor - en jämförelse Malmö-Stockholm

Under intervjuerna med behandlare och missbrukare i Malmö och Lund kom det fram många funderingar över varför HIV-smittan var så utbredd i Stockholm. Flera intervjuade pekade på att narkomanerna i Stockholm hade ett annat knarkbeteende än skånenarkomanerna.

Jag beslöt mig för att på ort och ställe försöka skapa mig en bild över stockholmarnas knarkande. Sju narkotikamissbrukare som var inlagda på Sabbatsbergs sjukhus intervjuades:

1. man, f 1946, heroinmissbrukare sen 1965, injicerat sen 67
2. man, f 1952, heroin sen 1977, injicerat sen 84
3. man, f 1955, amfetamin sen 1970, injicerat sen 1970
4. man, f 1956, amfetamin sen 1972, injicerat sen 1972
5. man, f 1955, amfetamin sen 1969, injicerat sen 1975
6. kvinna, f 1964, amfetamin sen 1980, injicerat sen 1982
7. kvinna, f 1967, amfetamin sen 1981, injicerat sen 1982

I Malmö har jag intervjuat sex missbrukare, fyra på Avgiftningsenheten och två på Norda. Här följer en lista över dem där de motsvarar stockholmarnarkomanerna så gott det går.

Intervjupersonerna är inte utvalda efter någon speciell princip och jämförelsen får tas för vad den är - ett pedagogiskt grepp för att göra presentationen enklare. Kvinnan från Stockholm född 1967 utesluts från jämförelsen.

1. man, f 1955, heroin sen 1974, injicerat sen 1975
2. man, f 1958, heroin sen 1978, injicerat sen 1982
3. man, f 1964, amfetamin sen 1983, injicerat sen 1984
4. man, f 1965, amfetamin sen 1980, injicerat sen 1980
5. man, f 1963, amfetamin sen 1977, injicerat sen 1977
6. kvinna, f 1965, amfetamin sen 1981, injicerat sen 1983

Stockholmsgruppen är äldre, (medelålder 33,3 mot Malmögruppens 26,3), har längre tids missbruk (15,8 år mot 9,2), men den

huvudsakliga missbruksdrogen är densamma och den genomsnittliga debutåldern också (17,5 mot 17,1). Ingen av de tretton är HIV-positiv.

För var och en av de sex "kusinparen" följer här belysande citat först om rädslan för HIV och sedan om sprutbeteende. För att undvika att någon kan bli igenkänd stämmer inte citaten i nummerordning med kusinparen.

1. S (Stockholmsnarkoman)

"Klart att jag är orolig för HIV. Jag är så försiktig jag kan vara.

Senaste gången jag delade var i våras. Det var med en kille som var HIV-positiv. Det var i en hiss och vi hade dåligt med vatten.

Först tog han. Det var hans spruta och han var jävligt dålig. Sen värmdes vi upp vatten i skeden och rengjorde så gott det gick. Sen tog jag."

M (Malmöarkoman)

"Jag oroar mig mycket för AIDS. Har testat mig 10-12 gånger. Jag använder rena sprutor och är inte ihop sexuellt med knarkarbrudar. Använder kondom regelbundet. Jag har delat sprutor två gånger sedan spruthämningen började för två år sedan. Då kokade jag verktygen 4-5 minuter."

2. S

"Visst oroar jag mig för AIDS. Ett tag var jag övertygad om att jag hade fått HIV. Den tjejen jag hade varit ihop med en längre tid blev testad och hon var positiv. Vi hade delat sprutor och legat med varandra. Men jag var grön. Det kändes som en besvikelse! Jag hade förberett mig på att jag var positiv och det kändes som att jag skulle kunna klara att leva med det. Det var 1985.

Efter beskedet blev jag slarvigare igen. Jag delade sprutor och löste knarket i samma kopp som en annan och jag låg med tjejer utan kondom.

Nu är jag försiktigare igen.

Senast jag delade var i våras. Det var i en stad en bra bit från Stockholm, där det är svårt att få tag i sprutor. Jag hade tjack, min kompis hade en spruta som han hade haft i fyra-fem månader.

Han tog först, jag sköljde sen med vatten, kokade sprutan hastigt på spisen, sköljde med kallt vatten och sen tog jag min sil. Det var nog enda gången jag har kokat ett verktyg...Det var han som ville att vi skulle koka. Vi var avtända och inte på något sätt dåliga, och vi hade gott om tid.

I vanliga fall sköljer jag några gånger i vanligt vatten. Det går på rutin, likadant varje gång."

2. M

"För ett år sedan började jag bli rädd för HIV. Dessförinnan var jag mycket oförsiktig. Då delade jag nästan varje gång. Sista året har jag inte delat utan att koka. Jag har hört att sprutorna förstörs vid 70 grader, så jag drar upp kokhett vatten några gånger i sprutan och sköljer igenom det några gånger. Men sen sprututdelningen började har jag haft tillgång till rena verktyg nästan alltid."

3. S

"Jag har alltid varit försiktig både med sprutor och sex. Jag har inte haft hepatit och inte några könssjukdomar. I somras delade jag två gånger med min sambo. Då kokade vi sprutan en kvart. Jag har bra kontakter och har egna sprutor. Kondomer? Det använder vi aldrig. Men jag är noga med vem jag lägger mig med."

3. M

"För två-tre år sedan blev en kompis HIV-smittad. Sedan dess är jag försiktig. För ett år sedan delade jag spruta med min sambo. Vi kokade emellan. Annars håller jag mig alltid till egen spruta.

Jag brukar hämta i Lund.

Kondom är inte vanligt bland missbrukare i Malmö."

4. S

"84-85 fick jag reda på att det fanns HIV bland narkomaner i Stockholm. Sedan dess har jag varit jävligt försiktig - i nyktert tillstånd vill säga. Men visst har det hänt att jag har delat, när jag har varit full. Då har vi sköljt emellan. Den som är HIV-grön tar först. När man kan koka man, men om man är inne i stan kommer man inte åt att koka. Då får man skölja noga i stället."

4. M

"Jag har testat mig 7-8 gånger och visst är jag orolig, men jag är försiktig med sprutor och använder rena, och jag ligger bara med ordentliga töser! Senaste gången jag delade var med en

kompis utomhus förra sommaren. Vi hade vätska i form av en flaska med Clubsoda. Sköljningen blev inte så noggrann, men självklart sköljde vi."

5. S

"Nej, HIV-en skrämmer mig inte. Jag skulle inte reagera så starkt på ett besked om att jag var positiv. Det skulle ju på något sätt legalisera för mig själv att jag fortsatte knarka. Jag behövde inte känna pressen från mig själv att jag skulle sluta.

Senaste gången jag delade var för en vecka sedan, tillsammans med en kompis. Det var hans verktyg, men han var så dålig att han inte kunde sätta sprutan överhuvudtaget. Så jag fick ta först.

Jag var också dålig. Sen mådde jag tillräckligt bra för att kunna sätta sprutan åt honom. Vi sköljde några gånger i ljummet vatten till dess att det såg rent ut mellan användningarna.

Vi tog fyra, fem gånger tillsammans och delade verktyg hela tiden. Men sköljde självklart emellan."

5. M

"Folk är inte så rädda numera för HIV. Det är som om rädslan har gått över, och man har accepterat att HIV finns som en risk bland andra. Det är så med mig också. Jag har mina egna verktyg, hämtar ett par gånger i veckan på Infektionen i Malmö. Jag får så att jag kan dela ut till polarna också. Det var länge sedan jag senast var med och delade sprutor. Då kokte jag kanylen och drog kokande vatten genom pumpen."

6. S

"Jag är rädd för AIDS. Nu tänker jag lägga av med knarket. Jag har varit försiktig med sprutor, kokat verktygen om jag har lånat hur seg jag än varit. Undantaget är några gånger när jag har varit på fyllan, och sedan fått återfall. Då har jag både lånat och lånat ut utan att koka. Vi har sköljt i vatten - det har fått räcka."

6. M

"AIDS skrämmer mig mycket. Det är kanske den främsta orsaken till att jag tänker lägga av. Trots att jag försöker hålla mig med rena verktyg hände det sig senast jag var ute att jag delade med en kille. Jag tog först - det brukar jag göra eftersom jag har rätt hög status i kretsarna. Vi sköljde noga i varmt vatten men kokade inte."

I tre av fallen är malmönarkomanen försiktigare. I de andra tre är graden av försiktighet jämförbar. Då hör det till bilden också att risken för smitta är betydligt större i Stockholm.

Hos stockholmarna fanns det i flera fall en slags fatalism - får jag sjukdomen så är det meningen att jag ska ha den. De har hittat en attityd för att kunna leva vidare med sjukdomen inpå sig.

Fortfarande delas det sprutor - i Stockholm och i Malmö. Sannolikt sker sprutdelning i mindre utsträckning i Malmö. Det kan finnas många orsaker:

- 1) En bättre tillgång på sprutor genom sprutbytesprogrammen. (samtliga sex intervjuade malmöbor hämtar regelbundet sprutor på infektionsklinikerna i Malmö eller Lund).
- 2) En tradition av större försiktighet med sprutdelning i Malmö.
- 3) En effektivare information om riskerna i Malmö från narkomanvård och infektionsklinik, eftersom fler narkomaner har kontakt med dessa.
- 4) Malmö är en mindre stad - det är kortare avstånd mellan langare och den egna bostaden vilket gör att man lättare kan ta sig hem och knarka där. Mindre av farligt utomhusknarkande
- 5) En annorlunda attityd hos polisen när det gäller att beslagta sprutor hos narkomanen.
- 6) Gott om exempel på riskbeteende i Stockholm som inte har lett till smitta (Två av s-narkomanerna hade haft HIV-positiva flickvänner utan att själva bli smittade fastän de inte visste att flickvännerna var smittade, en tredje hade delat spruta med en HIV-positiv utan att bli smittad.)
- 7) Mindre av tabu i Stockholm mot att injicera av en lösning som innehåller en kamrats blod. I Malmö hävdas det att det aldrig förekommer att man använder en spruta efter en annan utan att man sköljt. I Stockholm kan det undantagsvis förekomma enligt flera av de intervjuade.
- 8) Det hävdas ofta att det i Stockholm finns en grupp narkomaner som är mer utslagna, mer avancerade än vad som finns i Malmö. Ingen av de sju jag träffade skilde sig från de jag brukar träffa i Malmö, men det utesluter inte att det kan finnas en sådan grupp.
- 9) En särskild form av desperat knarkande bland HIV-positiva narkomaner finns beskrivet i olika sammanhang. Det rör sig om personer som har fått besked om smittan och som svarar på beskedet genom att intensivifiera sitt tidigare missbruk, ja i några fall med inslag av ett avsiktligt smittospridande.

En av intervjupersonerna hävdade att det bland narkomanerna fanns "losers", sådana som alltid blev "blåsta" och fick dåliga varor, som fick använda sprutorna sist, som fick springa ärenden för de som "driftade sig" bättre dvs klarade sig utan att ständigt åka fast.

Det rörde sig om svaga, veka personer som for särskilt illa i missbruket. De var också självskrivna kandidater till att få HIV bland de första, eftersom de inte hade självbevarelsedrift nog eller praktiska möjligheter att skydda sig.

Att det finns de som är mer "förlorare" än andra i missbruket är uppenbart. Förutom de som är svaga och veka finns det en viktig grupp:

- de som har en psykiatrisk problembild, borderlinepersonligheter, gränspsykotiska missbrukare.

Ofta har behandlarna en uppfattning att missbruket egentligen för dessa är sekundärt, att knarkandet är en självmedicinering och ett desperat sökande efter en grupptillhörighet.

Att denna grupp löper särskild risk i missbruket är uppenbart.

En annan utsatt grupp är de unga kvinnorna, som drar runt och byter samlag mot knark och flyttar hem till den som har knark. Efter ett tag är kanske knarket slut och då blir dom utskickade på gatan för att prostituera sig och "betala igen" för allt knark de har fått gratis.

De har inte inte den ställningen att de vågar kräva kondom när de har samlag med "pojkvännen", och de klarar inte av att stå emot kraven på att de ska prostituera sig.

6 TILLGÅNGEN TILL SPRUTOR

I Malmö är spruttillgången inget problem. Sprutbytesprogrammen når ut till många, och dessutom finns de danska sprutorerna att tillgå på en kort båtresas avstånd.

Samtliga sex malmöarkomaner som intervjuades var regelbundna hämtare och de hade i allmänhet inga problem att få tag i sprutor, även om ett par klagade över infektionsklinikkens snåla öppettider. Det var även behandlarnas uppfattning att spruttillgången var god.

Av de tjugo behandlare som fick frågan angav 15 att det inte var några problem att få tag i sprutor, tre ansåg att det kunde vara ett visst problem och tre svarade "vet ej".

Men hur var då situationen före sprutprogrammets tid? Frågan ställdes inte till de tre som svarade "vet ej" om nusetituationen.

Av de övriga angav ingen att det var ett stort problem att få tag i sprutor förr. 8 ansåg att det hade varit ett visst problem, 7 att det inte var något problem och tre noterades för "vet ej".

Här är det intressant att ställa svaren mot de sex malmöarkomanernas.

Först en ung amfetaminmissbrukare:

"De tre första åren, alltså fram till för ett år sedan delade jag alltid verktyg. Jag kunde bara inte få tag i egna verktyg. Det var lättare att få tag i knark än verktyg. Det hände någon gång att folk sålde, men då tyckte jag inte att jag ville lägga mina pengar på sprutor. Under den perioden delade jag nog verktyg med 50-70 personer!"

Inte heller de övriga fem missbrukarna vill medge att det var lätt att få tag i sprutor. Tillgången var visserligen oftast god men ojämn.

Ibland var det kris och då ökade delandet av sprutor.

Att ett par hundra malmönarkomaner tar sig besväret att åka in till Lund för att få några sprutor är också en uppenbar indikation på att det kunde vara problematiskt att få tag i sprutor illegalt.

Det var också påfallande vilket engagemang missbrukarna både i Malmö och Stockholm visade för sprutbytesverksamheten. Om det bara handlade om att tjäna några tior skulle de inte visa det intresset. Uppenbart är att missbrukarna från och till har problem att få tag i sprutor på egen hand, och att det medför att de tar stora risker genom att använda orena verktyg. Rekordet därvidlag innehar kanske den stockholmare som berättade att han hade stulit sprutor från burkarna med riskavfall på sjukhuset. Sedan hade han använt dom efter att ha sköljt ur dom under varmvattenskranen....

Även i Stockholm tillfrågades intervjupersonerna om spruttillgången. På det sättet erhöles en relief till situationen i Malmö med narkomanernas tillgång till fria sprutor.

De som intervjuades var medvetna om att jag höll på med någon typ av utvärdering av sprutprogrammets effekter i Malmö och Lund och att en rapport skulle gå till Socialstyrelsen.

Samtliga sju intervjuade var mycket angelägna om att en motsvarande sprututdelning skulle starta i Stockholm och det kan i någon mån ha påverkat deras svar. Här följer några av svaren.

"Det är inget vidare tillgång till sprutor men det finns. Det beror på vilka känningar man har. Man får ge 10-20 kr för en komplett spruta. Det är en siffra som har gällt länge. Gränsen går vid trettio, mer än så betalar man inte."

"Det är lätt att få tag i sprutor! Men det är för komplicerat ändå.

Priset är kring 20 kr för en två meters. Om man har en kabbe men ingen spruta kan man lägga en hundring! De sprutor som är i omlopp är från diabetiker eller från inbrott i vårdcentraler och liknande ställen. Jag snodde en låda på ett akutintag på Serafen en gång."

"Det är ganska bra tillgång i Stockholm på sprutor bland tjackare. Självt har jag inga problem att fixa sprutor. Ibland när man köper ett gram får man en kanyl på köpet."

"Nej, det är inte svårt att få tag i sprutor men det kostar pengar. Ibland får man jaga, åka långt för att fixa verktyg. En spruta kostar mellan en tia och en hundring. Det mesta jag har gett är 30 kr, mer vill jag inte ge - då delar jag hellre!"

"Det är svårt ibland med verktyg. Det har hänt att jag gått omkring på sjukhus och letat sprutor i burkarna med riskavfall som jag sedan använt utan att kokning. Det förekommer hemmagjorda sprutor som gjorts av enmeterssprutor (insulinsprutor). Jag törs inte gå omkring med verktyg på mig. Bli man ertappad av snuten letar dom efter knark också. Man får docka verktygen någonstans.

I våras hade jag tio-femton verktyg i min lägenhet. Polisen var där och gjorde husrannsakan och la beslag på allihop, båda använda och oanvända."

"Ibland är det svårt att få tag i sprutor, särskilt vid återfall, eller när man släpps från polisen mitt i natten och mår skitdåligt. Ibland har jag sparat verktygen när jag har gått in i vård. Behållit dom för säkerhets skull. Men denna gången har jag slängt dom!

Det händer att man kan ge upp till 100 kr för ett verktyg. Har man knarket vill man ha in det i venen."

"Tillgången på sprutor? Det växlar, olika från dag till dag. Ibland massor, ibland inga alls. Det är mycket lättare att få tag i knark än verktyg."

Om det är "lätt" eller "svårt" att få tag i sprutor i Stockholm är en fråga om vad man lägger i orden. Alla i den rutinerade skara som intervjuades kunde få tag i sprutor, men alla menade att det var lättare att få tag i knark än sprutor. Diabetiker är uppenbart en kategori som uppväcker särskilt intresse hos narkomaner. Via dom har många sprutor nått knarkmarknaden. Sedan ungefär ett år är insulinet starkare än tidigare och mindre sprutor används som är sämre än de tidigare sorterna för narkotikainjektioner. Inga frågor ställdes om huruvida detta hade påverkat spruttillgången. Ingen tog upp något om att det hade blivit svårare med sprutor under det senaste året, och det kan tyda på att tillgången från diabetiker ändå inte är den viktigaste.

Vad som är påfallande är att sprutorna används längre i Stockholm än i Malmö. Man har lärt sig att smörja upp pumparna bl.a. med glidsalva från kondomer (så kom dom till användning!) och kanylerna kan vässas mot en spegel, mot en el-propp, mot glas, mot tändsticksplånet m.m. Skillnaden i användningstid kan förklaras med den bättre tillgång som är i Malmö.

När en amfetaminist fick veta att man i Malmö kunde hämta ut sex sprutor och tolv kanyler i veckan utbrast han "Den ransonen skulle räcka ett år för mig!" Men han berättade också att det tillhörde de absoluta undantagsfallen att han kokade en spruta. Kokningen sänker sprutans omloppstid högst väsentligt.

En till två veckor använder man en spruta i Stockholm enligt intervjuerna. Kanylerna har kortare hållbarhet och här varierar svaren mellan "3-4 ggr" och "1 månad".

I Malmö anges användningstiden till 3-7 dagar för sprutorna och 3-30 gånger för kanylerna.

Det är uppenbart att sprututdelningsransonen är väl tilltagen, men tilldelningen måste anpassas till den hållbarhet en spruta som kokas har.

Vad är ett rimligt antal sprutor vid utdelning?

Med den tilldelning som göres idag finns för den regelbundne spruthämtaren goda möjligheter att dela med sig till sina vänner av sprutor och kanyler, om han besöker infektionen en eller två gånger i veckan. Å andra sidan ger den generösa tilldelningen missbrukaren möjlighet att slippa besväret att ta sig till infektionen så ofta. Av allt att döma räcker tre sprutor och sex kanyler som delas ut i Malmö i ungefär en månad även för en person i intensivt missbruk. Det är ju bara om han delar spruta som han blir tvungen att koka.

Om sprututdelningen är alltför snål så kommer inte missbrukarna. Då är det inte värt besväret.

Finns det risk för att sprutorna blir en försäljningsvara? Inte i Malmö eller Lund, därtill är tillgången alltför god. Priserna är nere i 5-10 kr per spruta och den vinsten kan knappast vara något att bygga upp ett näringsfång på. Möjligen kan en viss försäljning äga rum på andra orter. Ur sprutprojektens synpunkt är det naturligtvis inget problem. I stället bidrar från deras perspektiv spridningen till att minska risken för sprutdelning.

Hamnar använda sprutor på olämpliga ställen, skolgårdar, lekplatser, i parker eller i papperskorgar på offentliga inrättningar där städpersonalen riskerar att sticka sig?

Ja, detta förekommer och möjligen i större utsträckning än tidigare på grund av att fler sprutor är i cirkulation genom att "omloppstiden" minskar. Men samtidigt innebär sprutbytesprogrammen att använda sprutor återlämnas, ibland även sådana som inte har lämnats ut på infektionskliniken.

Den ansvariga sköterskan på Infektionskliniken i Malmö uppger att hon har haft ett tiotal telefonsamtal från människor som har klagat över att sprutor har förekommit på olämpliga ställen. Någon uppföljning om just dessa sprutor kom från infektionen har inte gjorts.

7 SPRUTBYTESPROGRAMMEN

7:1 Infektionskliniken i Lund

Starten

Den officiella starten för sprutbytesprogrammet i Lund var 23 november 1986. Då delades också den första sprutan ut.

Projektstarten hade föregåtts av diskussioner inom kliniken och mellan kliniken och narkomanvården i Lund. När startskottet gick var projektet förberett och förankrat inom infektionskliniken och narkomanvården i Lund.*

Till en början var verksamheten inte så omfattande. Narkomanerna var misstänksamma. De var oroliga för registrering eller att andra obehagligheter skulle döljas innanför infektionsklinikens vänliga fasad. Allteftersom nöjda spruthämtare kunde konstatera att utdelningen skedde på ett vettigt sätt ökade besöksfrekvensen. Förutom "djungeltrummorna" hade projektet nytta av att under en period hamna i centrum för massmedias intresse. Verksamheten växte sakta men säkert under våren 1987.

Sommaren 1987 kulminerade verksamheten med närmare trehundra besök per månad. I detta skede kom över hälften av hämtarna från Malmö. Narkomanerna från Malmö var inte bara flest utan också mest krävande.

Infektionskliniken försökte förmå sin motsvarighet i Malmö till att sätta igång en egen, lokal sprutbytesverksamhet, vilket malmökliniken gick med på.

När infektionskliniken i Malmö startade sin utdelning i juli 1987 innebar detta en stor avlastning, även om det tog ett par månader innan malmönarkomanerna gick över till att hämta på hemmaplan i full skala. Fortfarande kommer malmöbor och hämtar eftersom öppettiderna är generösare i Lund.

* Uppgifterna i detta kapitel bygger i allt väsentligt på en intervju med Bengt Ljungberg och Ann-Christine Zäll-Friberg vid Infektionskliniken.

Målsättningen

Målsättningen med programmet är enligt Bengt Ljungberg, biträdande överläkare och projektledare att bedriva HIV-prevention, att förhindra att HIV sprids bland narkomanerna i regionen. Det innefattar fyra huvudmoment:

- 1) Insatser för att stoppa blodsmittan bland narkomaner genom information om smittorisker, genom utdelning av rena sprutor och genom insamling av rena verktyg.
- 2) Insatser för att stoppa den sexuella smittan i form av information och kondomutdelning.
- 3) Insatser för att få kunskap om smittans spridning i form av testning. Genom testresultaten kan man sätta in åtgärder för de HIV-positiva för att förhindra fortsatt spridning.
- 4) Insatser för att få narkomanerna ut ur missbruket genom att man försöker intressera dem för att ta kontakt med narkomanvården.

Hämtarna

Sprutbytarna är övervägande amfetaminmissbrukare, har ett flerårigt injektionsmissbruk bakom sig och är till tre fjärdedelar män.

Personer under 20 år är mycket sällsynta. Av 7-800 besökare har mindre än tio varit under tjugo år. För den som är under tjugo år gäller att sprututdelningen föregås av läkarsamtal.

Narkomanerna kommer i första hand från Lund, men även från andra orter i Skåne och utanför landskapet. Det förekommer att narkomaner från Kristanstads län eller Blekinge kombinerar en inköpsresa efter knark med ett besök på kliniken för att hämta sprutor. Detta har kliniken ingenting emot eftersom man tror på den positiva effekten av sitt arbete och att informationen och sprutorna då når ut ännu mer.

Öppettider

Sprutbytet sker vardagar mellan 8 och 16. Eftersom infektionskliniken är en jourmottagning med öppet dygnet runt har man haft problem med hämtare på olämpliga tider. Klockan 21 låses huvudentrén, och efter denna tidpunkt utdelas inga sprutor. Mellan 16 och 21 kan den försent anlände missbrukaren få en reducerad tilldelning sprutor och kanyler med sträng uppmaning att fortsättningsvis hålla sig till

dagtid. Det kan också förekomma att någon som sköter ett arbete och inte kan komma ifrån dagtid får komma på kvällen i stället.

Lokaler

Sprutbytesprogrammet genomföres i infektionsklinikens vanliga lokaler och vid sidan av den ordinarie verksamheten, Narkomanerna blandas upp med vanliga besökare, varav många är friska patienter som kommer till infektionen för att vaccinera sig inför utlandsresor. Eftersom narkomanerna ofta har dåligt tålamod har kliniken som praxis att ta hand om dem så fort man har möjlighet. De går före i kön.

Personal

Tre sjuksköterskor har huvudansvaret för den praktiska verksamheten. Missbrukarna tas in en och en i sköterskerummet och får lämna sina gamla sprutor. Återlämningsfrekvensen är nästan sjuttio procent, vilket vid internationella jämförelser är en mycket hög siffra. Den som inte har gamla sprutor med sig får oftast en reducering av ransonen, från normaltilldelningen fyra sprutor, åtta kanyler till halv ranson, två sprutor och fyra kanyler. Halvransonen är också regel vid nybesök. De som ständigt missar återlämnandet av sprutor kallas till läkarsamtal och/eller får sin ranson sänkt ner till en spruta.

Det brukar hjälpa. De helt oförbätterliga slutar upp med att komma.

Verksamheten

Från projektets sida är man medveten om att missbrukare ger bort av sina sprutor till kamrater. Detta framkom i den enkätundersökning som 78 återbesökare deltog i.

"Vi ser inte detta som något stort problem", säger Bengt Ljungberg, "den preventiva effekten uppnås även om det är olyckligt att vi inte får tillfälle att träffa alla som använder våra sprutor, så att vi kan informera och testa dom och förmedla kontakt med narkomanvården. Men huvudsaken är att de får tillgång till rena sprutor. Och den som ger bort av sina sprutor kräver dom använda tillbaka så att han kan lämna in dom till oss."

Vid första besöket kollar sköterskan om patienten har stickmärken för att försäkra sig om att han/hon är narkoman. Om det inte finns tydliga stickmärken finns det i allmänhet andra tecken på att patienten är missbrukare t.ex. ärrade vener.

Patienten tillfrågas om han är HIV-testad och han erbjuds test om han inte nyligen är testad.

Ett besökskort göres upp där antingen individens eget namn eller någon form av kodnamn skrivs upp. På kortet göres sedan noteringar om återbesök.

Patienterna tas in en och en i taget, även om det rör sig om ett sambopar. Det kan finnas sådant som den ena parten vill prata om utan att den andre får veta om det. Sköterskorna undviker av säkerhetsskäl att träffa patienten ensam utan har med sig en kollega i mottagningsrummet.

Det är viktigt att man inte är påträngande i kontakten med patienten. Den viktigaste HIV-informationen förmedlas på ett naturligt sätt i samband med att sprutorna delas ut och kondomer erbjuds. Både risken för smitta via sprutdelning och risken för sexuell smitta tas upp. Eftersom det är samma personalgrupp som träffar nästan alla patienter blir patient och sköterska med tiden mer bekanta. Narkomanen berättar om sig själv och får information om vårdmöjligheter om han vill ha det. Om någon har bekymmer med sin kroppsliga hälsa hjälper sköterskorna till med olika insatser, skär upp bölder, lägger om sår, tar bort stygn och svarar på frågor om oroande symptom etc. Den somatiska omsorgen är en bra inledning till ett förtroendefullt samtal.

Samarbete med narkomanvården

Många kontakter har förmedlats vidare till narkomanvården i Lund. Samarbetet fungerar mycket bra vilket omvittnas både från infektionskliniken och narkomanvården.

Bengt Ljungberg och sjuksköterskan Ann-Christine Zäll-Friberg som jag träffade på Infektionskliniken har inga siffror på hur många som har

gått vidare till narkomanvården, eftersom remitteringen oftast inte är formaliserad. Det rör sig om en hel del. Både Rådgivningsbyrån och narkomanvårdskliniken 1F på S:t Lars går för högtryck.

En central roll i samarbetet med narkomanvården har Bengt Andersson, forskningsassistent vid Institutionen för Psykiatri, men en person med mycket lång erfarenhet från arbete med narkomanvården. Han var kurator vid 1F tidigt på sjuttioalet och var därefter under några år chef för den öppna narkomanvården i Lund, innan han började med narkomanvårdsforskning. Han fungerar som en länk mellan infektionskliniken och narkomanvården och finns på kliniken ett antal timmar i veckan. Han tar en försiktig kontakt med narkomanerna och informerar dem som är intresserade om narkomanvårdens hjälpmöjligheter. Han har också hjälpt till med internutbildning och fungerar som en handledare i narkomanvård för personalen. Utan hans insats skulle sprutbytesprogrammet inte ha kunnat genomföras, menar Ann-Christine Zäll-Friberg.

Det har varit mycket viktigt för personalen att få utbildning och praktisk hjälp av en erfaren narkomanvårdare.

Framtiden

För framtiden vill Ljungberg och Zäll-Friberg att sprutbytesprogrammet flyttas ut ifrån infektionskliniken till egna lokaler på stan. Att blanda narkomanerna med klinikens övriga patienter medför problem och störningar. Visserligen har störningarna minskat sedan malmö-narkomanerna började hämta sprutor i Malmö, men fortfarande finns problem. Det var för övrigt påfallande att narkomanerna från Malmö var högljuddare och mer krävande, "som om dom var en annan sort." Men främsta skälet till deras annorlunda uppträdande trodde Bengt Ljungberg var att de kände sig anonyma och mindre påpassade när de kom till Lund, och att de ofta kom i större grupper där var och en försökte utmärka sig inför sina kamrater.

Idealet skulle vara en mottagning i egna lokaler som bemannades av en narkomanvårdare och en sköterska, med infektionsläkare på konsulttimmar. Några konkreta planer på en förändring av verksamheten finns dock ännu inte.

Råbyflickan

Vid två tillfällen - i september och december 1987 erhöll en 15-årig flicka, inskriven vid Råby yrkesskola sprutor från Infektionsklinik-
en, vid första tillfället av en läkare och vid det andra av en
sköterska.

Flickan var i sällskap med personal från Råby och hennes besök på
klinikern var tidsbeställt från Råby och avsåg HIV-test. Flickan hade
blivit våldtagen i samband med att hon hade varit avviken vilket var
orsaken till att hon skulle HIV-testas. Hon var inte narkoman och
hade inga stickmärken.

Vid första besöket hävdade hon inför läkaren att hon var sprut-
narkoman och att det fanns narkotika på Råby och att sprutdelning
förekom. Hon erhöll då sprutor och kanyler mot löfte att hon skulle
komma på återbesök och då träffa en narkomanvårdare.

Råbypersonalen underrättades inte men sprutorna påträffades ute på
Råby och historien uppdagades.

Infektionsklinikern beklagade det inträffade och förklarade att det
var ett misstag att flickan hade fått en spruta när hon nu inte var
sprutnarkoman.

Tre månader senare återkom flickan för ett uppföljande test.
Historien upprepades då, flickan hävdade att hon var sprutnarkoman,
sköterskan försökte få tag i ansvarig läkare för att rådgöra med
honom, han var ej tillgänglig, och hon beslöt då att dela ut
sprutorna. Även denna gång skedde utdelningen utan att Råbypersonalen
underrättades.

En stund senare fick sköterskan kontakt med ansvarig läkare som
omedelbart ringde Råby, och sprutorna togs ifrån flickan.

Bengt Ljungberg, som var den läkare som först träffade flickan, säger
att han erkänner att klinikern gjort ett misstag, och att en
åldersgräns har införts efter denna episod, liksom ett förbud mot att
dela ut sprutor till personer som är i vård, om inte vård-
institutionens personal uttryckligen begär detta.

Infektionskliniken regel för när en klient på institution ska kunna få sprutor avspeglar att det är en bra bit mellan infektionssjukvård och narkomanvård. För en narkomanvårdare är tanken att personal skulle ställa sig bakom en begäran från en klient att få sprutor helt absurd.

Rimligare vore i det läget utifrån en narkomanvårdarens perspektiv att läkaren kontaktade någon ansvarig så att institutionen omedelbart kunde stängas.

7:2 Sprutbytesprogrammet i Malmö

Starten

I juli 1987 började man officiellt dela ut sprutor till narkomaner på Infektionskliniken mottagning II. Då hade man i några månader tidigare inofficiellt delat ut sprutor. De som var HIV-smittade hade kunnat hämta rena sprutor i stort sett från det att de fick sitt testresultat.*

Initiativet till sprututdelningen kom från bitr. överläkare Torkil Moestrup, den läkare som under hela åttiotalet varit Malmös narkomanvårdsläkare. (I bakgrunden fanns också starka önskemål från infektionen i Lund att Malmö skulle ta över sina narkomaner.) Moestrup har varit konsultläkare för narkomanvårdens institutioner, Avgiftningsenheten (hösten 86-hösten 87), Norda och 89:an (från 1980 och fortfarande). Han har också hela tiden haft en relativt omfattande poliklinisk mottagning för narkomaner.

Hösten 1986 tog Moestrup kontakt med socialförvaltningens ledning och med Rådgivningsgruppen för en diskussion om samarbete i ett sprutbytesprogram. Två sammanträffanden följde, först i slutet av 1986 och därefter i mars-april 1987. Vid första träffen redovisade Rådgivningsgruppen sin negativa inställning till fria sprutor överhuvudtaget och förvaltningsledningen instämde i deras ställningstagande.

Inte heller det andra mötet ledde någon vart. Torkil Moestrup hade bitt om hjälp från RG i form av en socialarbetare som deltog i själva sprututdelningen, var med och bestämde vilka som skulle få sprutor och informerade om narkomanvården.

* Uppgifterna i detta avsnitt bygger på intervjuer med klinikchefen vid Infektionskliniken Stig Cronberg, bitr. överläkare Torkil Moestrup och undersköterskan Tina Hansson.

Socialarbetarna på Rådgivningsgruppen fann det önskemålet helt omöjligt att tillmötesgå. Det stred mot deras övertygelse om att narkomanvårdens syfte var att hjälpa människor att komma ifrån sitt missbruk - inte att göra missbruket mindre farligt. Man var också tveksam till effekterna av sprututdelning i sig som ett medel för att hindra smittospridning.

För att utnyttja den kontaktyta som sprututdelningen öppnade erbjöd Rådgivningsgruppen att två socialsekreterare från det s.k. Aidscommandot (två socialsekreterare som arbetar med uppsökande, AIDS-förebyggande arbete) skulle finnas i lokalerna under sprututdelningen. De skulle finnas till hands för de missbrukare som ville ha kontakt med narkomanvården, men de skulle inte på något sätt deltaga i själva sprututdelningen.

Inte heller skulle de vara med och bestämma vilka som skulle ha sprutor. Rådgivningsgruppens representant menade också att om Infektionskliniken mot RG:s rekommendation började dela ut sprutor var det rimligt att man gav sprutor till alla narkomaner som kom och inte bara till vissa.

Trots sin skepsis mot ett sprutbytesprogram klargjorde Socialförvaltningens representanter att de inte hade för avsikt att försöka stoppa utdelningen - om sjukvården såg detta som sin uppgift var det deras beslut.

Torkil Moestrup avvisade erbjudandet från Rådgivningsgruppen. Om man skulle ha socialsekreterare på Infektionskliniken, skulle de aktivt gå in i programmet, annars var deras närvaro meningslös. Narkomanerna skulle inte ta kontakt med dem. Många narkomaner har en motvilja mot socialarbetare och för att övervinna denna krävdes att socialarbetarna på Infektionen tog del i sprututdelningen.

Efter detta sammanträffande skrinlade Torkil Moestrup planerna på att ha socialarbetare med i projektet. Något annat organiserat samarbete har inte kommit igång. Det förekommer spontana kontakter mellan Dr Moestrup och hans medarbetare och Rådgivningsgruppen. Oftast går de via en socialsekreterare på Rådgivningsgruppen, som

Infektionskliniken har ett särskilt förtroende för och som också tillhör dem på Rådgivningsgruppen, som är minst kritiska till sprututdelningen.

Verksamheten idag

Personal

Huvudansvaret för sprututdelningen ligger på Tina Hansson som är undersköterska på Infektionens mottagning II. En av de andra sköterskorna hoppar in vid behov och hjälper till.

Tina har inte tidigare arbetat med narkomaner men har en personlig pondus och erfarenhet som tonårsmamma och ungdomsledare inom idrottsrörelsen som gör att hon får en fin kontakt med många av narkomanerna. Hon blir en mammagestalt som de anförtror sig till. Hon försöker ta sig tid till att prata med var och en en stund, men ibland gör den stora tillströmningen under en begränsad tid det omöjligt för henne.

Öppettider

Utdelningen är koncentrerad till tisdagar och fredagar mellan 10 och 12. Klockan tolv låses obevekligt porten. Däremot är man flexibel åt andra hållet. Redan åtta-halv nio börjar det droppa in spruthämtare, och de tas emot. Ofta är det sådana som vill ha en extra pratstund eller som inte vill träffa den stora ansamlingen av narkomaner strax före tolv.

Om man har särskilda skäl kan man få beställa tid för hämtning utanför mottagningstiderna. Det gäller t.ex folk som har arbete. Det är ett problem med personer som kommer vid fel tidpunkter och som uttrycker sitt missnöje högljutt när de inte får några sprutor. Klagomål från omgivande kliniker är inte ovanliga. Det är också ett problem nu när allt fler av de HIV-positiva homosexuella insjuknar och får göra täta besök på kliniken, att de stöter ihop med irriterade narkomaner.

Lokaler

Sprutbytesprogrammet har sina lokaler i ett annex fem minuters gångväg från den egentliga infektionskliniken, I byggnaden finns också vårdavdelningar inrymda.

Infektionskliniken har försökt få fram nya lokaler för sprututdelningen, men detta har hittills misslyckats. En av de lokaler som man funderat på är paradoxalt nog Rådgivningsgruppens gamla barack som ligger i anslutning till sjukhusområdet och som har stått tom i drygt två år. Men för att hyra ut den kräver Fastighetskontoret grova pengar, trots att den ska rivs om något år. Så fungerar den kommunala ekonomin - man vill ha ut marknadshyra även av en annan förvaltning.

Sprututdelningen har startats helt utan att nya resurser har satts till. Vad än Malmös AIDS-miljoner har använts till är det i alla fall inte till att bygga upp sprutbytesprogram.

Besökare

Sedan starten sommaren 1987 har närmare 500 personer vid något tillfälle besökt sprutbytesprogrammet. Av dessa uppskattar Tina Hansson att kvinnorna utgör 40%. Siffran är en uppskattning och förefaller hög med tanke på att flera undersökningar i Malmö har visat att andelen missbrukande kvinnor utgör 25%.

Många är ströbesökare. Fortfarande köper man sprutor i Köpenhamn, får av diabetiker eller åker in till Lund och hämtar. Moestrup gör en gissning att hälften av de sprutor som används av narkomaner i Malmö har kommit från Infektionskliniken i Malmö.

Ungefär 150 personer utgör regelbundna besökare, som i efterhand har uppgivit både namn, personnummer och adress. De flesta av dessa har under senare år åtminstone vid något tillfälle haft kontakt med missbruksvården tror medarbetarna vid sprutbytesprogrammet.

Två typer av narkomaner kommer inte och hämtar sprutor. Dels är det de allra yngsta, de som är under tjugo år. Man har en åldersgräns vid arton år. Enstaka hämtare som har varit mellan arton och tjugo år har besökt programmet, men de har inte blivit återbesökare.

En annan grupp som inte kommer är de allra trasigaste, de mest utslagna.

Malmöprojektet för ingen detaljerad statistik, även om personalen noterar hur många besökare man har varje gång (det rör sig om ett fyrtiotal).

Tilldelningen

Tilldelningen utgöres av tre sprutor och sex kanyler. Långväga besökare kan få fler. Den som inte har med sig sina gamla får färre i allmänhet.

Personalen är medvetna om att narkomanerna delar med sig av sina sprutförpackningar. I ett enda fall har de misstänkt att en narkoman sålde sprutor, som han hade fått och då reducerades hans tilldelning. Det kan förekomma att en missbrukare som Tina känner väl och litar på får med sig en annans ranson hem också. Det kan röra sig om ett sambopar t.ex. Då kräver Tina att den som hämtar har den andres ID-kort med sig som en bekräftelse. Ofta skickar den som inte kan komma med ett brev med en förklaring.

I sommar har det varit nya ansikten bland hämtarna varje gång. I en del fall har det rört sig om en narkoman som har passerat Malmö på genomresa till Stockholm eller Göteborg eller andra städer, men även nya Malmöbor dyker upp.

Information

De som besöker sprutbytesprogrammet informeras om spridningsvägarna för AIDS, erbjudes testning vilket i stort sett alla tackar ja till, och ges tillfälle att prata om sina problem. Man försöker motivera missbrukarna till att söka vård. Ett 30-tal har gått vidare från sprutprogrammet till att söka hjälp för sitt missbruk. En del har också kommit in i vårdkedjan. "Tyvärr" suckar Tina, "de flesta återfaller i missbruk och kommer tillbaka hit igen."

Den som har velat träffa en läkare har hittills fått tid hos Dr Moestrup. Nu är dock programmet inne på att missbrukarna ska ha kontaktat Rådgivningsgruppen först innan de kan få läkartid, åtminstone om läkartiden gäller hjälp med medicinering. Inför denna nya praxis har personalen talat med Infektionens specielle kontaktperson på Rådgivningsgruppen. Det behövs en uppföljning som inte Infektionskliniken själva kan stå för.

Meningsfullt men tungt

Tina tycker att verksamheten är meningsfull, att det är viktigt att missbrukarna får sprutor. Men hennes jobb är tungt. Hon träffar fler narkomaner än någon annan i Malmö, och hon känner att hon inte orkar engagera sig lika mycket i dom som hon gjorde i början. Tiden räcker inte till, och det är svårt att kombinera sprututdelningen med den övriga verksamheten som pågår på Infektionens mottagning II. Det är också tungt att se allt mänskligt elände. Värst är det att se unga mammor med barn som kommer med sina barnvagnar eller med småbarnen i handen. Hur har dom barnen det?

I Malmö är också den akuta hjälpen narkotikamissbrukarna kan få nästan obefintlig. De är illa sedda på alla kliniker. Även inom infektionskliniken är skepsisen mot dem stor på många håll. Det finns inga vårdplatser för dem som vill ha hjälp akut - mot sina abstinensbesvär och sin ångest. Avgiftningsplatserna räcker inte till.

Även Torkil Moestrup pekar på att sprutbytesverksamheten är meningsfull. Genom programmet får samhället kontakt med många missbrukare och den kontakten användes för att intressera för vård, informera om HIV/AIDS och genom den regelbundna testningen få en bild av smittoläget. Om en epidemi skulle sprida sig i Malmö kommer detta genom den omfattande testningen att snabbt visa sig och det finns möjligheter till snabba motåtgärder. Dr Moestrup ser detta som ännu viktigare än den betydelse sprututdelningen har för att hejda smittospridningen .

Infektionsklinikkens sprutbytesprogram ter sig som en verksamhet som präglas av några, närmast heroiska individers självupppoffrande arbete.

Samtidigt kommer man inte ifrån känslan av att det rör sig om ett "lågprisalternativ". En enda undersköterska bär huvudansvaret. Ingen kurativ uppföljning finns. Den medicinska uppföljningen som sker bär delvis improvisationens prägel. Det stora antalet besök inom en kort tidsperiod gör att den medicinska uppföljningen blir summarisk. Ingen utvärdering och en högst begränsad statistiskföring sker. Man

har avvisat det erbjudna samarbetet med Rådgivningsgruppen och något annat fast samarbete har inte etablerats, förutom det spontana samarbete som sker med en enskild socialsekreterare på RG.

Prägeln av begränsad satsning går igen i öppettiderna och att verksamheten bedrivs inom befintliga personalresurser.

Sjukvårdsledningen i Malmö har ställt sig positiv till sprutprogrammet enligt klinikchefen. Hade det inte varit möjligt att använda några av sjukvårdens AIDS-miljoner till att bygga upp en verksamhet med generösa öppettider, avskilda lokaler, kuratorsfunktion och utvärderingsresurser?

Under hösten 1988 kommer en kuratorstjänst att besättas med en erfaren socialarbetare från Rådgivningsgruppen. Det öppnar möjligheter för en utveckling av samarbetet med narkomanvården.

8 TULL OCH POLIS

"Jag var med om en jävligt obehaglig händelse bara några dar innan dom började sprututdelningen i Malmö. Jag hade varit i Köpenhamn och knarkat och tog med mig tio sprutor hem. Så åkte jag fast i tullen, och dom hittade mina sprutor. Något annat hittade dom inte som dom kunde anmärka på. Inte nog med att dom vägrade att ge mig sprutorna tillbaka. Det kunde jag väl ändå ha accepterat, men sen satte dom dit mig för varusmuggling, och jag fick ett bötesföreläggande på femhundra spänn. Det tyckte jag var för jävligt, och det sa jag också till tullarna. Två dagar innan utdelningen började i Malmö. Tänk om jag hade fått AIDS för att jag tvingats dela spruta samma kväll!"

Heroinist från Malmö

Tullen

Tullmästare Gert Fyhr i Malmö omtalar att om någon grips i tullen med sprutor på sig så har han brutit mot varusmuggningslagen. Sprutorna omhändertages, även om de är för eget bruk.

Tillsammans med åklagarmyndigheten har Malmötullen sedan före sprututdelningens tid en tabell över bötesbelopp i förhållande till antal sprutor som omhändertagits.

En spruta och en kanyl ger 100:- i böter. Sedan fortsätter bötesbeloppet uppåt och fem sprutor och 5-10 kanyler ger 500:- i böter. Bötesbeloppet tas ut via ett straffföreläggande.

Om den gripne har mer än fem sprutor överlämnas ärendet till åklagaren för åtal.

Många narkomaner som grips med ett smärre antal sprutor uppger att de har fått sprutorna på Infektionskliniken. Om inte tullen anser sig kunna bevisa att uppgiften är felaktig omhändertages sprutorna utan ytterligare åtgärder.

Det innebär att sprutbytesprogrammen eller HIV/AIDS-hotet inte har medfört att praxis har förändrats hos tullen i Malmö förutom att man kan se igenom fingrarna om någon gripes med enstaka sprutor på sig. Uppgifter från ett par av de intervjuade missbrukarna tyder på att det även kan hända att man får behålla sprutorna i tullen om tulltjänstemannen är på gott humör.

Claes Kraft på underrättelseenheten uppger att antalet beslag av sprutor och kanyler har ökat från 1987 till 1988. I fjol omhändertogs 3066 enheter (sprutor och kanyler.) De första sex månaderna i år har man beslagit 2633 enheter, 763 sprutor och 1870 kanyler.

Jämfört med tidigare år är det en mindre uppgång. Hittills i år har man haft 29 beslag av kanyler och 28 av sprutor av vilka de flesta sammanfaller. Beslagen rör från några stycken till flera hundra sprutor.

Det är svårt att sätta antalet beslag i samband med sprutbytesprogrammen. En del av sprutorna är uppenbart avsedda för andra marknader än sydvästra Skåne och andra användargrupper t.ex. människor som injicerar anabola steroider.

Polisen

Polisen i Malmö och Lund har en liberal praxis när de påträffar någon med sprutor. Om det inte är uppenbart att det handlar om sprutor till försäljning får missbrukaren behålla sina sprutor både vid ett ingripande på stan och husrannsakan enligt de polismän vid narkotikaroteln i Malmö resp. Lund som intervjuades. Enda undantaget är när en narkoman grips med sprutor och föres till polisstationen. Då omhändertas sprutorna och återlämnas inte.

Det finns enskilda polismän som förstör de sprutor de kommer över, men det tillhör undantagsfallen.

De båda poliser som intervjuades var också positiva till sprutbytesprogrammen som de såg som viktiga insatser för att hindra smittospridningen.

För polisen blir fria sprutor också en skyddsfråga, menade en av de intervjuade poliserna, ju färre narkomaner som är smittade desto mindre risker för poliser att smittas i sin tjänsteutövning. Genom att missbrukarna självmant visar upp sina verktyg vid gripanden minskar också risken för att poliserna ska sticka sig på smutsiga kanyler i samband med visitationer.

Representanter från regionens tull, polis, toxikomanilaboratorier, länsstyrelse m.fl. träffar ett par gånger varje år personal från narkomanvården på överläkare Kerstin Tunvings initiativ.

Det är de s.k. "Övergripande mötena" som är forum för information och diskussion och där sprutbytesprogrammen har diskuterats. Dessa träffar har säkert bidragit till att skapa förståelse för fria sprutor.

9 TIDIGARE UNDERSÖKNINGAR

Det finns en anseelig mängd artiklar och mer eller mindre välgjorda utvärderingar av utländska sprutbytesprogram. I denna rapport avstår jag helt och hållet ifrån att relatera dessa. I stället refereras två lokala undersökningar. Den första är en opinionsundersökning över attityder till fria sprutor bland narkomanvårdare i Malmö och Lund. I den andra presenteras en intervjuundersökning rörande sprutdelning bland malmönarkomaner från 1987 som ingår i Alvar Noréns kartläggning av missbrukets omfattning i Malmö.

Kosztovics/Oxelgren

Våren 1987 gjorde två blivande socialpedagoger vid Kommunala Högskolan i Malmö en mycket ambitiös uppsats som kartlade attityder till sprutbytesprogrammet i Lund. Rubriken på uppsatsen var "Anses sprututdelning vara en realistisk åtgärd för att minska spridningen av HIV/AIDS bland narkomaner? En jämförelse Malmö-Lund".

Anna Kosztovics och Lena Oxelgren praktiserade under undersökningens genomförande vid Avgiftningsenheten resp. 89:an i Malmö.

De gjorde ett slumpmässigt urval av personal vid Avgiftningsenheten, Motivationsgruppen (89:an), Norda behandlingshem och Rådgivningsgruppen i Malmö och Avd 1F (narkomanvårdskliniken) och Rådgivningsbyrån i Lund. Sammanlagt skickade de ut 29 enkäter, 22 till Malmö och sju till Lund. Samtliga enkäter kom in.

Undersökningen gjordes innan programmet i Malmö hade startat.

Lundaprogrammet var knappt ett halvår gammalt.

Enkätsvaren visade på en markant skillnad mellan Malmö och Lund i åsikterna om fria sprutor.

I Lund var enigheten stor - 100% var för ett frisläppande. I Malmö var 41% för, 45% emot. (8% vet ej, 4% ej svarat).

När sprututdelningen specificerades till att gälla om den modell man arbetade efter i Lund var riktig var fler positiva i Malmö, 45% svarade oreserverat "ja" och 14% svarade "ja" med reservationer. 41% svarade nej.

I Lund svarade 100% "ja".

På frågan om frisläppandet av sprutor minskar spridningen av HIV/AIDS bland narkomaner svarade i Malmö 4% "ja, till stor del", 55% "ja, något" och 41% "nej".

I Lund svarade 57% "ja, till stor del" och 43% svarade "ja, något".

Ökar antalet injektionsmissbrukare?

I Malmö svarade 27% "ja", 59% "nej" och 14% "vet ej".

I Lund svarade samtliga nej på denna fråga.

Blir samhället mer accepterande i sin syn på narkotikamissbruket vid ett frisläppande?

Här är siffrorna i Malmö något överraskande. Hela 59% svarar "nej", medan 23% svarar "ja, mycket" och 14% svarar "ja, något".

Även på denna fråga svarade samtliga i Lund nej.

Självfallet finns vissa samband mellan hur man svarar på frågorna.

83% av de som svarat "ja" på att ett frisläppande av sprutor till någon del minskar HIV/AIDS-spridningen tror inte att

injektionsmissbruket ökar om ett frisläppande sker.

Och på motsvarande sätt på den andra kanten - 67% av de som inte tror att sprututdelningen minskar HIV/AIDS-spridningen tror att den i stället medför att antalet injektionsmissbrukare ökar.

Författarna ser motsättningen i åsikterna mellan Lund och delar av Malmö narkomanvård som en motsättning mellan sjukvård och socialtjänst.

"I Lund arbetar narkomanvården efter tesen; "Narkomani är farligt, AIDS är farligare". Detta tycker vi är typiskt för sjukvården, då den som huvudsyfte har att bota/förhindra sjukdomen AIDS och som följd av detta kunna minska missbruket. Här ser man då att utdelning av sprutor är en åtgärd för att minska spridningen av HIV.

Socialtjänsten å sin sida menar att man måste hindra missbruket för att få stopp på spridningen av HIV. De menar att man ska utöka missbruksvården och föra en mer offensiv, restriktiv narkotikapolitik för att minska spridning av HIV bland narkomaner."

Tyvärr kan man inte av uppgifterna se var motståndet resp. stödet för sprutprogrammet finns. Enligt en av författarna var svaren från Rådgivningsgruppen i Malmö med ett undantag mycket negativa till sprutor medan övriga enheter hade blandade svarsmonster. Med mina egna erfarenheter från Avgiftningsenheten i åminnelse skulle jag kunna tro att Avgiftningsenhetens enkätsvar var i huvudsak positiva till fria sprutor och låg närmare lundasvaren. Det skulle ligga i linje med motsättningen sjukvård - socialtjänst eftersom Avgiftningsenheten arbetar med sjukvård (avgiftning) trots sin organisatoriska hemvist i Socialförvaltningen. Svaren från motivationsenheterna 89:an och Norda skulle då vara mera spridda med ungefär lika många för som emot.

Värt att notera är också att narkomanvårdarna i så liten utsträckning anser att fria sprutor innebär att samhället blir mer accepterande i sin syn på injektionsmissbruk. Detta ställningstagande togs drygt ett år före kriminaliseringen av narkotikabruket och före den debatt som sannolikt ställde denna frågeställning under särskild belysning.

Malmöundersökningen 1987

I undersökningen "Narkotikamissbrukets omfattning i Malmö" av Alvar Norén ingick en intervjuundersökning med frågor kring HIV, kokain m.m.

Intervjuerna genomfördes under vårvintern 1987 efter ett fastlagt intervjuformulär med bundna svarsalternativ.

Arton av intervjuerna gjordes på behandlingsinstitution. De återstående gjordes av Rådgivningsgruppen (30 intervjuer) och Föräldraföreningen mot Narkotika (12). Totalt genomfördes 60 intervjuer.

Av de intervjuade var två under tjugo år, 21 mellan 20-24, 25 mellan 25-29 och 12 över 30 år.

På frågan "Har risken att få AIDS gjort att Du har ändrat Ditt sätt att missbruka svarade 39 ja och 21 nej. (Norén s 27.)

Det framgår tyvärr inte om de som svarade nej redan tidigare var försiktiga med sprutor och sex eller om de fortsatte med ett riskbeteende.

Av de som svarar att de har ändrat sitt beteende anges följande svarsalternativ:

- jag har helt slutat	12
- jag har slutat injicera	2
- jag har övergått till annan drog/läkemedel	1
- annat sätt	2
- jag försöker bara använda egen eller ny spruta	25

Av gruppen som försöker hålla sig till egen spruta har sexton lyckats i sitt uppsåt, sju har ibland lyckats hålla sig till egen spruta och två anger "sällan". (Norén s 28.)

En annan fråga gäller hur vanligt det är att flera personer använder samma spruta utan att den rengöres/steriliseras innan nästa person använder den?

Aldrig - anges av	4
Sällan - anges av	20
Ofta - anges av	30
Vet ej - anges av	6

Intervjusvaren ger en klar antydning om att sprutdelning i början av 1987 fortfarande var vanlig, förekom "ofta" enligt de intervjuade missbrukarna.

Frågan är oklart formulerad eftersom en spruta kan rengöras utan att steriliseras. Missbrukarnas svar tyder på att de har uppfattat att frågan gäller "sterilisering" av sprutan. Som framgår under avsnittet om injektionsvanor sker alltid en viss rengöring av sprutorna mellan varje användning.

10 INTERVJUUNDERSÖKNINGEN

10:1 Samtal med missbrukarna om HIV/AIDS

I intervjuerna ställdes frågan till behandlarna:

- pratar Du med klienterna om HIV/AIDS? Hur?
- tar missbrukarna själva upp HIV/AIDS i era samtal?
- när blev HIV/AIDS-hotet en realitet för missbrukarna?

Det är genomgående att alla behandlare pratar med sina klienter om HIV/AIDS. Men det är också uppenbart att det finns stora skillnader kvalitativt och kvantitativt hur dessa samtal går till.

Oftast pratar man om HIV i vårdens inledande skede, på öppenvårdsenheten eller i avgiftningsfasen.

Ju längre bort från missbruket - ju mindre prat om HIV.

HIV hör missbruket till och klienten har sökt sig till vård för att han ska lägga av med missbruket. Det viktiga blir att se framåt, inte bakåt till knarkartillvaron.

"Vi pratar väldigt lite om missbruket. Vi tittar framåt och pratar om det positiva med ett liv utan knark. Och många känner en befrielse över att vara ifrån knarket. Vi försöker dra ner snack om droger. HIV pratar vi om i samband med att klienten testar sig. Då pratar vi om rädslan och ångesten. Men vi har svårt för denna fråga i personalgruppen."

Behandlare på motivationshem i Malmö.

Genom att man inte tar upp missbruket i sig till diskussion blir det svårt att få till stånd en dialog med klienten när man pratar om HIV. Det finns en risk att diskussionen uteblir och informationen blir teoretisk, "skolaktig".

Man kan tänka sig att HIV/AIDS informationen sker på ett antal olika nivåer:

1. Spontant - t.ex. i samband med TV-program, tidningsartiklar eller när på annat sätt något yttre aktualiserar HIV.

2. Rutinmässigt - t.ex i samband med blodprovstagning eller när HIV-testen är klar eller vid något av de första samtalen mellan behandlare och klient "enligt checklistan".
3. Metodiskt - i form av ett genomarbetat program där klientens sprutvanor diskuteras i detalj, där sexvanor också tas upp detaljerat och de olika smittvägarna går igenom med utgångspunkt från klientens egna vanor, och klienten får hjälp med att bearbeta sina föreställningar om AIDS och sin rädsla för AIDS och andra faror i knarklivet.

Av undersökningen har framkommit att det rutinmässiga och spontana sättet att närma sig HIV/AIDS är det som förekommer. Det finns inslag av ett mer metodiskt arbetssätt bland ett par av Rådgivningsgruppens specialprojekt och också på någon av Avgiftningsklinikerna. Samtidigt är det troligt att en mer aktiv HIV/AIDS information behövs.

Speciellt i samtalen med stockholmsnarkomanerna fanns tecken på att missbrukarna värjer sig emot viss information och även ifrågasätter den. De vet med sig att de har haft samlag med HIV-positiva och delat sprutor med HIV-positiva. Ändå har de inte blivit smittade. Det gör att den första mycket starka rädslan för HIV ersätts av en annan känsla, HIV är ytterligare en risk bland alla andra man tar. Vaksamheten trubbas av.

Informationen måste vara konkret och den måste kopplas till en dialog med missbrukaren. Han måste få möjlighet att ifrågasätta. Om han inte i ord ifrågasätter smittoriskerna så har vi kanske inte nått fram.

Eftersom utgångspunkten på behandlingsställena är att missbrukaren ska lägga av med narkotikan blir diskussionerna om HIV inte så viktiga.

Men frekvensen avhopp i behandling är mycket hög och uppemot sjuttiofem procent av de vi träffar i behandling kommer att återfalla i missbruk, för längre eller kortare perioder.

Hur ser HIV-informationen ut på infektionsklinikerna i Malmö och Lund?

I Malmö med sina begränsade öppettider blir varje besök i allmänhet kort. Informationen ges rutinmässigt, men hela situationen är inriktad på HIV-prevention vilket innebär att diskussion om sprutdelning och sexvanor faller sig naturlig. Besöket på mottagningen ger en god möjlighet till information och den utnyttjas i allmänhet. I Lund ser situationen likartad ut.

Infektionsklinikernas roll som HIV-informatörer är särskilt viktig. Genom sprutbytesprogrammen får klinikerna kontakt med en stor mängd missbrukare som får en riktad HIV/AIDS-information. Den ges av medicinskt utbildad personal i ett sammanhang där smittskyddet står i centrum. Detta är en av sprutbytesprogrammets främsta förtjänster.

Intervjuszvaren visar att klienterna ofta själva tar upp HIV/AIDS i de inledande faserna öppenvård och avgiftning. Då finns oron, ångesten inför de missar man har gjort och då vill man bli testad och väntar oroligt på testsvaren.

"Nu senast när jag höll på och knarkade var jag säker på att jag fått AIDS - jag var fullständigt utmattad och kände mig helsjuk. Jag gick och testade mig fastän jag var mitt uppe i missbruket, men provet var som tur är grönt. Jag ska testa mig igen efter tre månader fastän jag har testat mig ytterligare en gång sedan jag kom in i vård.

Jag är väldigt rädd för att få AIDS och känner mig fortfarande rädd för vad testsvaret om ett par månader ska visa."

Man, 25 år, amfetaminmissbrukare från Malmö.

Det första testsvaret kommer efter en dryg vecka. I Skåne är det nästan alltid negativt, HIV-virus kan ej påvisas i provet.

Missbrukaren skjuter undan HIV-oron för den här gången även om han har kvar en liten rädsla i bakhuvudet som handlar om virusets inkubationstid, att det tar ytterligare tre månader och ett förnyat prov innan han kan känna sig helt säker.

Efter det första testbeskedet minskar klienternas HIV-oro över lag. De tar inte upp HIV/AIDS om inte något yttre stimuli som en tidningsartikel eller ett TV-program aktualiserar det. På 89:an i Malmö förekommer en speciell form av påminnelse. 89:an ligger nära Infektionsklinikens mottagning II där sprututdelningen äger rum, och många hämtare passerar förbi 89:an. Speciellt påtaglig blir trafiken om klienter och personal på 89:an sitter på 89:ans uteplats. Då tycker patienterna att det är direkt jobbigt att se kamraterna passera förbi i stora skaror. Men - det ger upphov till diskussioner om sprutor, knarkande och AIDS överhuvudtaget.

När blev AIDS-hotet en realitet för missbrukarna? Frågan är lättast att besvara för Malmös del. Där är behandlare och missbrukare påfallande överens. En amfetaminmissbrukare får ordet:

"Vi har blivit mer skärpta med sprutor. Det började när en av mina kompisar fick reda på att han hade HIV. Innan var HIV och AIDS mera som en saga, men när han fick det fattade man att sjukdomen verkligen fanns."

Kompisen var en känd heroinmissbrukare som troligen blev smittad i Stockholm. Han fick sitt besked sommaren 1986. I september samma år fick hans amfetaminmissbrukande flickvän, en annan mycket känd missbrukare, besked att hon var HIV-positiv. Dessa båda nämns flitigt i intervjuerna, både av behandlare och missbrukare. De talade om för kamraterna att de var HIV-positiva, och deras öde gjorde intryck.

För behandlarna blev kvinnans besked särskilt betydelsefullt eftersom hon hade varit patient på ett av motivationshemmen, och sedan blev den förste patienten på den nyöppnade Avgiftningsenheten.

För den malmönarkoman som möjligen hade missat det beskrivna paret blev en stockholmsnarkoman bekräftelsen på att smittan var i stan. Han rörde sig mycket aktivt i Malmös olika "amfetaminkvarter" och förnekade till en början att han var HIV-positiv. Genom att det ansågs att han spred smittan vidare blev han till slut tvångsomhändertagen jämlikt smittskyddslagen, Sveriges andra ingripande av detta slag.

Hans fall blev förstasidesstoff i rikets alla tidningar och Kvällsposten gjorde flera inträngande reportage om mannen inräknat en exklusiv intervju från inlåsningsavdelningen på Malmö Östra sjukhus.

I Lund framhåller flera behandlare de insatser som har gjorts inom narkomanvården och infektionskliniken för att informera missbrukarna om AIDS. De kom igång tidigt, 1985-86 och medverkade tillsammans med massmediakampanjerna till att skapa en medvetenhet hos missbrukarna om HIV/AIDS.

I Lund fanns inflyttade HIV-positiva narkomaner som bidrog till att hotet blev en realitet. Speciellt var det en stockholmsnarkoman som blev mycket omtalad och som ansågs "härja" i Lund med riskbeteende i form av sexuell aktivitet och dålig spruthygien. Det var inte samma person som blev beryktad i Malmö.

10:2 Sex och HIV

Risken att bli smittad via heterosexuella samlag bedöms olika mellan olika forskare, men genomgående är att man pekar på att en kvinna löper större risk att bli smittad av en man än tvärtom.

Enligt en parstudie utförd av CDC (Centre of Disease Control) i USA omfattande sjuttio par, där den ene var smittad och paren hade ett regelbundet sexualumgänge, överförde 8 av de 50 männen smittan till sina fruar och av de 20 smittade kvinnorna överförde en smittan till sin man. (Uppgiften från Michael A. Fumento 1987).

I vår intervjuundersökning frågades om hur man såg på den sexuella smittan som riskfaktor för narkomanerna, och hur den var jämfört med sprutdelningen.

Frågan besvarades av 19 personer.

Samtliga tyckte att den sexuella smittan är en riskfaktor som är viktig.

- 11 ansåg att det är den viktigaste riskfaktorn idag
- 4 ansåg att den visserligen är viktig. men att sprutdelningen är den största riskfaktorn
- 4 tyckte att det inte gick att särskilja de olika riskerna från varandra, att båda riskbeteendena var lika viktiga

De som såg den sexuella smittospridningsvägen som den allvarligaste för närvarande pekade på följande skäl:

- narkomanerna har lärt sig att skydda sig mot sprutdelning, men har fortfarande sexuellt umgänge utan kondom
- promiskuiteten bland i synnerhet amfetaminmissbrukarna är stor
- många kvinnliga missbrukare prostituerar sig eller blir sexuellt utnyttjade på annat sätt

En kvinnlig narkomanvårdare verksam inom öppenvården uttryckte sin oro:

"Den sexuella smittorisken är stor. Vi glömmer ofta bort den. Det är för mycket tal om sprutor. Man litar på varandra i ett förhållande. Kondom är otänkbart. Det är förknippat med prostitution. Missbrukarna känner till att HIV kan smitta vid samlag, men dom kopplar i praktiken smittorisken till sprutor och inte till samlag."

En polisman formulerade sig så här:

"Det är en mycket stor risk för sexuell smittospridning, kanske större än för sprutor. Knarkarna lever i en mycket öppen gemenskap. De har inte våra moralbegrepp."

De som anser att sprutdelningen ger fler HIV-smittade än samlagen mellan man och kvinna pekar på att smittsamheten är liten vid samlag, speciellt från kvinna till man. Vid sprutdelning är smittsamheten betydligt större. En behandlare menar att den sexuella smittan främst är ett problem för kvinnor, både kvinnliga missbrukare och kvinnliga sexualpartners till manliga missbrukare.

Det finns inga klara samband mellan hur man bedömer smittospridningsriskerna och ens ställningstaganden i andra frågor.

Det finns anledning att återkomma om narkomanernas sexuella beteenden längre fram, med bl.a. uppgifter från intervjuerna med missbrukare.

Av de behandlare som intervjuades svarade 17 på frågan om de talar med sina klienter om sex. Svaren har delats in i tre kategorier och fördelar sig enligt följande:

- 3 talar regelmässigt om sex med sina klienter på ett metodiskt sätt, främst utifrån HIV-prevention
- 13 talar om sex när det aktualiseras "på ett naturligt sätt", vilket kan innebära alltifrån att ett par av klienterna på en institution börjar visa intresse för varandra till att kondomer delas ut på en öppenvårdsenhet
- 2 tar inte upp sex i samtalen med sina klienter.

Den oro som finns hos de intervjuade för den sexuella smittospridningen har i allmänhet inte medfört att de har lagt tonvikt på diskussion om sexualitet i behandlingsarbetet. Detta är anmärkningsvärt, speciellt med tanke på att många behandlare tar upp den stora betydelse sex har för amfetaminmissbrukarnas livsstil.

De tretton intervjuade missbrukarna fick frågan om hur de såg på den sexuella smittan som riskfaktor och om sexualitetens betydelse i missbrukarlivet.

Av de intervjuade var fyra heroinister (samtliga män) och nio amfetaminister (tre kvinnor). De intervjuade svarar ganska väl mot de proportioner mellan preparat och kön som gäller bland missbrukarna.

Risken att bli smittad sexuellt beror på i huvudsak två faktorer:

- 1) Sjukdomens smittsamhet
- 2) Den enskildes sexuella livsföring

För missbrukarna är den första förklaringsfaktorn, sjukdomens smittsamhet den avgörande för deras grad av oro.

- 6 anser att risken är obetydlig för dem själva så väl som för andra att få HIV via samlag
- 2 anser att risken finns även om den inte är så stor
- 5 uttrycker en direkt oro för den sexuella smittan

Det finns klara skillnader mellan stockholmare och malmöbor. En stockholmare finns i den "oroliga" gruppen". tillsammans med fyra malmöbor, fyra i stockholmgruppen ser risken som obetydlig.

I stockholmgruppen tar flera upp att risken för smitta vid samlag är liten för heterosexuella män. En menar att det är bland homosexuella smittan sprids sexuellt och väldigt sällan bland knarkare. Ett par menar också, och får medhåll av två amfetaminister från Malmö, att den sexuella lössläpetheten är överdriven. "Det är killsnack, men inte mycket bakom."

En ung malmöamfetaminist fyllde i:

"Jag pallar inte närma mig en tjej när jag går på "strul" (amfetamin). För mig är det inte sex det handlar om när jag tar. Det är en myt med det myckna sexet bland knarkare. Det vanligaste sättsättet är onani, och det är inte bara för mig. Jag har oroat mig efter samlag med en tjej som jag visste hade varit med en HIV-positiv. Men jag klarade mig, det visade testet.

I fortsättningen kommer jag att använda kondom. Om jag använt det tidigare? Nej, men någon gång ska vara den första!"

En jämnårig malmöamfetaminist gav en annorlunda lägesbeskrivning:

"Visst är tjack (amfetamin) en sexdrog. Det gör att samlagen blir häftigare. Det finns gott om "tjackluder" i svängen som går runt mellan killarna. Dom stannar kvar hos en kille så länge dom får tjack. Sen finns det dom som "gnor" också. Jag gillar inte den typen, och jag är inte ihop med såna tjejer. Risken för mig att bli smittad är liten."

En amfetaminmissbrukande stockholmsflicka i samma ålder presenterade sin bild:

"Jag tror inte risken är så stor att få AIDS från samlag. Det är sprutorna folk blir smittade av. Men folk skyddar sig inte sexuellt. Kondomer har jag aldrig hört talas om i våra kretsar. Jag skyddar mig genom att hålla mig till en kille. Det har funkat. Jag har t.ex. aldrig haft några könssjukdomar och inte hepatit heller."

De som är oroliga har olika vägar att vara försiktiga:

"När det gäller AIDS är samlag ändå den största smittokällan. Den går via de prostituerade och sen ut till vanligt folk genom deras kunder. Och Baldisfolket, de som går på Baldakinen, lever farligt. En kille och en tjej träffas, ligger med varandra och sen är det färdigt.

Jag brukar själv gå dit, när jag vill ha tag i en tjej. Jag är inte ihop med knarkarbrudarna. Vill bara inte. Jag har aldrig haft en sexuell relation till en hora. Jag vill inte dela tjej med torskarna.

Vid dom fyra, fem tillfälliga förhållanden jag har haft på senare år har jag använt kondom. För min skull - jag vill inte dra på mig något skit. Men det har varit lite med det sexuella för min del de senaste åren."

Uttalandena ger olika bilder. En enhetlighet är inte att vänta. Det är inte så att det bara finns ett sätt att leva som narkoman. Det

finns naturligtvis också en risk att berättelserna är osanna i större eller mindre utsträckning. Under intervjuerna hade jag ingen känsla av att missbrukarna förde mig bakom ljuset förutom i någon mån när frågorna handlade om just sexualitet. Speciellt de frikostiga löftena som gavs om att i framtiden använda kondom upplevde jag som tillrättalagda.

Beträffande beskrivningarna om hur den sexuella aktiviteten ser ut i missbrukargruppen kan det ha funnits tendenser bland männen till att se den personliga situationen som generell, att den egna bristen på partner delades av de flesta andra.

Ett rimligt antagande blir att en del har ett mycket aktivt sexliv och andra är mindre aktiva, alltså på samma sätt som för missbrukarnas icke-missbrukande jämnåriga.

För kvinnorna ser situationen annorlunda ut. Det var svårt att få grepp om hur deras rädsla såg ut. De två stockholmskvinnorna ville inte medge att de var oroliga, medan den unga amfetaminmissbrukande kvinnan i Malmö gav uttryck för oro. Alla tre avvisade användning av kondom när de var tillsammans med sin pojkvän. Deras enda skydd var att "inte ligga med vem som helst", för en kvinna med tillägget "utan kondom".

I boken "Sexualitet och missbruk" (s 44) konstaterar Claes Heijbel och Inger Nilsson att en kvinna som missbrukar egentligen har fyra möjligheter att underhålla sitt missbruk:

"Hon kan leva tillsammans med en man och i princip bli försörjd av honom, hon kan ha många tillfälliga kontakter med män i missbrukargruppen, hon kan prostituera sig utanför den egna kretsen eller hon kan själv begå brott. I alla utom det fjärde alternativet, använder hon sitt kön för att få droger."

Till den sexuella utsattheten som citatet anger kan således ytterligare en negativ faktor läggas, en av livshotande karaktär, risken att smittas med HIV. För kvinnor som missbrukar är den sexuella smittorisken större än för männen. Det har lugnat männen, men det har inte gjort kvinnorna särskilt mycket försiktigare. De

unga kvinnornas situation är svår och de har svårt att stå emot "knarkarkvartarnas" extrema könsroller.

Det finns en manlig grupp som skulle kunna ha en lika utsatt situation som kvinnorna. Det är homosexuella narkomaner och manliga narkomaner som ägnar sig åt homosexuell prostitution.

Det är mycket få narkomaner i regionen som själva öppet säger att de är homosexuella. Kanske är detta ett tecken på att det pratas lite om sexualitet, att den homosexuelle narkomanen passerar som heterosexuell. Homosexuell prostitution som ett sätt att få pengar till narkotika är ovanligt. Enligt Torkil Moestrup, läkare på Infektionskliniken i Malmö med stora kontaktytor till Malmös narkomaner, är det bara någon enstaka malmönarkoman som är känd för att emellanåt ägna sig åt homosexuell prostitution. Ingen av de HIV-positiva narkomanerna i Skåne har smittats via homosexuell kontakt.

10:3 Kunskaper om sprutbytesprogrammen

Från Infektionskliniken i Lund har det framförts att de som är motståndare till fria sprutor ofta saknar kunskaper om vad sprutprogrammet innebär.

En av undersökningens hypoteser var att det fanns kunskapsskillnader mellan anhängare av fria sprutor och motståndare till fria sprutor. Till sammanlagt 23 personer ställdes frågan: "Vad känner Du till om sprutprogrammen i Malmö och Lund?" Sedan bedömdes kunskaperna efter en tregradig skala, mycket goda kunskaper, goda kunskaper eller inga eller obetydliga kunskaper.

För att hamna i kategorin "mycket goda kunskaper", ska man känna till öppettider, anonymiteten, hur många sprutor som delas ut, att det handlar om sprutbyte, hur samarbetet med narkomanvården ser ut, var utdelningen sker och eventuell åldersgräns. Ett par missar är tillåtna.

"Goda kunskaper" innebär att man känner till minst tre av ovannämnda fakta eller att man redovisar andra relevanta fakta.

"Inga eller obetydliga kunskaper" innebär i allmänhet att man vet om att sprutor delas ut men inte mycket mer.

Det har inte varit några större problem att skilja ut de olika grupperna.

12 får högsta betyget, 6 nästa högsta och 5 får lägsta.

I kategorin högsta betyg finns både de fem mest positiva och de fyra mest negativa till sprutor.

Det går således inte säga generellt att det är brist på kunskaper som ligger bakom ett nej till sprutor.

De intervjuade i Lund har bättre kunskaper än de i Malmö. Skillnaden beror främst på att de som arbetar på institution i Malmö drar ner snittet. De intervjuade inom socialtjänstens öppenvård har mycket

goda kunskaper om sprutprojekten. Här finns en möjlig felkälla eftersom fem personer inom den öppna narkomanvården intervjuades vid olika tidpunkter, och även om intervjupersonerna ombads att inte avslöja frågorna för kollegerna kan detta ha skett.

Lundaprojektet är överlag mer välkänt än sprutbytesprogrammet i Malmö.

Det har skrivits mycket om lundaprojektet i lokalpress, TV har gjort ett program där projektet har presenterats och lundaprojektet har arbetat med att göra sin verksamhet känd på ett helt annat sätt än malmömotsvarigheten.

De som arbetar med narkomanvård på institution har intresserat sig för frågan om de fria sprutorna i mindre utsträckning än personalen i öppenvård. Det visar sig i att de känner till programmen mindre, och att de är mindre engagerade i frågeställningen.

De fem med minst kunskaper om sprutprogrammen är två som arbetar med ungdomar, en arbetsledare utanför narkomanvården och två institutionsanställda. Fyra är positiva till sprutor, en är negativ.

Det kan nämnas att av samtliga trettio intervjuade var tjuugoett för fria sprutor, med olika grader av entusiasm, och åtta var emot. En, för övrigt med mycket goda kunskaper om programmet, avstod från att ta ställning och placerades i "vet ej"-kategorin.

Närmare presentation av för och emot på annan plats i rapporten.

10:4 De som hämtar och de som inte hämtar

Den typiske hämtaren, både i Malmö och Lund, är en man som fyllt trettio med ett amfetaminmissbruk. Han har hållit på med att injicera i över tio år och har haft flitiga kontakter med kriminalvården genom åren. Han är arbetslös men har egen bostad. Han har bakom sig ett antal misslyckade vård försök.

Hans kunskaper om HIV är relativt goda. Han vet hur det smittar och bland vilka grupper i samhället smittan är mest utbredd. Han är noga med att använda rena verktyg när han knarkar. Han är informerad om den sexuella risken för smitta, men det har inte påverkat honom till att använda kondom regelbundet.

Den typiske hämtaren är faktiskt synonym med den typiske narkomanen. Så här ser "medelknarkaren" ut.

Som framgått tidigare är majoriteten av narkomanerna i regionen män, över trettio och amfetaminmissbrukare.

Andelen kvinnor bland hämtarna är enligt Bengt Ljungberg i Lund 25% d.v.s. samma som i narkomanpopulationen. I Malmö uppger man en högre andel kvinnor men där handlar det om en uppskattning.

I Lund har sedan starten i november 1986 7-800 individer passerat revy, i Malmö har under första året ungefär 500 besökt kliniken. En del av dessa förekommer i båda besöksgrupperna och en del är utombytare som varit på genomresa och hämtat sprutor då.

I Lund fick Willy Karlsson fram 254 kända injektionsmissbrukare. En uppräknig med hänsyn till mörkertal skulle stanna vid omkring 400 narkomaner.

I Malmö ger Alvar Norén siffran 800-850 tunga narkotikamissbrukare. Då är några av dessa tunga haschmissbrukare.

Säg att vi har totalt 1 150 injicerande narkomaner i Malmö och Lund. Låt oss också anta att av totalt 1 250 besökare 350 går bort i form av utombytare och personer som förekommer på båda ställena.

Det skulle innebära att 80% av de båda städernas narkomaner någon gång har hämtat sprutor. Det är en oerhört stor kontaktyta. Rimligtvis har sedan både sprutor och HIV-information en ytterligare spridning till narkomaner utanför hämtarnas skara.

Nu ska det sägas att det finns många som bara har gjort ett eller två besök, som faller inom "drop-out"-kategorin. Jag har inte gått in och studerat bortfallet, men en del uppgifter om detta lär finnas lundautvärderingen.

Vilka är det då som inte hämtar sprutor?

Personalen i Lund och Malmö är helt enig - det är de unga, de som är under tjugo år. Det är endast enstaka tonåringar som har besökt projekten. För personalen har detta varit ganska skönt. De har sluppit det moraliska dilemma det innebär att lämna över sprutor till en människa som knappt är myndig eller kanske inte ens det. Lund har en åldersgräns som säger att den som är under tjugo ska träffa en läkare innan utdelning kan ske. Läkaren ska då bl.a. konstatera om vederbörande är inne i vård.

I Malmö finns inte någon utsagd åldersgräns på samma sätt, men i realiteten får den som är under tjugo räkna med fler frågor och ett större ifrågasättande.

Det står klart att projektet inte når de yngsta missbrukarna. Det här fenomenet är långt ifrån unikt i Malmö och Lund. Det har visat sig vid upprepade undersökningar att missbrukare under tjugo år inte är kända hos vare sig socialtjänsten eller narkomanvården förutom i undantagsfall.

Alvar Norén gjorde i sin undersökning 1987 särskilda ansträngningar att få en bild av ungdomsmisshandlingen, exempelvis genom att samla in uppgifter från Malmös alla basenheter för ungdomar. Han fick visserligen fram 44 individer, 32 män och 12 kvinnor men av dessa hade 30 cannabis som enda missbruk. För 38 av de 44 var intagningsättet känt, i 5 fall rörde det sig om injicerande. Tyvärr är sanningen uppenbarligen inte den att Malmö endast har fem injicerande

individer under tjugo år. Problemet är att injicerande ungdomar lyckas hålla sitt missbruk dolt. De anstränger sig på ett annat sätt än sina äldre kamrater för att hålla fasaden, kanske i medvetande om att samhället har tvångsätgärder att tillgripa om missbruket blir känt.

För tonåringen blir ett besök på infektionskliniken en upptäcktsrisk som han/hon inte vill ta.

Omfattningen av ungdomsmissbruket är svår att beräkna. Kanske är det så att missbruket har "gått upp i åldrarna", att debuten sker senare idag än för tio år sedan. En indikation är missbruksbilden för de avancerade ungdomar som vistas på våra nutida motsvarigheter till ungdomsvårdskolorna.

En behandlare på en institution för tvångsomhändertagna ungdomar beskriver hur deras elevers missbruk ser ut:

"Vi har haft ett tiotal ungdomar hos oss sedan starten förra hösten. Narkotikaproblem, företrädesvis hasch fanns med i bilden i sju av fallen. En flicka hade ett avancerat injektionsmissbruk och en pojke gick på amfetamin kraftigt förra sommaren. Han har dock aldrig injicerat vad vi känner till."

En kollega till honom från Råby i Lund noterar:

"På senare år har vi fått en markant annorlunda elevgrupp. För tjugo år sedan var 75% knarkare, idag har vi ingen sprutnarkoman på Råby. De senaste två åren har vi haft någon enstaka. Jag tror detta avspeglar en nedgång i drogmissbruket i hela landstingsområdet."

En angelägen forskningsuppgift skulle vara att försöka utröna ungdomsmissbrukets verkliga omfattning. Finns det en dold grupp av missbrukare i tonåren eller har missbruket trängts tillbaka så att det bara är enstaka missbrukande individer?

Behandlarna har tillfrågats om vilka som hämtar och vilka som inte hämtar. Det är ingen som anser sig ha så goda kunskaper om programmet att de kan uttala annat än kvalificerade spekulationer. Ingen är så involverad i samarbete med projektet att de har förstahandskunskaper.

I Lund hänvisar man till Bengt Andersson, och i Malmö är de bäst informerade personalen på 89:an som ser hämtarna passera förbi utanför. Samarbetet narkomanvård - sprutprogram är som vi tidigare noterat mycket obetydligt.

Behandlarna anger tre kategorier som de inte tror hämtar sprutor:

- de unga
- de socialt etablerade som är rädda för att bli upptäckta
- de mest utslagna som inte klarar av att hålla reda på sina begagnade sprutor och att hålla tider

Det är svårt att få klarhet i om programmen når ut till de socialt etablerade. De utgör narkomanvärldens verkliga "doldisar", och det är först på senaste året som narkomanvården via exempelvis Futuraprojektet i Malmö försöker nå ut till denna grupp. Båda sprutbytesprojekten uppger att de har socialt etablerade missbrukare bland sina besökare, och att de försöker ta hänsyn till deras önskan att inte blanda sig med övriga besökare. De kan få hämta sprutor efter arbetets slut etc. I denna grupp finns några f.d. missbrukare som efter rehabilitering har kunnat ta sig tillbaka till samhället, men som fått ett tillfälligt återfall.

En annan problematisk grupp är kvinnor med barn. De kan inte erkänna att de är missbrukare eftersom de då riskerar att förlora vårdnaden om sina barn. Denna grupp finns bland spruthämtarna, men oftast nås de av de fria sprutorna via kamrater.

Beträffande de mest utslagna "trashankarna" så skulle man kunna förmoda att de tillhör de sporadiska besökarna. I Malmö uppger man att detta är en grupp projektet inte når. Jag har inte haft möjlighet att närmare följa upp denna kategori. Ett par i denna grupp ingick bland mina intervjupersoner. Båda var flitiga hämtare, men självklart ska inga generaliseringar göras av det.

Det nämndes tidigare att projekten har relativt många ströbesökare. Det kan ha många skäl. Ett viktigt är rimligen den goda tillgång till sprutor som finns. Fortfarande köps sprutor i Köpenhamn och vi vet

också att sprututdelningen är så pass generös att man kan ge bort en och annan.

För personalen på sprutprogrammen är det en balansgång hur mycket krav man vågar ställa på hämtarna. Om narkomanerna skulle göra en kalkyl över om det är lönt att ta sig besväret att gå till Infektionskliniken skulle plus och minus kunna se ut så här:

+

man får rena sprutor och kanyler

man blir av med sina gamla, använda

man kan få sina blesyrer omsedda och man kan fråga om sådant man oroar sig för

man får fria kondomer

man får möjlighet att HIV-testa sig

man kan i Malmö få en läkartid hos Torkil Moestrup vilket kan ge hjälp med mediciner

man får ett hyggligt bemötande, träffar en vänlig människa

man kan träffa "polare" (mer påtagligt i Malmö där utdelningen är koncentrerad till fyra timmar)

man ges möjlighet att knarka på ett mindre riskabelt sätt

-

man måste passa en tid

man måste offra av sin dyrbara tid - ta sig dit, sitta och vänta

man måste köpa ner sig till att be om sprutor av en sköterska

man kan bli igenkänd

man kan träffa folk som man inte vill träffa

man får press på sig att låta HIV-testa sig

man påminns om det farliga med att knarka

man tvingas spara och släpa med sig sina begagnade verktyg

Som synes finns det också en hel del på den negativa sidan. Det är inte självklart att man vill utsätta sig för det för att tjäna några tior. Speciellt i Malmö med projektets begränsade öppettider finns risk att kalkylen överväger till det negativa. Förmiddagen är ju inte heller den tidpunkt då missbrukaren mår bäst, och när regnet öser ner och den kyliga vinden slår emot den som vågar sig utanför stugknuten ska det mycket till innan narkotikamisbrukaren frivilligt ger sig ut.

10:5 Inverkan på injektionsmissbruket i regionen

Som framgår av avsnittet om missbrukssituationen i Malmö-Lund går det inte att se några förändringar av missbruket under den tid sprutprogrammen har pågått. Det är tänkbart att det blir förändringar på längre sikt. Till intervjupersonerna ställdes frågan: Vilken inverkan har sprutprogrammen på missbrukets omfattning?

Frågan besvarades av 30 personer, förutom behandlarna svarade också två poliser och två arbetsledare inom socialtjänsten. Det var en "expertpanel" med lång erfarenhet och stora kunskaper.

Svaren har kodats till tre svars kategorier, "ökat missbruk", "ingen effekt" och "minskat missbruk". Så här blev svaren:

Sprututdelningen medför

- ökat missbruk	3
- ingen effekt	21
- minskat missbruk	3
- vet ej	3

Bara två av de som var negativa till sprututdelning trodde att utdelningen skulle innebära en ökning av missbruket. En behandlare i öppenvård i Malmö uttryckte sin oro:

"Det är en mycket svår fråga att besvara. Jag är rädd att de unga som befinner sig i utkanten av missbruket och som är skitträdna för att få AIDS får tillgång till rena sprutor och lättare tar till att injicera."

Samma typ av argument framfördes av de båda andra som befarade ökat missbruk.

De som inte trodde på några effekter på missbrukets omfattning av sprutbytesprogrammen menade att det inte var tillgången till sprutor som avgjorde om någon blev missbrukare. Som en vitsig lundabo uttryckte det:

"Nej, det har ingen betydelse. Det är inte verktygen som är avgörande. I så fall skulle ju alla röka hasch eftersom tillgången till pipor är obegränsad!"

Eftersom svaret nästan alltid blev "nej, det har ingen effekt" ställdes en uppföljningsfråga - hur påverkas de som idag dricker amfetaminet eller röker heroinet - blir inte steget för dem till att börja injicera kortare?

Det avvisades av alla nej-svararna.

"Det är ett stort personligt, psykologiskt steg innan man börjar kreta sig i armvecken med en kanyl. Där har spruttillgången ingen betydelse."

Öppenvårdsbehandlare i Lund.

Samma svar gav de narkomaner som fick frågan. Det är annat som är betydelsefullt när man tar sin första sil än att det finns gott om sprutor tillgängliga.

"Det är helt andra saker som är avgörande när man går över till att spruta. Det är en utveckling i själva missbruket. Man vill ha en starkare, snabbare effekt, Och efter första sprutan blir det sprutor i fortsättningen. Man vill ha den starkare effekten."

Heroinist, Stockholm.

En ung amfetaminmissbrukare i Malmö berättar om sin jungfrusil:

"I början drack jag amfetaminet. Jag blandade ut det med vatten.

Det smakade beskt och jävligt. Ofta tålde inte min mage tjacket. Jag spydde upp det. Fortfarande har jag problem med magen efter det.

En av mina kompisar brukade injicera. Eftersom jag så dåligt tålde att dricka bad jag honom låna mig sina verktyg och hjälpa mig att sätta sprutan. I tre månader sa han nej. Han ville inte vara den som satte första sprutan på mig. 'Då kommer Du alltid ge mig skulden om Du blir narkoman.' Men en gång var han utan tjack och jag hade. Jag lovade bjuda honom om han lånade ut verktygen och satte sprutan. Han var dålig och sa OK, men jag skulle få sätta silen själv. Men när han såg hur jag kluddade hjälpte han mig."

I berättelsen är det hjälpen att sätta sprutan som är det viktigaste. Kamraten vill inte ta på sitt ansvar att vara den som sätter "jungfrusilen". Lånet av sprutan är också väsentligt och den här unge missbrukaren levde i en knarkmiljö med mycket dålig tillgång till sprutor. Han berättar att han till för ett år sedan regelbundet delade verktyg med enbart vattensköljning emellan.

De tre som trodde att sprutbytesprogrammen skulle medföra ett minskat missbruk pekade på att de fria sprutorna drog till sig okända missbrukare som via projektet fick kontakt med narkomanvården. De kunde då få hjälp att komma ifrån sitt missbruk, vilket skulle minska antalet missbrukare.

10:6 Smittspridningen

Hittills (880920) har nitton HIV-positiva narkomaner anmälts till smittskyddsläkaren i Malmöhus län. Tre har senare avlidit. Antalet har varit oförändrat sedan sommaren 1987, förutom ett fall som har upptäckts på ett fängelse i Skåne, som gällde en man från mellansverige.

Enligt Margareta Andersson, konsulent vid smittskyddsläkarenheten i Malmö finns tio av dessa fortfarande i Skåne. De allra flesta är fortfarande i missbruk.

Infektionsläkarna i Malmö, Lund och Helsingborg har försökt få fram var dessa har smittats. Två har säkert smittats i Skåne, för ytterligare två kan det inte uteslutas att de har blivit smittade i Skåne. De övriga har smittats utanför landskapet, vanligtvis i stockholmstrakten.

Testningen av narkomaner är fortfarande omfattande. De som tas in för avgiftning testas rutinmässigt, likaså testar de båda sprutbytesprogrammen och på regionens häkten och anstalter erbjuds testning. Det innebär att det med stor sannolikhet kan sägas att HIV-spridningen åtminstone tillfälligt har stoppats upp.

Hur stor del som sprutbytesprogrammen har i detta är omöjligt att säga. Att programmens sprututdelning och informationsverksamhet har haft en viss betydelse förefaller rimligt. Sjukdomens spridning stannade av samtidigt som utdelningen kom igång på allvar sommaren 1987.

Samtliga i den egentliga intervjuundersökningen besvarade frågan "vilken inverkan har sprutprogrammen på smittspridningen?" Vid bearbetningen av intervju svaren användes följande huvudkategorier med svarsfrekvensen angiven:

- stora positiva effekter 11
- vissa positiva effekter 12

- inga eller obetydliga positiva effekter 5
- vet ej 2

Således ansåg 23 av de 30 att sprutprogrammen hade vissa eller stora positiva effekter för att hindra smittospridningen.

Detta är den fråga som har tydligast korrelation med hur man ställer sig till fria sprutor. Alla som ser stora positiva effekter ur smittospridningssynpunkt anser också att det ska öppnas fler sprutbytesprogram. Av de fem som anser att programmen ger "inga eller obetydliga positiva effekter" anser fyra att de båda befintliga sprutprogrammen ska stängas.

Tar man ställning till fria sprutor efter en bedömning av hur effekterna är ur smittskyddssynpunkt? Eller anpassar man sin åsikt i frågan om smittspridning till den uppfattning man har om fria sprutor?

De frågorna får förbli obesvarade.

Som framgår av smittskyddsläkarens redovisning har nysmittan av HIV reducerats kraftigt sedan sprutprogrammen kom igång för fullt sommaren 1987. Detta kan ha sin förklaring, helt eller delvis, i den utdelning av sprutor som skett och i den information som programmen har gett till narkomanerna.

Det kan också finnas andra orsaker till exempel:

- god tillgång till illegala sprutor
- bättre kunskaper hos missbrukarna om HIV/AIDS än tidigare, inhämtade från narkomanvården eller massmedia
- bättre spruthygien än tidigare inkl. mindre av sprutdelning
- de HIV-smittade är inne i en fas av lägre smittsamhet
- de HIV-smittade har blivit försiktigare och tar större ansvar gentemot sina kamrater
- ökad kondom användning
- minskat injektionsmissbruk

Det förefaller mycket svårt att lägga fast vilka faktorer som har varit viktigast för att hejda smittspridningen. Faktum kvarstår att smittspridningen för tillfället har stannat av. Tjugotre av de trettio intervjuade tror att utdelning av fria sprutor har en betydelse för att stoppa smittan. De tretton intervjuade narkomanerna ser också fria sprutor som ett viktigt inslag i att stoppa HIV-spridningen.

10:7 Påverkan på motivation och behandling

Narkomanvården i Lund går för högtryck och beläggningen är hög på narkomanvårdens institutioner, samtidigt som besöksfrekvensen till Rådgivningsbyrån är rekordhög.

Vad beror detta på?

Åtta lundabehandlare fick frågan om vilken inverkan sprutprogrammen har på villkoren för motivation och behandling.

4 ansåg att sprutprogrammen inte hade någon betydelse

4 ansåg att sprutprogrammen underlättade motivation och behandling

"Sådana som är trötta på att knarka och vill lägga av men inte vågar söka sig till vård kan komma över den rädslan genom personalen på infektionskliniken. Man kan fånga upp fler helt enkelt."

Behandlare i Lund.

De som såg positiva effekter pekade överlag på de ökade kontaktytor som narkomanvården fått genom infektionskliniken insatser. Flera behandlare tog upp att man hade fått nya klienter genom sprutbytesprogrammet. Statistik på hur många fanns inte. Några tänkbara negativa effekter såg inte lundagruppen.

I Malmö går vården också för det mesta på högtryck. Bristen på avgiftningsplatser har dock fortsatt trots Avgiftningsenhetens tillkomst. Tillkomsten av nya platser har ätits upp av att fler nu söker avgiftning. De långa köerna har fortsatt.

Avhopp från behandling förekommer nu liksom det alltid har gjort. 89:ans rekordår från september 1986 till september 1987, då man inte hade ett enda avhopp har inte upprepats.

10 malmöbehandlare ansåg att sprutprogrammen inte hade någon betydelse för motivations- och behandlingsarbete

1 ansåg att det hade en positiv betydelse

3 ansåg att programmen invercade negativt på villkoren för behandling

Två av de som såg negativt på programmets inverkan pekade på att ungdomar som använde narkotika men som inte injicerade lättare kunde få tillgång till sprutor och därefter börja med ett injektionsmissbruk.

Den tredje som arbetar inom öppenvården gav följande motivering:

"Jag tror att ju jobbigare det är att knarka, desto större anledning har missbrukaren att lägga av och söka sig till vård. Fria sprutor gör det lättare att knarka och det fördröjer den processen."

Ingen intervjuad gav några exempel på att sprututdelningen direkt hade påverkat vårdprocessen negativt i något enskilt fall.

Några enstaka exempel gavs på klienter som hade sökt kontakt med vården efter påverkan från infektionskliniken sprutbytesprogram.

10:8 Kontakt med programmen

Den direkta kontakten mellan programmen och narkomanvårdens personal är obetydlig. Det finns inga socialarbetare, beredda att ta kontakt med missbrukarna, i väntrummet under utdelningstid. Det finns inget system av regelbundna gemensamma konferenser. Det finns inget formaliserat remitteringsförfarande.

I Lund står en person för en förmedlande kontakt mellan narkomanvård och sprutbytesprogrammet. Det är forskaren och socialarbetaren Bengt Andersson, som under några timmar om dagen uppehåller sig på infektionskliniken och tar kontakt eller blir kontaktad av narkomanerna. Det händer ofta också att sköterskorna hänvisar till Bengt Andersson. Han talar sedan om för narkomanerna vad narkomanvården kan erbjuda och kan också med sin bil köra ner någon till Rådgivningsbyrån eller till S:t Lars om han känner att tillfället ska gripas i flykten om det ska bli någon kontakt med vården.

Narkomanvårdarna i Lund är nöjda med den modellen. Men en av de intervjuade från Rådgivningsbyrån berättar att man därifrån gärna skulle vilja ha en medarbetare placerad på Infektionskliniken för att kunna etablera kontakt med tidigare okända missbrukare. Det omöjliggöres av att personalen inte räcker till.

Om narkomanvårdarna får kontakt med en aktiv missbrukare berättar man för denne att det finns ett sprutbytesprogram på Infektionskliniken. I allmänhet behöver de inte upplysa narkomanerna om detta eftersom de redan är "hämtare", men om någon till äventyrs inte skulle känna till programmet tipsar narkomanvårdarna om det.

I Malmö finns inte på samma sätt en förmedlande länk, men Torkil Moestrup, den läkare som är närmast ansvarig för programmet, har sedan gammalt flitiga kontakter med narkomanvården. Han berättar för missbrukarna om narkomanvården och informerar sprutbytesprogrammets personal. Det finns dock inte några formaliserade träffar mellan Moestrup och narkomanvården där en överföring av patienter kan ske.

En av socialsekreterarna på Rådgivningsgruppen har haft ett visst informellt samarbete med infektionskliniken. Han har besökt projektet och känner personalen där, och personalen brukar rekommendera sina besökare att ta kontakt med honom, om de vill ha ett namn på en person på Rådgivningsbyrån som kan kontaktas.

Intervjuundersökningen visar att kontakten på alla sätt är liten mellan sprutbytesprogrammet och narkomanvården.

En narkomanvårdare i Malmö har informerat åtminstone någon missbrukare om sprutprogrammets existens, vilket kan ses som en indikator på i vilken utsträckning malmöprogrammet finns i medvetandet hos narkomanvårdarna.

Ytterligare fem narkomanvårdare kan tänka sig att tipsa om programmet.

Ännu fler, sex personer kan inte tänka sig att informera en missbrukare om programmet. Två av dessa tillhör för övrigt de som är positiva till sprutprogrammet, men de anser inte att de som narkomanvårdare ska ge information om programmet. Det längsta de kan sträcka sig är att säga "Du är väl försiktig, och ser till att Du har rena sprutor."

För framtiden finns förutsättningar för ett bättre samarbete mellan infektionskliniken och sprutbytesprogrammet. En kuratorstjänst har som nämnts tillsatts med inriktning narkomanvård och den ska besättas av den tidigare nämnda medarbetaren på Rådgivningsgruppen.

10:9 För eller emot

En intressant fråga är om narkomanvårdarna tar ställning till sprutbytesprogrammen på grundval av sina personliga erfarenheter av programmen eller utifrån ett ideologiskt ställningstagande eller om båda aspekterna finns med.

Frågan är lättast att besvara för Malmös del. När intervjuerna gjordes i juni-juli hade sprutbytesprogrammet varit i gång i ett år. Som framgår av tidigare avsnitt var kontakten mellan narkomanvårdarna och sprutbytesprogrammen med några få undantag obefintlig. Ingen av de intervjuade upplevde några avläsbara effekter på klienternas benägenhet att gå in i vård. Det var endast enstaka som man upplevde hade kommit från sprutprogrammet till narkomanvården. Visserligen var nästan alla narkomanvårdens klienter hämtare när de var ute i missbruk, men att de hade sökt sig till vård kopplades inte med att de hade blivit uppmanade därtill av infektionskliniken. Narkomanvårdarna tog inte upp några erfarenheter från det egna arbetet som grund för sitt ställningstagande till sprutor.

Även i Lund var den direkta kontakten med programmet obetydlig, men indirekt märktes programmet på den ökade tillströmningen som narkomanvården hade fått efter det att sprutbytesprogrammet kom igång.

Verksamheten beskrevs som gående på högtryck med många nya klienter. Narkomanvårdarna ansåg att programmet hade haft positiva effekter, och att det gjorde god nytta för att hejda HIV-smittan.

Det är troligt att egna positiva erfarenheter hade viss betydelse för ställningstagandet.

I ställningstagandena bland intervjupersonerna förekom tre typer av mer principiella resonemang (här starkt förenklade):

- ett yrkesetiskt

"som narkomanvårdare kan jag inte acceptera en åtgärd som innebär ett accepterande av missbruk"

- ett narkotikapolitiskt

"fria sprutor strider mot den restriktiva narkotikapolitik som jag vill ha"

- ett pragmatiskt

"att dela ut fria sprutor är en bra åtgärd för att förebygga HIV/AIDS-spridningen och därför är den acceptabel"

Som synes hade motståndet mot sprutor sin grund i två typer av förklaringsmodeller medan stödet mer är en fråga om skillnader i intensitet - man är mer eller mindre positiv - än i olika typer av argumentation.

I den egentliga intervjuundersökningen ingår trettio intervjupersoner.

Av dessa arbetar 23 inom narkomanvård, varav alla utom två helsingborgare från S:ta Maria och en familjevårdskonsulent arbetar i Malmö (13) eller Lund (7).

Positionerna har delats in i fem grader, från två plus (de mest positiva) till två minus (de mest negativa).

Så här fördelar sig sympatierna:

++ 16
+ 5
0 1
- 4
-- 4

Alla lundabor utom en arbetsledare från Råby finns i den mest positiva gruppen. Det är en tydlig tendens. I Lund ställer man upp bakom sprutbytesprogrammet.

Motståndet till sprutor är främst grundat på en uppfattning att det strider mot vad man arbetar för som narkomanvårdare. Sex av de åtta motståndarna anger yrkesetiska invändningar. Dessa invändningar förekommer också hos flera av de som ändå accepterar sprutprogrammen. De tvingas acceptera fria sprutor som en viktig smittskyddsåtgärd, men de gör det med en vända eftersom de tycker att de fria sprutorna strider mot narkomanvårdens primära målsättning - att krafterna ska inriktas på att få människor att sluta missbruka.

Tre för fram narkotikapolitiska argument, varav en som inte vill ta ställning för eller emot.

Svaren ger en klar antydan om att ideologin har en betydelse när behandlarna tar ställning emot fria sprutor. Lite överraskande är det att de narkotikapolitiska aspekterna är klart mindre betydelsefulla än de yrkesetiska.

Även för anhängare av fria sprutor har självfallet ideologin en betydelse, men i detta fallet förefaller pragmatiska, praktiska överväganden vara de viktigaste. Mer om detta senare.

Till att börja med presenteras några olika argument mot fria sprutor som kommenteras allteftersom. Därefter göres motsvarande genomgång av argumenten för fria sprutor.

En av medarbetarna på 24:an i Helsingborg uttrycker sin skepsis så här:

"Fria sprutor är ingen stor fråga för mig. Jag kan se för och nackdelar. Fördelen är att man kan få kontakt med nya missbrukare och motivera dem till att söka vård. Men jag tror inte det kan förebygga en spridning annat än i enstaka fall.

Egentligen hör varken sprutor eller metadon hemma i narkomanvården. Det är nödatgärder. Jag är rädd att de på sikt missgynnar våra möjligheter att få ordentliga program för behandling, att man satsar på sprutor i stället för narkomanvård.

För om man erbjuder hjälp mot missbruket är detta den bästa aidsförebyggande medicinen."

Det finns en oro för framtiden hos narkomanvårdarna att den särskilda satsning som narkomanvården har fått erfara under några år byts ut mot medicinska punktåtgärder som sprututdelning och metadon.

Detta tema knyter an till en annan kritikers invändning:

"Jag tycker att det är cyniskt att sjukvården delar ut sprutor till folk som är så sönderstuckna att de behöver särskilda sprutor och som verkligen är i dåligt skick. De skulle ju erbjudas vård. I stället tillhandahålles verktygen för deras fortsatta knarkande! Nu har ju också nämnderna i Malmö börjat ge avslag på missbrukares begäran om vård på externa behandlingshem. Varför går man inte vidare och delar ut knark också? Då slipper man ju dessutom kriminaliteten."

Öppenvårdare i Malmö.

En socialarbetare på Rådgivningsgruppen som funderat mycket på fria sprutor vill ändå inte ta ställning för eller emot. Han pekar på en annan framtidsaspekt:

"Kortsiktigt tror jag inte att sprutprogrammet gör att fler börjar missbruka. När man bestämmer sig för att ta första sprutan har detta oftast föregåtts av en tids vägande för eller emot. När individen sedan tar första sprutan så är tillgången till rena sprutor från infektionskliniken inget särskilt avgörande.

På sikt är det däremot mer tvivelaktigt hur effekterna blir. Det kan uppenbart hos unga människor skapa förvirring om hur samhället egentligen ser på narkotikan. Nu är det uppenbart för alla att fria sprutor är en nödlösning, men på sikt när sprututdelningen är etablerad kan den ses i ett annorlunda ljus. Då kan den ge den enskilde legitimitet att använda droger. I början av sjuttioalet när missbrukarna på ett annat sätt än idag var benägna att peka på samhällets skuld till att de hade blivit missbrukare hade en sådan åtgärd som fria sprutor säkert använts som ett vapen av missbrukarna mot samhället."

Narkomanvårdarna tar upp två viktiga synpunkter:

- det finns en klar risk att sprututdelningen påverkar narkomanvårdens resurser, att den blir en åtgärd som sätts in i stället för vård
- sprututdelningen kan påverka ungdomens benägenhet till att börja injicera narkotika om inte nu så på sikt

Den första farhågan är säkert berättigad. Det finns en risk att samhället nedprioriterar den narkomanvård som syftar till drogfrihet och placerar den i samma strykclass som alkoholvården för de mest utslagna finns i idag. Om då de smittförebyggande effekterna av sprututdelningen är marginella så kommer sprututdelningen att kosta mycket mer än den smakar.

Det andra argumentet då?

Konsekvenserna för framtiden av en sprututdelning på infektionsklinikerna? Vilken effekt får samhällets insatser idag för att minska AIDS-riskerna på morgondagens ungdomar?

Detta kan vara ett verkligt dilemma. Att få gehör för en nödgård som sprututdelning är rimligtvis lättare om det rör sig om just en nödgård. Men ett beslut om att utdelningen av fria sprutor ska permanentas leder uppenbart till en annan situation. Då får man ta med i räkningen hur läget kommer att se ut i Sverige när inte längre AIDS är rubrikstoff, utan en sjukdom som vi får leva med, en bland andra dödliga sjukdomar. Man kan inte komma ifrån detta dilemma med att säga att vi tar ett beslut om sprutor till dess att forskningen har hittat ett bot mot AIDS. Det kan dröja många, många år innan vi har ett fungerande vaccin eller en bot.

Synpunkten att sprututdelningen gör att narkomaner går över från andra intagningsätt till att injicera diskuteras i avsnittet 10:7, om sprutbytesprogrammets inverkan på injektionsmissbruket.

Flera intervjuade pekade på det motsägelsefulla i att diskussionerna om att dela ut fria sprutor i hela landet till narkomaner pågår för fullt trots att riksdagen i våras beslöt om en skärpning av narkotikastrafflagen så att även bruk av narkotika nu är straffbart. (Proposition 1987-88:71.)

Utdelning av sprutor utgör medhjälp till brott, menade en behandlare i Stockholm, som själv i många år hade varit tung missbrukare. (Han ingick inte i undersökningen.)

En öppenvårdare i Malmö tillade:

"Sprututdelningen är överhuvudtaget mycket olycklig. Den skapar förvirring för knarkarna. Är det tillåtet att knarka eller är det inte tillåtet? Just narkomanerna är en grupp som behöver raka, entydiga budskap."

Som framgår under avsnittet om kriminaliseringen är förändringen i narkotikastrafflagen egentligen ganska obetydlig. Ledande företrädare för polisen har också i tidningsintervjuer förklarat att lagändringen inte kommer att påverka polisens arbete. Det är därför inte troligt att missbrukarna kommer att märka av att en lagskärpning har skett. Att debatten om kriminalisering blev så omfattande kan närmast förklaras med att den hade karaktären av en ställföreträdande debatt, som egentligen gällde hur den svenska narkotikapolitiken ska se ut överhuvudtaget.

Lagändringen i sig kan möjligen skapa en förvirring kortsiktigt hos missbrukarna, eftersom den var mycket omdiskuterad, medan de praktiska konsekvenserna av lagen blir närmast obefintliga. Det är möjligt att missbrukarna blir förvirrade av att sjukvården börjar dela ut sprutor, att de ser detta som inkongruent med samhällets narkotikapolitik. Att det kommer relativt kort efter en mindre skärpning av narkotikastrafflagen gör däremot knappast någon skillnad.

De argument för fria sprutor som fördes fram från narkomanvårdarna i Lund kan sammanfattas på följande sätt:

- AIDS har i grunden förändrat villkoren för narkomanvården. Nu måste också samhället ta ansvar för de missbrukare som inte söker sig till långsiktig behandling. Samhället bör erbjuda lättillgänglig vård när missbrukarna vill ha vård. Att sluta med narkotika är en process som tar tid. Den innefattar flera vårdförsök och flera återfall. Under tiden måste missbrukaren få chansen att skydda sig från AIDS.

Utdelning av fria sprutor och kondomer kopplat med kvalificerad medicinsk rådgivning är en nödvändig väg för att minska den snabba smittspridning som annars hotar bland narkomanerna. Genom

sprutbytesprogram får infektionssjukvården kontakt med narkomaner som annars inte söker samhällets hjälp. De kan sedan slussas vidare till narkomanvården. Sprutbytesprogrammen ska handhas av infektionssjukvården och inte av narkomanvården för att programmets karaktär av smittskyddsåtgärder ska stå klar. Ökade tvångsåtgärder - vare sig det handlar om en kriminalisering av missbruket eller en utvidgad tvångslagstiftning - riskerar att driva narkomanerna "under jorden", bort från kontakt med vården.

Ungefär hälften av de positiva till fria sprutor i Malmö argumenterade på ett liknande sätt. De övriga pekade i huvudsak på sprutbytesprogrammets direkta insats för att minska delandet av sprutor genom att rena sprutor blev tillgängliga.

Vad som inte sprutanhängarna tar upp är alternativ till fria sprutor av typen utbyggd narkomanvård och förbättrad information till missbrukarna om spruthygien. Finns det andra vägar för HIV-preventionen? Man kan också ifrågasätta om kriminaliseringen av missbruket verkligen driver någon missbrukare under jorden.

Sprutbyte som narkomanvård

Är sprutbytesprogrammen en del av narkomanvården?

Denna fråga besvarades av femton personer. De var helt eniga - sprutbytesprogrammen är inte en del av narkomanvården.

Utdelning av sprutor är en smittskyddsåtgärd. Om den är effektiv eller ej råder det delade meningar om.

Även de som var mycket positiva till sprutbytesverksamheten gjorde en klar boskillnad på vad narkomanvården ska syssla med och vad infektionsklinikerna ska göra. Samtliga gjorde klart att narkomanvårdarna inte skulle dela ut sprutor.

Det är intressant att ställa denna enighet mot den linje som infektionskliniken i Malmö drev gentemot narkomanvården - att socialarbetarna från Rådgivningsgruppens s.k. Aidscommando skulle ta direkt del i spruthantering. I annat fall ville man inte ha något samarbete. Resultatet blev att inget samarbete kom till stånd eftersom Rådgivningsgruppen avvisade infektionens modell.

10:10 Kriminaliseringen

Från och med den förste juli 1988 är det olagligt att använda narkotika.

Det var det inte tidigare, även om det var förbjudet att inneha narkotikan. Att använda narkotika utan att dessförinnan inneha den är naturligtvis ett konststycke i sig, men det hindrar inte att lagändringen innebär en skärpning av den tidigare lagen.

Narkotikastrafflagen 1968:64 har därmed bl.a. följande lydelse:

".....Består gärningen endast i eget bruk av narkotika, döms till böter. Om en sådan gärning har uppdagats genom att gärningsmannen sökt eller underkastat sig vård eller någon annan behandling, skall inte dömas till ansvar." (paragraf 2)

Eftersom inställningen till kriminalisering av det egna bruket kan ses som en vattendelande fråga som visar inställningen till narkotikapolitiken överlag togs den med.

Av de 24 som besvarade frågan var fem för kriminalisering, tretton emot och sex ansåg sig inte kunna ta ställning.

Det går inte genast att peka ut denna fråga som en vattendelare. Av de sex negativa till sprutor som besvarade frågan var tre för kriminalisering och tre emot.

Av de mest positiva till fria sprutor besvarade femton frågan. Tio var emot kriminalisering, två för och tre kunde ej ta ställning. Bland de positiva är bilden lite klarare. De två som är för kriminalisering arbetar inte inom narkomanvården.

Troligen har kriminaliseringsfrågan ett visst förklaringsvärde när det gäller "ideologernas" ställningstaganden till sprutor. alltså de som främst tar ställning utifrån ideologiska värderingar.

11 AVSLUTANDE DISKUSSION

När utdelningen av fria sprutor började på Infektionskliniken i Lund i november 1986 var programmet förankrat på Infektionskliniken och bland ledande företrädare inom narkomanvården. Programmet fick en mjukstart med få besökare de första månaderna, och sedan ökade tillströmningen, vilket var en idealisk utveckling.

Redan från början dokumenterades verksamheten noga och attackerna utifrån skapade ett behov för verksamheten att informera och presentera sig i Lund och annorstädes.

Lund har en välintegrerad, stabil narkomanvård med en tradition av ett humanitärt omhändertagande av narkomanerna. Hela narkomanvården finns inom sjukvården med gemensam ledning. Ett utslag av stabiliteten är att narkomanvården har förändrats mycket lite under den period då narkomanvården i andra städer med stora narkotikaproblem kraftigt har byggts ut d.v.s. perioden efter AIDS.

Narkomanvården har genom åren präglats av pragmatism, och den vårdideologiska debatten har sällan stått i centrum.

När narkomanvården skulle ta ställning till sprutbytesprogrammet var de ideologiska hindren inte stora. Någon större opposition från narkomanvårdarna tycks inte ha förekommit. Man har sett programmet som ett viktigt medel för att stoppa spridningen av HIV/AIDS, och man har tacksamt noterat infektionskliniken som en bundsförvant i den kampen.

Två år efter starten är de intervjuade narkomanvårdarna entydigt mycket positiva till programmet och ser det som utomordentligt framgångsrikt. HIV/AIDS-epidemin har åtminstone tillfälligt stoppats.

Projektet har inneburit att narkomanvården har fått många nya kontakter. Personer som ännu inte vill ha någon vårdkontakt har för första gången vågat vända sig till en myndighet i form av en sjukhusklinik och därigenom blivit tillgängliga för personlig information om HIV och om narkomanvård.

Man har inte kunnat se några negativa effekter. Missbruket har inte ökat. Motivationsarbetet har inte försvårats. Antalet avhopp i behandling har inte ökat.

Det är en mycket positiv bild som narkomanvårdarna i Lund målar upp. Säkert har det varit en idealisk miljö för ett sprutbytesprogram med en narkomanvård som har stöttat projektet och tagit det till sig.

I Malmö ser situationen annorlunda ut.

Sprutbytesprogrammet kom igång närmast efter påtryckningar från Lund. Det finns i ett annex till infektionskliniken och är inte en integrerad del av infektionskliniken övriga akutverksamhet. Inför starten tog man kontakt med socialförvaltningen och möttes av svala reaktioner. Narkomanvården företrädd av Rådgivningsgruppen såg negativt på att fria sprutor delades ut, även om man sa att man inte tänkte bekämpa utdelningen och till och med erbjöd att två socialarbetare skulle finnas i lokalerna under utdelningstid.

Infektionskliniken tackade nej till det erbjudandet, och verksamheten kom igång utan samarbete med narkomanvården.

Begränsade resurser gjorde att utdelningen koncentrerades till två dagar i veckan med två timmars öppet varje gång. Nästan med en gång kom man upp i ett högt besöksantal med stora påfrestningar för personalen som följde. Verksamheten fick karaktären av ett "lågprisalternativ" trots personalens hängivna arbete. Någon tid för extern PR eller överhuvudtaget information inom narkomanvården blev det inte. Någon utvärdering eller forskning har inte knutits till programmet.

Verksamheten har bedrivits isolerad från narkomanvården och socialtjänsten överhuvudtaget. (I Malmö ligger all narkomanvård inom socialtjänsten.)

Det motstånd som har funnits från narkomanvården har haft sin bas inom öppenvården i Rådgivningsgruppen.

Rådgivningsgruppen och dess föregångare Narkotikasektionen har varit den ledande företrädaren för narkomanvården sedan tidigt sjuttiotal. Narkomanvården har i Malmö tagit del i den ideologiska debatten på ett helt annat sätt än i Lund. På sjuttioalet präglades narkomanvården, som då var synonymt med öppenvården, av de radikala, vårdliberala värderingar som exempelvis de terapeutiska samhällena företrädde.

Under åttiotalet fortsatte det ideologiska intresset, men narkomanvårdarnas värderingar förändrades till att omfatta en restriktiv narkotikapolitik med sympati för tvångsätgärder och ett betonande av pedagogiska vårdmodeller.

Mot slutet av åttiotalet har den vårdideologiska enhetligheten brutits och de liberala tankegångarna har fått ökad sympati.

Men - i ett klimat som detta kommer nya initiativ att få finna sig i att bli granskade inte bara efter sin eventuella praktiska nytta, utan också utifrån vilken roll de har i ett vårdpolitiskt perspektiv. Så har också skett i Malmö. I ställningstagandet för eller emot fria sprutor har vårdideologiska och yrkesetiska synpunkter varit viktiga, ja, närmast avgörande.

Av de intervjuade i Malmö så är något fler för fria sprutor än emot. Men ställningstagandena bygger i allmänhet inte på analyser av vilka effekter sprutbytesprogrammen har haft.

Både motståndare och anhängare är på det hela taget överens om att sprutbytesprogrammen inte har haft några effekter för motivations- eller behandlingsarbetet. Likaså att det inte har haft någon effekt på missbrukets utbredning.

Motståndarna till fria sprutor anser att fria sprutor inte har någon effekt för att stoppa smittospridningen. Anhängarna säger tvärt om. Sedan sprutbytesprogrammen kom igång på allvar sommaren 1987 har inte någon HIV-positiv narkoman hittats i Skåne trots intensiv testning. Här kan man möjligen peka på att programmet har haft vissa effekter, men som redovisas i rapporten kan det också finnas andra orsaker.

Sprutbytesprogrammen har nått en stor del av narkomanerna i Malmö och Lund. Mer än fem hundra har hämtat i Malmö, bortåt sjuhundra i Lund.

Några hundra har säkert hämtat på båda ställena. Men dessa siffror och beräkningarna på antalet injektionsmissbrukare i Malmö-Lund området pekar på att programmen har nått kontakt med kanske 80 procent av samtliga narkomaner i regionen. Det är en oerhörd kontaktyta gentemot narkomanerna. Det gäller att finna former för att utnyttja den. Idag görs det inte i tillräcklig omfattning vare sig i Malmö eller i Lund.

Det finns många myter om narkomaner. Ibland är det svårt att veta vad som är sant och vad som är myt. Det saknas helt enkelt kunskaper om hur narkomanerna lever sina liv när de inte är inne i vård.

En viktig myt som denna undersökning avlivar är hur sprutdelningen går till. Många gånger har det påståtts att sprutan i kvartarna går runt från individ till individ utan någon form av rengöring. Det är fel.

Det är mycket sällsynt att det går till så. Det visar denna studies intervjuer med missbrukare.

En annan myt handlar om amfetaministernas intensiva sexliv. Kanske är det inte en myt, men intervjuerna ger anledning att ifrågasätta omfattningen av detta påstått intensiva kopulerande.

När man vill ha kunskap om narkomanernas levnadsförhållanden vänder man sig av tradition till narkomanvårdarna som ses som en grupp med stora insikter om "knarkarlivet". Det finns sådant i denna undersökning som pekar på att narkomanvårdarna alls inte har speciellt goda kunskaper om knarkarlivet. De lägger en mycket liten vikt vid att få veta hur narkomanerna lever när de är ute i missbruk. Självklart finns undantag, men de är få.

Det finns skäl att förmoda att livet som narkoman är annorlunda i Lund jämfört med i Stockholm. Malmö ligger någonstans däremellan. Det

kan innebära ett förutsättningarna för att ett sprutbytesprogram ska nå framgång i Stockholm är annorlunda än i Lund. Förmodligen blir det svårare att få den personliga uppföljning som sker i Lund (och i Malmö) där samma personal träffar samma missbrukare flera gånger. Det är viktigt att så sker både för HIV-informationens skull och för möjligheterna att intressera missbrukaren för narkomanvård.

Personalen har vid sidan av utdelningen av sprutor dessa ytterligare viktiga funktioner - det poängterar båda programmen - testning, information om HIV och om narkomanvård och uppföljning av somatiska besvär hos narkomanerna.

En annan gynnsam förutsättning i Lund såväl som i Malmö har varit att det har funnits personal på infektionsklinikerna som har velat ta på sig det slitsamma jobb som arbetet med sprutbyten innebär. Utländska erfarenheter visar att där den personal som har arbetat i programmen inte själva har trott på att fria sprutor innebär god HIV-prevention har det fungerat dåligt.

Den sexuella smittan glöms ibland bort. Narkomanvårdarna ser den sexuella smittovägen som viktig även bland heterosexuella, men det har ännu inte slagit igenom i behandlingsarbetet. Det pratas inte särskilt mycket om sex inom narkomanvården.

I debatten om fria sprutor finns det en grupp som aldrig kommer till tals - det är ingen överdrift att säga så - narkomanerna. De är objekten för våra omsorger, men deras egna förslag till HIV-preventiva åtgärder frågar ingen om.

I denna undersökning har tretton narkomaner gett sina synpunkter. Jag har själv blivit förvånad att de har engagerat sig så för fria sprutor. Om det var så lätt att få tag i sprutor som det ibland påstås är det troligt att åtminstone någon av de intervjuade narkomanerna skulle säga att han struntade i om det delades ut sprutor eller ej.

Men det gjorde ingen. Alla förde fram att fria sprutor behövdes, trots att de alla var inne i vård.

En undersökning som denna lämnar viktiga frågor obesvarade, exempelvis sådana som handlar om hur det ser ut ute bland narkomanerna, när de är igång i aktivt missbruk.

Forskningen i Sverige hittills varit inriktad på narkomaner i vård. För HIV-preventionens skull är det viktigt att få kunskap om hur narkomanerna knarkar när de knarkar, hur det ser ut "där ute".

Det är författarens förhoppning att kunna få möjlighet att återkomma till det forskningsfältet.

Litteraturförteckning

- AIDSdelegationen Kampen mot AIDS 1-8 (tidskrift)
Stockholm: Socialdepartementet, 1987-88
- Andersson B Sjuttitotalets narkomaner
Fridell M Lund: Institutionen för psykiatri och neurokemi, 1986
Nilsson K
Tunving K
- Andersson Berit Mänsklig förändring i en vårdkedja
Hilte Mats Lund: Sociologiska institutionen, 1986
- Heijbel Claes Sexualitet och missbruk
Nilsson Ingert Stockholm: Liber, 1985
- Hjälms Berndt Studiebesök AIDS Californien & New York
Svensson Bengt Malmö: Malmö Socialförvaltning, stencil, 1988
- Hughes John A Kvalitativ sociologi
Månsson Sven-Axel Lund: Studentlitteratur, 1988
- Information - behandlingshemmet Vipelyckan
Lund: Vipelyckan, 1984 (stencil)
- Karlsson Willy Uppsökande verksamhet - delrapport 1
Lund: Lunds Socialförvaltning, 1987 (stencil)
- Moss Andrew Response to AIDS in the United Kingdom 1986-87
San Francisco: University of California, 1988 (stencil)
- Månsson Sven-Axel Kunskapsproblemet i socialt arbete
Oslo: Nordiskt Socialt Arbete 2/87, 1987 (artikel)
- Månsson Sven-Axel Kärlek och kulturkonflikt
Arlöv: Prisma/Socialstyrelsen, 1984
- Norén Alvar Narkotikamissbrukets omfattning i Malmö 1987
Malmö: Malmö Socialförvaltning, 1987 (stencil)
- Oxelgren Lena Anses sprutdelning vara en realistisk åtgärd
Kosztovics Anna för att minska spridningen av HIV/AIDS? En
jämförelse Malmö - Lund
Malmö: Kommunala högskolan i Malmö, 1987 (stencil)
- Ramström Jan Narkomani
Falköping: Tiden/Folksam, 1983
- Verksamhetsberättelse 1987. Rådgivningsbyrå i narkotikafrågor, Lund
Lund: Rådgivningsbyrå, 1987 (stencil)
- Svensson Bengt AIDS i New York
Malmö: Malmö Socialförvaltning, 1987 (stencil)
- Tungt narkotikamissbruk - en totalundersökning. Ds S 1980:5 (UNO)
Stockholm: Socialdepartementet, 1980

I serien **MEDELANDEN FRÅN SOCIALHÖGSKOLAN** har tidigare utkommit:

- 1981:1 **FOSTERBARNSVÅRD OCH EKONOMI** av Peter Westlund
- 1981:2 **EN ALKOHOLENKÄT - OCH VAD SEN DÅ? En modell för alkoholundervisning i en sjätte klass** av Inger Farm och Peter Andersson
- 1981:3 **PSYKOLOGIN I SOCIALT ARBETE: EN PEDAGOGISK DISKUSSION** av Eric Olsson och Christer Lindgren
- 1982:1 **VAD BÖR EN KURATOR KUNNA?** av Karin Stenberg och Britta Stråhlén
- 1982:2 **LVM BAKGRUND OCH KONSEKVENSER** av Peter Ludwig och Peter Westlund
- 1982:3 **INSYN - ETT FÖRSÖK TILL INSYN I ARBETSMILJÖN PÅ EN SOCIALFÖRVALTNING. En intervjuundersökning** av Pia Bivered, Kjell Hansson, Margot Knutsson och P-O Nordin
- 1983:1 **AVGIFTER PÅ SOCIALA TJÄNSTER - principer och problematik** av Per Gunnar Edebalk och Jen Petersson
- 1983:2 **EN INDELNING AV RÄTTEN - hjälpmedel vid inläsning av juridiska översiktskurser** av Lars Pelin
- 1983:3 **OM SOCIALA OMRÅDESBESKRIVNINGAR** av Verner Denvall, Tapio Salonen och Claes Zachrisson
- 1983:4 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del I Förhållandena 1977** av Åke Elmér
- 1983:5 **PSYKOLOGISKA FÖRKLARINGSMODELLER I SOCIALT ARBETE** av Alf Ronnby
- 1983:6 **FACKFÖRBUNDENS SJKKASSEBILDANDE. EN STUDIE I FACKLIG SJÄLVHJÄLP 1886-1910** av Per Gunnar Edebalk
- 1984:1 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977. Del II Utvecklingen 1945-1977** av Åke Elmér
- 1984:2 **FRÅGETEKNIK FÖR KVALITATIVA INTERVJUER - En sammanställning** av Hans-Edvard Roos
- 1984:3 **AKTIONSFORSKNING SOM FORSKNINGSSTRATEGI** av Kjell Hansson
- 1984:4 **FÖRÄNDRINGSPROCESSER INOM GRUPPER OCH ORGANISATIONER I PSYKOLOGISK OCH SOCIALPSYKOLOGISK BELYSNING** av Eric Olsson
- 1984:5 **ROLLSPEL - TILLÄMPNING OCH ANALYS** av Kjell Hansson
- 1985:1 **IDROTT OCH PSYKOSOCIALT ARBETE** av Kjell Hansson
- 1986:1 **ARBETSMILJÖ PÅ HEM FÖR VÅRD OCH BOENDE** av Leif Roland Jönsson
- 1986:2 **DE MANLIGA FOLKPENSIONÄRERNA I ESLÖV - Arbete, inkomst och levnadsförhållanden 1945-1977 (1983). Del III Utvecklingen inom oförändrade grupper** av Åke Elmér
- 1986:3 **UNGDOMAR, SEXUALITET OCH SOCIALT BEHANDLINGSARBETE PÅ INSTITUTION - Intervjuundersökning bland personalen på tre hem för vård eller boende i Skåne** av Maud Gunnarsson och Sven-Axel Månsson
- 1987:1 **FATTIGVÅRDEN INOM LUNDS STAD - den öppna fattigvården perioden 1800-1960** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:2 **FORSKNINGSETIK OCH PERSPEKTIVVAL** av Rosmari Eliasson (SLUT)
- 1987:3 **40 ÅRS SOCIONOMUTBILDNING I LUND** av Åke Elmér
- 1987:4 **VÄLFÄRD PÅ GLID - RESERAPPORT FRÅN ENGLAND** av Verner Denvall och Tapio Salonen
- 1987:5 **ATT STUDERA ARBETSPROCESSEN INOM SOCIALT BEHANDLINGSARBETE** av Leif Roland Jönsson
- 1987:6 **SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH UNGA LAGÖVERTRÄDARE** av Anders Östnäs
- 1987:7 **FORSKAREN I FÖRÄNDRINGSPROCESSEN** av Eric Olsson
- 1988:1 **EN UPPFÖLJNING AV BARN SOM SKILTS FRÅN SINA FÖRÄLDRA** av Gunvor Andersson
- 1988:2 **THE MAN IN SEXUAL COMMERCE** av Sven-Axel Månsson
- 1988:3 **FRÅN MOTSTÅND TILL GENOMBROTT. DEN SVENSKA ARBETSLÖSHETSFÖRSÄKRINGEN 1935-54** av Per Gunnar Edebalk
- 1988:4 **MALMÖ - i kulmen av fattigdomspsyken** av Tapio Salonen
- 1988:5 **PROJEKT ÖSTRA SOCIALBYRÅN - en processbeskrivning av ett förändringsarbete med förhinder** av Anna Meeuwisse

Exemplar kan rekvireras från socialhögskolans expedition, adress Socialhögskolan, Box 23, 221 00 LUND



LUNDS UNIVERSITET
Socialhögskolan

Box 23
221 00 Lund
046-407000