



I debatten har vissa röster höjts för att drogkonsumtionsrum skulle vara en åtgärd för att minska dödligheten av narkotika, ge ett värdigare mottagande samt en kontaktyta för vård och behandling. Men hur ser evidensen ut och vilka resultat kan vi förvänta oss i jämförelse med andra insatser?

Drogkonsumtionsrum är en väldigt resurskrävande åtgärd som troligen inte kommer att ha någon större effekt på dödligheten. Där kan resurserna användas bättre på annat håll.

Drogkonsumtionsrum skulle, precis som den så kallade Samsjuklighetsutredningen visar, i första hand inte minska dödligheten utan vara mer relationsskapande. Samtidigt visar både Socialstyrelsen och en studie från Malmö Universitet att de som tyvärr dött av överdos redan har haft kontakt och varit välkända av det offentliga under sin sista tid i livet. Kontakt finns således. Vidgningen av sprutbytesverksamheten och LARO som pågår lär också komma att öka den relationen.

Den verksamhet med drogkonsumtionsrum som genomförts i Danmark och Norge visar att det är svårt att få personer att kontinuerligt nyttja rummen, vilket i sig ökar risken för sämre hälsa och död. Samtidigt visar verksamheten med rum i Vancouver, Kanada, att personer som ideligen återvänder till rummen tenderar att skapa sig ett liv i närheten av dessa, i parker och tält. För att lösa detta krävs en hög tillgänglighet i form av många konsumtionsrum med öppettider dygnet runt, vilket troligen inte är genomförbart ekonomiskt eller verksamhetsmässigt. Koncentreras dessa istället till några få ställen i landet blir inte vården jämlik.

Erfarenheter från Danmark visar också att de haft arbetsmiljöproblem då medarbetarna inte vet hur de ska hantera de våldsamer och den oro som uppkommer. Det är en tuff miljö för personalen, med hög sjukfrånvaro och stor personalomsättning, vilket i sin tur innebär att enskilda drogkonsumtionsrum från tid till annan får stänga – med större press på övriga rum som följd.

I Danmark har kostnaderna för såväl institutionell- som öppenvård minskat sedan drogkonsumtionsrum infördes, vilket visar att kostnaderna för rummen kan få konsekvenser för annan behandling. I Portugal beskriver deras narkotikaansvarige person att dessa rum infördes efter att deras vårderbjudande med behandling och subventionerade arbeten reducerades efter finanskrisen. Införandet av dessa rum blev därmed ett substitut när den metod de egentligen ansåg var bättre inte längre gick att genomföra.

En effektivare vårdkedja med bra behandling torde med andra ord vara en bättre satsning än att utveckla drogkonsumtionsrum.

## 1. Sverige i behov av resurser för behandling

Andelen som är i behandling för sin narkotikaanvändning har ökat med 40 procent de senaste tio åren. Samtidigt finns det idag i princip ingen som är helt nöjd med behandlingsverksamheten i Sverige. Det handlar om snabbheten att få den behandling man vill ha, om tillgängligheten till likvärdig behandling över hela landet och om organisering och ansvarsfördelning inom och mellan berörda instanser. Men även om kvaliteten på behandlingen, där det idag genomförs 40 procent färre institutionella behandlingsinsatser än år 2000. Det har kompenseras av fler öppenvårds-behandlingar, vilka inte tycks ha gett tillräckligt bra resultat. Behovet av en bättre fungerande vårdkedja är slående.

### Exempel Danmark

I en tid när kommunerna har svårt att få ekonomin att gå ihop riskerar drogkonsumtionsrum att ytterligare utmana de resurser som kan läggas på detta fält. Ett exempel är Danmark, som valt att satsa på ett antal "fixerum". Där har istället den så kallade dygnsbehandlingen minskat årligen sedan år 2010 och den så kallade dagbehandling sedan 2015. Det finns skäl att tro att drogkonsumtionsrummen fått ta del av de resurser som hade kunnat användas till behandling.

## 2. En fungerande vårdkedja

Förvisso tycks de flesta personer i Sverige med beroende upptäckas, men det går att nå fler och tidigare med mer uppsökande verksamhet. Avgiftning borde vara tillgänglig när den som är i behov är motiverad. Behandlingen har berörts ovan, men omfattningen och snabbheten i eftervården bör också den öka. Att snabbt få uppföljande samtal, tillgång till boende och arbete samt att hamna i ett bra sammanhang är avgörande för att dödligheten och användandet av narkotika ska minska. Hand i hand med en fungerande behandling är det här insatser och resurser i första hand behöver sättas in.

### Exempel Portugal

Mycket talar för att en fungerande vårdkedja ger bättre resultat än drogkonsumtionsrum. Ett exempel är Portugal som i början av 2000-talet satsade stort på bra behandling och vårdkedja. Sedan kom finanskrisen som ledde till att subventioner och skattelättnader för att ge arbetsmöjligheter till personer inom behandling skars ner. Behandlingserbudandet blev inte lika attraktivt och motiverande och istället öppnades drogkonsumtionsrum. Dessa rum tycks vara en "näst-bästa-insats" medan vi förstås vill ge det bästa.

Utdrag från <https://vancouver.sun.com/opinion/columnists/daphne-bramham-decriminalization-is-no-silver-bullet-says-portugals-drug-czar>: (2018)

*"Portugal's system is not perfect," said Goulão. "But I believe we have the tools to meet the challenges."*

*Among its challenges is how to deal with thousands of former heroin addicts who are returning to drug use in their older age.*

*"Twenty years ago, it was possible to find jobs for thousands of people at the final part of their (addictions) treatment," Goulão said. "There were a lot of small and micro companies and we were convincing them to employ these guys."*

*The companies would be given tax deductions and government help with the wages. The recovering users would have access to a therapist who was available to assist and motivate.*

*But since 2008, those companies have been closing. The government subsidies disappeared in the mandated cost cutting because they weren't directly linked to addictions treatment and recovery.*

*"That's a problem – the sustainability of these kinds of programs. These people lost their new lives. They collapsed like a house of cards and they relapsed. So now, they're not as confident in our system of care," said Goulão.*

*"Now, we are opening injecting rooms because they will not accept our invitation to treatment."*

### **3. Geografi, individuell frihet och LVM**

En geografiskt likvärdig behandling är oerhört viktigt och den enskilde narkotikaanvändaren har rätt till det. Utifrån det synsättet är det svårt att inom rimlig framtid se att kommunerna skulle kunna prioritera drogkonsumtionsrum i Dorotea, Hagfors eller Vetlanda. De skulle hamna i storstäderna och därmed bidra till en mindre likvärd vård. En mer effektiv insats är att arbeta för en fungerande behandling och vårdkedja över hela landet.

Drogkonsumtionsrum bidrar till ofrihet då den person som besöker rummet behöver göra detta flera gånger om dagen. Ingen har hittills dött i ett drogkonsumtionsrum men är du utanför rummet vet ingen vad som händer. Den tillit som byggs upp är väldigt knuten till en geografisk plats och skapar en ofrihet som är svår att se hur personen ska komma ur. Finns dessutom inte rum utspridda över hela landet riskerar vi att få samma situation som i Vancouver. Vittnesmål därifrån visar att parker och andra ytor i närheten av drogkonsumtionsrum befolkas av personer som väntar på nästa tillfälle att besöka rummet. Bor du långt därifrån och är beroende är risken stor att tiden tillbringas i tält eller under presenningar i parken.

Samtidigt uppstår förstås frågan vad samhället kan göra om personer inte är motiverade till behandling? En insats är att nyttja LVM vid fler tillfällen än idag. De personer det gäller är kända för socialtjänst, polis och beroendemottagningar och deras beroende utgör en uppenbar fara för deras liv. En studie från Malmö visar att ytterst få av de avlidna varit föremål för tvångsvård enligt LVM.

### **4. Evidens för minskad dödlighet?**

Enligt det europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, EMCDDA, ([http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en)) finns god dokumentation ("widely documented") att insatsen når och skapar förutsättningar för kontakt med marginaliserade grupper. Den visar vidare att riskbeteendet minskat vad gäller delande av sprutor, även om det är oklart om det bidragit till en nedgång i spridningen av HIV eller hepatit C.

Gällande dödligheten är EMCDDA inte lika säker. De skriver att det finns "some evidence" att drogkonsumtionsrum vid adekvat geografisk täckning ("where coverage is adequate") kan

bidra till att minska dödligheten ("may contribute to"). Så även om ingen dött i ett drogkonsumtionsrum tycks evidensen för att dödligheten minskar i dagsläget vara osäker.

Däremot tycks rummen associeras med ökad upptagning till behandling inklusive läkemedelsassisterad behandling. Samtidigt har drogkonsumtionsrum i Spanien och Schweiz lagts ner på grund av höga kostnader. Frågan är om då om kontakterna för att få fler i behandling kan göras mer effektivt genom uppsökande verksamhet och en fungerande vårdkedja?

### **5. Hur ska det gå till lagmässigt?**

Hur skulle drogkonsumtionsrum fungera lagmässigt? Att ta med egen illegalt inköpt narkotika kan uppfattas som märkligt då det köps utanför illegalt. Vad händer om en sådan försäljning blir påkommen av polis? Vems ansvar är det om någon dör av en överdos inne på rummet av narkotika som inköpts illegalt utanför? Kan personerna i rummet dela den illegala substansen med varandra? Om inte, vems ansvar är det att förhindra denna överlåtelse?

Ett annat sätt är att förskriva narkotikan i medicinskt syfte. Då uppstår frågor som vem ska förskriva, om det går att motivera och vilka villkor gäller då? Risken är förstås att vissa av dem som vill besöka rummet inte har tillgång till förskrivna narkotika och då fortsätter att injicera på samma sätt som tidigare.

### **Sammanfattning**

Det finns god evidens för att drogkonsumtionsrum ger möjlighet att nå och skapa kontakt med marginaliserade grupper och att de kan minska riskbeteendet hos de personer som använder rummen. Däremot finns inte samma evidens för att insatsen kan sägas bidra till en minskad dödlighet.

Användandet av drogkonsumtionsrum väcker dessutom frågor som om illegalt inköpt narkotika kan användas och delas i rummen eller om en laglig förskrivning krävs och vem som i så fall är berättigad till att få förskrivna narkotika. Dessutom kräver insatsen att användaren har daglig närhet till rummet och utifrån målet om en likvärdig vård skulle rum då krävas på ett stort antal platser i landet, vilket är en mycket kostsam åtgärd.

Det behövs både insatser för att förebygga narkotikaanvändning och ge människor som hamnar i beroende stöd att komma ur detsamma – och resurserna för detta är begränsade. Mot bakgrund av en svag evidens för att drogkonsumtionsrum skulle ge de resultat som behövs för att minska användningen och dödligheten av narkotika, ser vi inte att det är här resurserna ska satsas. Istället menar vi att det finns ett stort behov av förebyggande insatser, inklusive tidig upptäckt, och en väl fungerande vårdkedja som kan ge stöd i ett tidigt skede och genom bra vård och behandling skapa förutsättningar att komma ur ett beroende.