

Kommunal nykterhets- och narkomanvård

Ett principförslag för Göteborgs socialförvaltning

Jan Molin

Inom Göteborgs socialförvaltning har man genomfört en utredning om nykterhets- och narkomanvård. I följande artikel redovisas vårdprinciper och förslag till utformning av vården.

Förslagen till förändrade vårdformer belyses med två exempel. Det ena exemplet gäller distriktsinstitutionen som en arbetsform för behandling där den långsiktliga rehabiliteringen är målet. Det andra exemplet gäller boendeformer med stöd åt personer där målet stannar vid hygglig omvårdnad.

Jan Molin är socialchef med ansvar för socialbyrån för bostadslösa, jourbyrån, narkotikasektionen och rådgivningsbyrån i alkoholfrågan i Göteborg.

Nykterhets- och narkomanvården har varit föremål för en utredning inom Göteborgs socialförvaltning. Uppläggningsen av utredningen och problem i samband med försöken att beskriva behoven inom hela detta område behandlas i vidstående artikel. Här redovisas i sammandrag dels de vårdprinciper som vi i utredningen anser bör ligga till grund för vårdarbetet dels förslagen till utformning av vården.

Som framgår av artikeln om utredningsmetoden valde vi att som underlag för förslagen till åtgärder lägga dels en behovsinventering i form av en beskrivning av missbruksgupper dels principiella utgångspunkter. Det senare har sin grund i socialutredningen och andra principbetänkanden samt den allmänna debatten. I utredningen har vi försökt att utveckla några tankegångar och ta ut deras konkreta konsekvenser.

I utredningen diskuteras följande principiella frågor:

Olika mål

Tidiga insatser

Systematiskt planerade insatser

Socialvårdens ansvar och roll

Psykosociala problem

Insatser i närmiljön.

Jag behandlar här endast några av dem och i sammandrag. (Den som önskar en fylligare beskrivning kan vända sig till Göteborgs socialförvaltning.)

Olika mål

Teoretiskt eftersträvas generellt i vårdarbetet fullständig rehabilitering, dvs att missbrukaren skall fungera i samhället utan individuellt stöd från vårdorgan. Ofta har emellertid missbruket lett till skador som begränsar möjligheterna till rehabilitering. Då skadorna blivit omfattande är utsikterna till varaktiga och långtgående förändringar ofta små. Att åstadkomma sådana förändringar kräver dels resurser, främst personella, dels vårdmetoder som f n saknas. Det är därför orealistiskt att för dessa grupper grava missbrukare räkna med en långtgående rehabilitering.

För närvarande sker inte alltid planering systematiskt efter olika klart angivna mål varken då resurser fördelas och nya vårdformer införs eller i det individuella arbetet. Det innebär att resurser

.....
Då missbruksskadorna blivit omfattande är utsikterna till varaktiga och långtgående förändringar ofta små.
.....

Det är fel att ställa upp mål som en person saknar egna resurser och vårdapparaten metoder att uppnå.

kan tillkomma och användas på ett delvis osystematiskt och spontant sätt. I sin tur kan detta leda till att behandlingsinsatser i enskilda ärenden utförs med orealistiska — och därför felaktiga — förväntningar samt till ett ineffektivt resursutnyttjande. Även framgent kommer vårdmetoder och personalresurser att vara otillräckliga för att nå den generella utgångspunkten fullständig rehabilitering av alla missbrukare.

Med hänsyn härtill är det rimligt att sätta upp olika mål för olika grupper. Motivet är främst vårdmässigt. Det är fel att ställa upp mål som en person saknar egna resurser och vårdapparaten metoder att uppnå. Att arbeta efter sådana orealistiska mål leder till upplevelser av misslyckanden hos den enskilde och försvårar därigenom en långsiktig rehabilitering.

Tillämpning av olika mål möjliggör vidare en bättre prioritering av insatser. En sådan prioritering bör bestämmas av förväntade resultat, särskilt långsiktiga, såväl för olika grupper av missbrukare som i det enskilda arbetet. Prioriteringen avser dels fördelning av resurser, dvs utformning av nykterhets- och narkomanvårdens organisation dels vårdutformningen i de enskilda ärendena. Syftet är således att ställa adekvata resurser till förfogande för olika grupper så att maximala förutsättningar ges för att uppnå de mål som är realistiska för dem. Vid resursfördelningen kan två grova mål användas: långtgående rehabilitering och hygglig omvårdnad.

Tidiga insatser

Alla är överens om värdet av tidiga insatser.

Vid resursfördelningen kan två grova mål användas: långtgående rehabilitering och hygglig omvårdnad.

Om behandlingen kan komma till stånd tidigt är möjligheterna att nå en fullständig rehabilitering störst. Men hur tidiga insatser skall göras vet vi inte. De inom nykterhetsvården hittills mest använda vägarna för kontakter med ungdomar och vuxna med begynnande alkoholproblem har varit kallelser vid fylleriförseelser och direkta kontakter t ex när polisen gripit någon p g a narkotikainnehav. Men de aktuella personerna erkänner ofta inte missbruket för sig själva och än mindre för sociala myndigheter. Få är därför positiva till kontakterna och ännu färre har motiverats till och fullföljt en behandling.

Det går att förbättra nu tillämpade metoder, t ex rutinerna för kontakter. Inriktningen på den sociala situationen och erbjudan om stöd, som redan nu är vanlig, kan utvecklas. Men resultaten av vårdinsatser som bygger på kontakter tagna med utgångspunkt i missbrukssymtom kan endast bli begränsade. Det blir viktigare att söka nya metoder. Och de metoderna är främst förebyggande. För socialvårdens del innebär det bl a uppsökande verksamhet i bostadsområdena, lokaler med fritidsaktiviteter, grannskapsarbeten och direkt verksamhet i skolan.

Systematiskt planerade insatser

En persons eller en familjs alla problem, såväl de underliggande psykosociala som de akuta sociala, måste nästan alltid behandlas för att ett gott långsiktigt resultat skall nås. Detta innebär att de åtgärder som vidtas måste vara systematiskt planerade, väl integrerade och utarbetade i samverkan med klienten. Också förväntade resultat skall ha preciserats.

Systematisk behandlingsplanering motiveras också av behovet av att kunna prioritera.

Att tillämpa en systematisk behandlingsplanering vid socialbyråerna innebär också att sam-

Att tillämpa en systematisk behandlingsplanering vid socialbyråerna innebär också att samverkan med andra organ utvecklas och preciseras.

verkan med andra organ utvecklas och preciseras. Aktuell institutionspersonal deltar givetvis direkt i behandlingsplaneringen, men samverkan bör också omfatta sjukvårdsresurser, t ex mentalvården, arbetsvården och skolan i aktuella fall.

Utgångspunkter för bedömning av mer omfattande vårdåtgärder kan innefatta följande punkter:

1. Vilka problem finns?
 - a. psykosociala
 - b. akuta sociala
 - c. medicinska.
2. Vad kräver problemen för åtgärder?
 - a. psykosociala, t ex familje-, grupp- eller individualterapi
 - b. kurativa, dels arbete, bostad, ekonomi, utrustning etc dels elementär social träning
 - c. medicinska, t ex sjukhusvård och medicinering.
3. Krav som måste vara uppfyllda
 - a. finns resurserna vid bestämd tidpunkt?
 - b. kan de samordnas tids- och personalmässigt?
 - c. är klienten införstådd med åtgärderna?

Om samtliga frågor under 3 besvaras med ja — och de samlade åtgärderna bedöms kunna ge ett gott resultat — bör samtliga aktuella åtgärder genomföras efter ett noggrant program som uppgjorts i samarbetet med klienten och olika inblandade.

Om någon av frågorna besvaras med nej bör övervägas om någon *behandlingsåtgärd* alls skall sättas in. Det avsedda målet kan ju då inte nås. Grunden för bedömningen blir i sådana fall den förväntade utvecklingen i olika lägen. Åtgärder bör endast vidtas som skapar rehabiliteringsförutsättningar eller som ger en "anständig" social och

=====

Om någon av frågorna besvaras med nej bör övervägas om någon behandlingsåtgärd alls skall sättas in.

=====

ekonomisk situation. Åtgärderna kan avse bl a medicinsk vård (avgiftning), elementär social träning och/eller kurativa insatser av enklare slag, t ex anskaffning av bostad, byte av vistelsemiljö och ekonomisk hjälp.

Psykosociala problem

Missbrukare uppvisar generellt svagheter och brister i psykosociala avseenden. Därmed påstås inte att psykosociala problem förklarar uppkomst och utveckling av missbruk.

Också bland icke-missbrukare förekommer psykosociala problem. Lösningar av problemen sker i människornas normala relationer och omgivning. För flertalet missbrukare kommer också psykosociala problem att enbart aktualiseras i situationer utanför vårdorganen. Socialvården kan naturligtvis inte behandla alla relations- och kontaktstörningar.

Men tesen leder ändå till slutsatsen att då en behandling blir aktuell och målet är fullständig rehabilitering så måste de psykosociala problemen angripas. Åtgärder kan innefatta sociala insatser, t ex att skaffa bra arbete och bostad, som skapar förutsättningar för människorna att själva lösa sina problem. Slutsatsen motiverar en satsning på psykoterapeutisk verksamhet i vid bemärkelse (psykoterapi och psykosocialt arbete) inom nykterhets- och narkomanvården. Med hänsyn till att dels psykoterapi ofta är omfattande och tidskrävande dels resurserna — som visserligen förutsätts öka — är högst begränsade är det särskilt viktigt att de riktas mot omsorgsfullt utvalda individer och grupper.

Förslag till åtgärder

Mot bakgrund av de principiella utgångspunkterna och gruppbeskrivningarna/behovsbedömningen redovisas i utredningen olika förslag till åtgärder. De åtgärder som redovisats har indelats i förebyggande insatser, behandlingsinsatser med en långsiktig rehabilitering som mål och åtgärder som syftar till en hygglig omvårdnad.

Utredningen har begränsats till vårdåtgärder för missbrukare. De principiella resonemang som förs beträffande tidigare insatser men också om

.....

Tre särskilda förslag till förebyggande insatser inom socialvården redovisas: ändrad vårdmetodik i öppen vård, medverkan i skolans arbete och information.

.....

insatser i närmiljön leder dock till slutsatsen att förebyggande insatser i varje fall för vissa grupper är angelägnare än åtgärder som utgår från missbrukssystemet. I utredningen diskuteras därför också förebyggande insatser. Den i sammanhanget naturliga reflektionen görs att det är de generella åtgärderna som på sikt har de enda verkligt genomgripande effekterna.

Tre särskilda förslag till förebyggande insatser aktuella inom socialvården redovisas: ändrad vårdmetodik i öppen vård, medverkan i skolans arbete och information.

I övrigt redovisas ett antal förslag till förändrade eller nya vårdmetoder och verksamheter som dock inte gör anspråk på att täcka hela vårdområdet. I stället för att endast grovt skissera samtliga dessa förslag har jag med hänsyn till utrymmet valt att något fylligare ge två exempel på förslag. Jag har då valt distriktsinstitutionen som en arbetsform för behandling med långsiktig rehabilitering som mål och boendeformer med stöd åt personer där målet är hygglig omvårdnad.

Distriktsinstitution

En institution föreslås i varje socialdistrikt, t ex genom att nuvarande institutioner knyts till aktuellt distrikt eller att nya institutioner tillskapas.

Verksamheten vid institutionen kan omfatta olika delar samtidigt, t ex dagpatienter, nattpa-

.....

En institution föreslås i varje socialdistrikt vars verksamhet kan omfatta olika delar samtidigt, t ex dagpatienter, nattpatienter, fortsättningsgrupper, gruppverksamhet för olika kategorier, möjlighet för vård av familjer etc.

.....

tienter, fortsättningsgrupper, gruppverksamheter för olika kategorier, möjlighet för vård av familjer, eventuell öppen verksamhet och klubbverksamhet för f d gäster. Familjebehandling bör kunna ges och innefatta också individuell behandling av barn. Arbetet bör därvid alternativt kunna utföras i hemmen och i andra delar av närmiljön.

Verksamheten innebär att institutioner och öppen vård integreras. Därmed kan kontinuitet och varaktighet i personkontakterna uppnås. Integrationen kan innebära att distriktsinstitutionen och socialbyrån/servicecentralen har viss gemensam personal och gör gemensamma insatser för vissa klienter. Det kan också innebära att socialbyråpersonal deltar i vissa arbetsmoment på institutionen. Rotationstjänstgöring för personalen på institutionen och personalen på socialbyrån är ett annat sätt. Därtill bör institutionspersonalen och socialbyråpersonalen ha gemensamma kontinuerliga sammankomster för utveckling av vårdmetodik.

Samverkan bör härutöver ske med en sektoriserad psykiatrisk vård. På kort sikt kan samverkan avse samplanering av behandling samt gruppverksamheter och fritidsaktiviteter. Ett utvecklat samarbete bör också ske med distriktsläkarverksamheten för att tillgodose behov av somatisk vård samt i informativt syfte.

De för vård vid distriktsinstitutionen aktuella personerna har generellt behov av ofta långvarig och intensiv behandling av psykosociala problem. Problemorienterad samtalsbehandling och andra psykoterapeutiska metoder blir därför viktiga inslag i vårdarbetet. Genom att organisera samtalsbehandlingen som gruppverksamhet ges speciella möjligheter att arbeta med vissa typer av problem, t ex att medvetandegöra individens beteende i förhållande till andra människor och att träna konfliktlösning.

Gästerna bör ges ansvar för och delta i såväl utformningen av vården som institutionens drift.

.....

Problemorienterad samtalsbehandling och andra psykoterapeutiska metoder blir viktiga inslag i vårdarbetet.

.....

Gruppverksamheterna ger förutsättningar för ett av gäster och personal delat vårdansvar. Också de praktiska arbetsuppgifterna — matlagning, städning, underhåll etc — bör gemensamt utföras av gäster och personal.

Det bör påpekas att distriktsinstitutionerna inte utesluter andra former av institutioner. I vissa fall kan det t ex vara angeläget med placering långt från hemorten. Vårdens uppläggning måste anpassas till förhållandena i respektive distrikt, kompetens hos tillgänglig personal samt vara en fråga, som av gäster och personal blir föremål för kontinuerlig omprövning i det praktiska arbetet.

Boendeformer med stöd

Motiv

Långvariga kontakter med samma personer ger en känslomässig kontinuitet som skapar möjligheter till positiva förändringar. Eget boende ger större förutsättningar för att tillfredsställa elementära behov än boende på stora enheter, t ex nu existerande hotell. Ökat stöd i närmiljön bidrar till att skapa motsvarande förutsättningar.

Många av de aktuella personerna har mest kontakter med personalen på de hotell där de bor. Resurser saknas där att bedriva behandlingsarbete eller att stödja personerna genom t ex enklare medicinsk behandling, fritidsaktiviteter och samtalsbehandling. Kurativa insatser och de eventuella behandlingsinsatser inom socialvården som förekommer för grupperna utförs och initieras huvudsakligen av socialbyrå 9 (byrån för bostadslösa). Många åtgärder prövas och vidtas vidare av sjukvården, främst den psykiatriska vården.

Motiven för en förändring är därför också att åstadkomma en samordning av service och andra insatser samt en större grad av kontinuitet i kontakter — och därmed av positiv social kontroll — mellan klienter och aktuell vårdpersonal. Sekundärt kan också en större grad av delaktighet och gemenskap upplevas av klienterna.

Utformning

På lång sikt bör allt boende ske i små enheter med stödatgärder direkt knutna till dem eller

På lång sikt bör allt boende ske i små enheter med stödatgärder direkt knutna till dem eller i egna lägenheter. Nuvarande hotell bör avvecklas, möjligen med undantag för ett som riktar sig till jourfall.

i egna lägenheter. Nuvarande hotell bör således avvecklas, möjligen med undantag för ett som riktar sig till jourfall och tillfälliga besökande. Aktuella former är små inackorderingshem för t ex 5—15 personer, lägenhetshem för 2—5 personer och eget boende med olika omfattning av stöd. Stödet till de boende bör ges i bostadsmiljön eller i samlingsutrymmen i närmiljön och omfatta bl a socialkurativa insatser av traditionell art, hemvård och social träning.

En övergång till mindre enheter måste ske successivt. Dels bör små enheter/inackorderingshem byggas ut i takt med nedläggning av nuvarande hotell dels bör utredas vilka personer som är lämpade för eget boende och utflyttning ske av dem. En sådan utflyttning kan ske i etapper; först placering på ett inackorderingshem och därefter i egen lägenhet. Inackorderingshemmet eller lägenhetshemmet fungerar som utslussningsstation och har resurser för social träning och stödpersonal som fortsätter att hålla kontakt med aktuella personer efter flyttning.

Arbetet vid *enheterna/inackorderingshemmen* bör utformas på delvis samma sätt som på en distriktsinstitution, bl a så att gäster tillsammans med personalen deltar i olika arbetsuppgifter inom hemmen, t ex städning, matlagning och planering av fritidsaktiviteter. (Ett deltagande som avlastar personalen arbetsuppgifter kan dock inte förutsättas). Samverkan med daglokaler bör också utvecklas liksom direkt uppsökande verksamhet. Personal bör finnas som kan ge samtalsbehandling, enklare medicinsk vård och social träning och driva fritidsaktiviteter dels vid enheterna dels för samma personer efter flyttning till lägenhetshem eller egna lägenheter.

Boendet bör föregås eller kombineras med so-

Boende bör föregås eller kombineras med social träning i grupp eller individuellt och bl a avse matlagning, skötsel av bostad och ekonomisk hushållning.

cial träning i grupp eller individuellt och bl a avse matlagning, skötsel av bostad och ekonomisk hushållning. Utöver sådana direkta ADL-funktioner (Activity of Daily Living) innefattar den sociala träningen också kontakter i dagliglivet. En väsentlig utvidgning av sådana träningsprogram bör ske och innebär att utbildning riktas till bl a nuvarande personal på hotellen och socialbyrå 9 samt ny personal — främst sjuksköterskor.

Hemvård bör riktas dels till personer som blir aktuella för flyttning till lägenhetshem eller egna lägenheter från institutioner och hotell dels till missbrukare som nu har egna lägenheter.

Hemvård till framförallt den senare nämnda gruppen innebär ofta speciella problem. Bl a är lägenheterna inte sällan starkt nedsmutsade; lägenheterna är ibland tillhåll för dryckesbröder eller -systrar; hemsamariter möts av aggressivitet etc.

Hemvården bör utformas med hänsyn härtill. De hemsamariter som skall arbeta med missbru-

kare måste vara införstådda med de problem som kan uppstå. De bör också få mer stöd än normalt, bl a genom återkommande sammankomster för diskussion av behandlingens uppföljning tillsammans med arbetsledning och socialbyråpersonal. Urvalet av personer som skall få hemvård bör också göras tillsammans av hemvårdsbyrå och socialbyrå. Hemsamariterna behöver ofta jobba två och två. Deras uppgifter kommer också att vara pedagogiska och aktiverande och innefatta moment av social träning.

På kort sikt — i avvaktan på en avveckling — bör också en förändring av arbetsformerna ske vid de nuvarande hotellen. Det bör eftersträvas att indela hotellen i mindre avdelningar med fast personal för att skapa kontinuitet i personalkontakterna. Vid hotellen bör kurativa insatser och andra socialbyråuppgifter, samtalsbehandling, enklare medicinsk vård, social träning samt fritidsaktiviteter förekomma.

Åtgärder krävs också för att aktuella personer inte skall ambulera mellan olika hotell i den utsträckning som f n sker. Det kan åstadkommas genom att en mer hemliknande miljö skapas samt att boende inte avvisas för fylleri annat än då akut sjukhusvård är behövligt. (Förutsätter mer personal än f n vid hotellen särskilt under kvällar).