

Institutionell vård av alkoholmissbrukare

Björn Laurell

Utvecklingen på senare år har inneburit ett allt större engagemang från sjukvårdens sida i alkoholvården. Aktuell statistik visar att 30—60 % av samtliga intagningar vid ett slumpvis urval av psykiatriska sjukhus består av alkoholmissbrukare. I nedanstående artikel redovisas siffror från psykiatriska kliniken i Karlstad, som visar en nära nog femdubbling av antalet intagna med alkoholdiagnos mellan åren 1970 och 1975, varvid antalet alkoholmissbrukare ökat från 21 till 42 % av det totala antalet intagna.

Goda skäl finns för att institutionella resurser för alkoholmissbrukare skall finnas såväl inom sjukvårdens som socialvårdens ram. En nära samverkan på lokalplanet är härvid den viktigaste förutsättningen för att en vettig samordning skall uppnås. Frågan om etablerandet av en sådan lokal samverkan måste i dagens läge ges hög prioritet.

Docent Björn Laurell är överläkare vid psykiatriska kliniken, centrallasarettet Karlstad.

I debatten kring hur vården av alkoholmissbrukare skall kunna göras effektivare har bland olika behandlingsprinciper särskilt betonats vikten av kontinuitet i behandlingskontakten samt behovet av en decentraliserad och väl sammanhållen vårdkedja. På grund av att huvudmannaskapet för alkoholvården idag är i så hög grad splittrat mellan stat, landsting och kommuner, råder emellertid betydande svårigheter att upprätthålla dessa behandlingsprinciper. Genom att olika steg i vårdkedjan tillhör skilda huvudmän, uppstår mycket

ofta avbrott i patient/behandlarkontinuiteten, vilket allvarligt påverkar recidivfrekvensen. För att råda bot mot detta har vid många sjukvårdsinrättningar särskilda rehabiliteringsavdelningar med miljöterapeutisk utformning inrättats för missbrukare vilka kan erbjuda en längre tids sammanhängande vård som alternativ till en anstaltsvistelse. Denna utveckling har på sina håll ifrågasatts varmed frågan om vem som skall ansvara för och administrera den institutionella vården av alkoholmissbrukare kommit under debatt. Att sjukvården skall ansvara för den rent medicinska avgiftningen har aldrig satts ifråga. Problemet gäller den institutionsbundna vård, som därpå i vissa fall behöver följa. Frågan diskuteras ingående i den sk "gröna boken" (Socialstyrelsen 1973). Man utgår där från att den mer rehabiliteringsbetonade miljöterapeutiskt utformade vården skall ske i socialvårdens regi. Socialutredningen (SOU 1974: 39) har inte oväntat samma uppfattning och mellan raderna framgår att man tillskriver sjukvården en ganska underordnad roll vad gäller vården av missbrukare. Sjukvården tilldelas endast en "teknisk" behandlarroll i samband med själva avgiftningsproceduren medan hela tiden "det yttersta vårdansvaret" skall åvila socialvården personifierad i en vårdansvarig assistent.

I Läkartidningen publicerades under 1974 en serie artiklar rörande alkohol och alkoholism. Huvudmannaskapsfrågan betr den institutionella vården berördes i flera av dessa. Bl a Bo Löfgren (1974) framför utan att själv ytterst ta ställning flera vägande argument för att alkoholvården bör erhålla rehabiliteringsresurser inom sjukvårdens ram. Diskussionen om huvudmannaskapsfrågan kommenteras i en ledare ett par nummer senare (Läkartidningen 1974) där man litet tillspetsat

Efter ett inledningsanförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens höstmöte i Örebro oktober 1975.

frågar om det inte är dags att närmare utreda frågan om alkoholistvården helt och hållet borde skötas inom sjukvårdens ram. Man skriver avslutningsvis "om vi slutgiltigt accepterar att alkoholisten är en sjuk person, kan det då vara rimligt att politiskt valda lekmän (inom socialvården) bestämmer vårdens uppläggning?"

Drastisk ökning av alkoholvården inom sjukvården

Parallellt med denna debatt har på senare år skett en utveckling i riktning mot ett allt större engagemang från sjukvårdens sida i alkoholvården. En undersökning omfattande åren 1954—64 (Herner 1972) visade att mot slutet av denna period mellan 30—40 % av de manliga intagningarna på våra psykiatriska sjukhus utgjordes av alkoholmissbrukare. Aktuell statistik (Mellbin 1976) visar att nu mellan nära 30—60 % av *samtliga* intagningar

Tabell 2. Mariebergsklinikerna, Kristinehamn.

År	Antalet intagna totalt	Intagna med alk.diagnos	Alk.diagnos i procent av det totala antalet intagna
1970	1 802	605	34
1971	1 991	638	32
1972	1 647	694	41
1973	1 926	694	36
1974	1 922	753	39
1975	2 084	927	44

vid ett slumpvis urval av psykiatriska sjukhus består av alkoholmissbrukare. Denna utveckling kan illustreras med de sex senaste årens intagningssiffror från de psykiatriska sjukhusenheterna i Värmlands län. Som framgår av *tabellerna 1 och 2* utgör alkoholmissbrukarna f n över 40 % av samtliga intagna psykiatriska patienter. Skulle även narkomanerna inräknas, stiger siffran med ca 5 %.

Samtidigt har de alkoholmissbrukare i länet, som erhållit vård genom nykterhetsvårdens försorg, något minskat i antal, vilket helt kan tillskrivas minskningen av antalet tvångsintagningar (*fig. 1*). Detta sammantaget betyder för Värmlands del att en väsentlig förskjutning från socialvård till sjukvård ägt rum vad gäller institutionell vård av alkoholmissbrukare. Huruvida motsvarande förskjutning ägt rum även inom den öppna vården är svårare att belägga. Klart är emellertid att alkoholmissbrukarna de sista åren kommit att ta en betydligt större andel av sjukvårdens öppenvårdsresurser i anspråk än tidigare. En kartläggning vid psykiatriska kliniken i Karlstad hösten 1975 visade att i genomsnitt per veckodag förekom ca 20 polikliniska kontakter med olika patienter till-

Tabell 1. Psykiatriska kliniken, Karlstad.

År	Antalet intagna totalt	Intagna med alk.diagnos	Alk.diagnos i procent av det totala antalet intagna
1970	622	131	21
1971	959	308	32
1972	1 171	412	35
1973	1 492	654	44
1974	1 639	807	49
1975	1 435	607	42

Antalet vårdplatser vid kliniken har under de angivna åren successivt ökats från 32 1970 till 77 fr o m år 1973 (korrigerat för sommarstängningen etc 72 vpl).

Minskningen av antalet intagna mellan åren 1974—1975, som helt faller på missbrukargruppen, fordrar en särskild kommentar. Den skulle kunna förklaras av en motsvarande ökning mellan dessa båda år på Mariebergsklinikerna (se tabell 2). Några förändringar ifråga om intagningspolicy eller upptagningsområden för de båda sjukhusen förekom emellertid ej under den aktuella perioden. En troligare förklaring är den att man vid kliniken i Karlstad lyckats bryta den årliga ökningstrenden med hjälp av intensifierade öppenvårdsinsatser, framför allt i form av kontaktmanabesök för patienter med missbruksproblem.

Detta sammantaget betyder för Värmlands del att en väsentlig förskjutning från socialvård till sjukvård ägt rum vad gäller institutionell vård av alkoholmissbrukare.

hörande kategorin alkoholmissbrukare. Av dessa kontakter var endast ca 1/3 reguljära läkarbesök — flertalet jourfall — medan resten utgjordes av s k kontaktmannabesök, polikliniska besök hos sjuksköterske-/skötarpersonal, antingen i samband med s k polikliniska avgiftningar på mottagningen eller som återbesök på den tidigare vårdavdelningen. Läkarbesöken utgjorde därvid nära en tredjedel av samtliga läkarbesök under året.

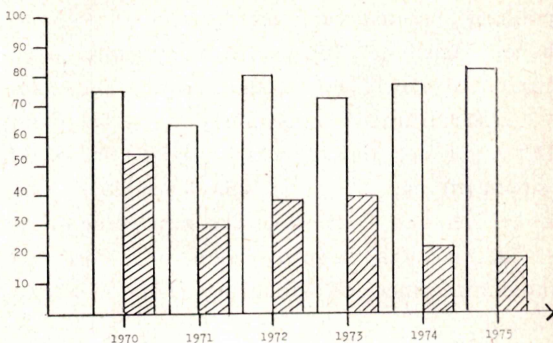
Vid muntliga kontakter med skilda företrädare för socialvården har samtidigt omvitnats att man upplever att en tyngdpunktsförskjutning skett ifråga om arbetstidens fördelning på olika arbetsuppgifter sedan den s k familjevårdsprincipen infördes innebärande att mindre tid relativt sett ägnas de s k nykterhetsvårdsärendena.

Förklaringen till den här utvecklingen är inte svår att finna. Sjukvårdens dygnetruntservice är sannolikt den viktigaste. Missbruksproblem vållar ofta krisreaktioner på kvällar och helger, mera sällan på kontorstid. Abstinensbesvär och därmed avgiftningsbehov uppträder likaså lättare på "obekväma" tider, då systembolag och restauranger är stängda. Den psykiatriska vårdens omhändertagande av alkoholmissbrukare har vidare genomgått en väsentlig kvalitetshöjning på senare år. Särskilda toxikomaniavdelningar finns numera på många kliniker och sjukhus, inte sällan i förening med miljöterapeutiska rehabiliteringsavdelningar, som kan erbjuda längre tids vård och därmed kontinuitet i vårdkontakten. Samtidigt har socialvården, p g a resursbrist såväl personellt som ekonomiskt, ännu inte förmått leva upp till sin terapeutiska ambition och släpar därjämte fortfarande på gammal barlast i form av fördomar att vara ett mindre "fint" alternativ än sjukvården, vilket skapar psykologiskt motstånd i många fall mot att söka där.

Allvarlig utveckling

Den ovan skisserade utvecklingen är naturligtvis allvarlig såväl ur sjukvårdens som socialvårdens synpunkt. Samtidigt som socialvården försöker skaffa sig en mera behandlingsinriktad profil, där framför allt vården av missbrukarna är avsedd att bli en av huvuduppgifterna, har en allt större

Figur 1. Antalet tvångsintagna (streckade staplar) resp frivilligt intagna vid nykterhetsvårdens institutioner åren 1970—1975 i Värmlands län.



del av denna patientkategori sökt och erhållit vård och behandlingskontakt med sjukvården. Sjukvården, å andra sidan, dignar under bördan. Framförallt gäller detta inom den psykiatriska vården, där situationen bl a skapar problem betr vårdmiljön för andra patientkategorier. Samma problem är emellertid för handen även inom den somatiska sjukvården på dess akutavdelningar och jourmottagningar. Det måste vara angeläget att i tid bryta denna trend och vända utvecklingen, så att en rimlig arbetsfördelning mellan sjuk- och socialvård vad framför allt gäller det akuta omhändertagandet av alkoholmissbrukare uppnås.

Socialvårdens motiv för institutionella resurser

Därmed inte sagt att arbetsfördelningen skall vara den att all s k eftervård skall överflyttas från sjukvården till socialvården. Goda skäl finns nämligen för att institutionella resurser för alkoholmissbrukare skall finnas *såväl* inom sjukvårdens som socialvårdens ram. För socialvårdens del kan man sammanfatta dem i följande punkter.

- "Undvikande av sjukrollen". I många fall är det en fördel att kunna arbeta med patientens problem utan att snegla på sjukrollen och därmed olika typer av sjukförklaringar. Patientens eget ansvar för missbruksproblemet kan sättas i fokus.

- Socialvården disponerar bättre instrument att bearbeta sociala problem med. Inom socialvården finns expertis och resurser, i varje fall i de större

städerna, för sk "case work"-terapi liksom "hemma-hos"-terapi.

● Socialvården har bättre möjligheter att påverka politiker, beslutsfattare och kanske ytterst samhället. Genom förtroendemannaorganisationen har politiker och beslutsfattare en helt annan insyn i socialvårdens verksamhet än i sjukvårdens. Detta gör det kanske också möjligt för socialvården att bättre fungera som "larmklocka" än sjukvården kan. Därmed kanske socialvården också kan påverka samhällsstrukturen i stort och initiera reformer och förbättringar lättare än sjukvården.

● Socialvården har och skall ha "det yttersta vårdansvaret". Enligt nu gällande bestämmelser och enligt socialutredningen har socialvården detta yttersta vårdansvar. I praktiken fungerar det dock inte alltid så. Sjukvårdens företrädare anser sig ha det yttersta vårdansvaret för sina patienter vare sig de är missbrukare eller ej. Frågan borde dock inte vara kontroversiell. Inom ramen för sin organisation bör sjukvård som socialvård kunna ta sin del av "det yttersta vårdansvaret".

Sjukvårdens motiv för institutionella resurser

● *Vårdkontinuitet.* Många patienter uppvisar ett medicinskt avgiftningsbehov, kanske flera gånger i tät följd under samma år, vilket gör att de ändå måste komma i kontakt med sjukvårdsorganisationen. De "identifierar" sig därmed med en patientroll och känner en naturlig tillhörighet till den psykiatriska kliniken. Många har dessutom under årens lopp hunnit ådra sig en del somatiska komplikationer till sitt alkoholmissbruk, vilka också kräver läkarkontakt, tillsyn och ev terapi. Detta talar ytterligare för att även sjukvården bör kunna bereda alkoholmissbrukare vårdkontinuitet.

● *Behandlingsmotivation.* Det är en allmän erfarenhet att motivationen att mera radikalt åtgärda sin livssituation oftast är störst i nära an-

slutning till avgiftningstillfället. Man kan därvid erbjuda patienten att fortsätta vården lokalmässigt i nära anslutning till avgiftningsvården samt med anlitande av kanske samma personal, vilket innebär en stor fördel i motivationshänseende.

● *Personalmotivation.* Den personal, som engageras i avgiftningsarbetet, får lätt en defaultistisk inställning till sin verksamhet, om man enbart får se de misslyckanden, som ett förnyat avgiftningsbehov illustrerar. Man får därmed aldrig någon stimulans av att även se de varaktigt positiva resultat en vårdinsats kan ge. Denna personal är sålunda starkt motiverad för att också engageras i en rehabiliterande verksamhet för att därigenom delta i att förebygga nya avgiftningstillfällen. Erfarenheten har även visat att personal, som enbart sysslar med avgiftningsvård, lätt fastnar i en felaktig och negativ attityd mot missbrukargrupperna.

● *Terapeutiskt kunnande.* Vid en psykiatrisk klinik finns idag personal på alla nivåer med erfarenhet av alkoholistvård och ett specifikt kunnande framför allt på miljö- och gruppterapins områden, som det finns skäl att ta tillvara i sammanhanget. Den psykiatriska kliniken måste även av andra skäl — vid omhändertagandet av övriga patientkategorier — disponera vissa psykoterapeutiska resurser. Genom att knyta rehabiliterande verksamhet till sjukvårdsorganisationen, kan dessa psykoterapeutiska resurser även komma alkoholvården tillgodo.

Etablera lokalt samarbete!

Enligt min mening talar sålunda övertygande skäl för att vissa institutionella rehabiliteringsresurser för alkoholmissbrukare bör finnas inom sjukvårdens ram. Samtidigt talar dock starka skäl för att socialvården, för att fullgöra sitt ansvar inom vårdområdet ifråga, får disponera egna behandlingshem med rehabiliteringsresurser.

En nära samverkan på lokalplanet är den viktigaste förutsättningen för att en vettig samordning och arbetsfördelning skall kunna uppnås mellan sjuk- och socialvård. Därmed borde vårdkontinuiteten kunna tryggas för det stora flertalet alkoholmissbrukare.

.....

Därmed inte sagt att arbetsfördelningen skall vara den att all sk eftervård skall överflyttas från sjukvården till socialvården.

.....

Frågan om etablerandet av sådan lokal sam-
verkan måste i dagens läge ges hög prioritet.

LITTERATUR

Herner, T.: The Frequency of Patients with Dis-
orders Associated with Alcoholism in Mental Hos-
pitals and Psychiatric Departments in General Hos-
pitals in Sweden During the Period 1954—1964.
Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum 234,
1972.

Löfgren, B.: Några organisatoriska och ideologiska

problem inom alkoholistvården. *Läkartidningen 71:*
2820—2824. 1974.

Mellbin, G.: Faktaredovisning. I: Tvånget i vårdappa-
raten (symposium). *Läkartidningen 73:* 2892—2893.
1976.

Vem skall vårda alkoholisterna? (Ledare) *Läkartid-
ningen 71:* 2979—2980. 1974.

Den psykiatriska vårdens målsättning och organisa-
tion. Rapport från expertgrupper. Socialstyrelsen
1973.

Socialvården. Mål och medel. Principbetänkande av
socialutredningen. SOU 1974: 39. 1974.

BÄTTRE BARNMILJÖ

temat för

Föreningen Sveriges Socialchefers

studiedagar 6—8 oktober 1976

Konferenstrycket innehåller en särskild rapport som utarbetats inför studiedagarna samt
anföranden och paneldebatter m. m.

Publikationen kan rekvideras från Föreningen Sveriges Socialchefer, c/o Stockholms Social-
förvaltning, rum 1504, 106 64 Stockholm.

Expeditionskostnad:

1—25 ex 25 kr/st 26—50 ex 20 kr/st 51 ex— 15 kr/st

Härmed beställes ex av Bättre Barnmiljö

.....
namn

.....
förvaltning/organisation

.....
adress

Postförskott/faktura