

Vårdregler och vårdorganisation för missbrukargrupperna

Några synpunkter

Ivan Ottoson

Ingvar Svensson

Vårdreglerna och vårdresurserna för olika missbrukargrupper karakteriseras som splittrade i denna artikel av rektor Ivan Ottoson och utredningssekreterare Ingvar Svensson. Klientbehoven är i långa stycken oberoende av missbruksmedlet. Vårdresurserna bör anknytas med hänsyn till detta och till möjligheterna att fullfölja och bevara klientkontakten under ett långvarigt stöd i missbrukarens sociala miljö.

Den mest vårdkrävande delen av missbrukargrupperna aktualiserar i hög grad insatser från såväl sjukvården som socialvården. Därigenom blir också behovet av samverkan mellan dessa båda ansvarsområden särskilt uttalat. Innan vissa synpunkter på detta samarbetsbehov redovisas kan det vara lämpligt att kort erinra om de bestämmelser som reglerar vården av missbrukare av beroendeframkallande medel.

¹ I det följande används termer missbruk (missbrukare) som ett samlingsbegrepp för allt icke-medicinskt bruk av beroendeframkallande medel, oavsett hur avancerad användningen av medlet är eller vilka skadeverkningar som uppkommit i det individuella fallet.

Nuläget: splittrade resurser

Vårdreglerna och tyngdpunkten i den samlade vårdorganisationen är delvis olika för de olika missbrukargrupperna.¹ Beträffande vården av vuxna alkoholmissbrukare återfinns bestämmelserna i nykterhetsvårdslagen (NvL). Till följd av bl a en otidsenligt utformad NvL och ett förändrat synsätt inom psykiatrin har stora grupper alkoholskadade frivilligt sökt sig till och kunnat erbjudas vård inom den psykiatriska sjukvården. Det har också skett en förändring i synsättet på alkoholmissbruk. Vidare vårdas många alkoholmissbrukare inom den somatiska sjukvården.

Beträffande vården av vuxna narkotikamissbrukare torde det kunna hävdas att den för närvarande har sin tyngdpunkt i den psykiatriska vårdorganisationen. NvL är ej tillämplig på narkotikamissbrukare. Socialvårdens ansvar för denna grupp följer av socialhjälpslagen.

Skillnaden i vårdorganisationen kommer också till uttryck i anknytningen av institutionella vårdresurser. Omfattande institutionella vårdresurser för alkoholmissbrukare finns inom socialvården. Särskilda institutioner för narkomanvård i form av exempelvis behandlings- och inackorderingshem har i allmänhet upprättats direkt under psykiatriska kliniker eller sjukhus. Bilden är dock delvis annorlunda beträffande de unga narkotika-

.....
Socialhjälpslagens bestämmelser innebär att den primärkommunala socialvården har ett ansvar också under den tid patienten vårdas inom sjukvården.
.....

missbrukarna. För vården av denna grupp har särskilda resurser knutits till bl a ungdomsvårdsskolor.

Beträffande tvångsätgärder mot alkoholmissbrukare finns bestämmelser i NvL och i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Förutsättningarna för tvångsingripande mot alkoholmissbrukare är betydligt vidare än de som gäller beträffande narkotikamissbrukare. Dessa återfinns i LSPV. Tvångsätgärder mot ungdomar oavsett missbruksmedel regleras i barnvårdslagen.

Beträffande ansvarsfördelningen för narkomanvården anförde narkomanvårdskommittén bl a att den "utgår från ett dubbelt och samtidigt huvudmannaskap när det gäller vården av drogmissbrukare." Enligt kommittén är sålunda frågan om samordningen av den medicinska och sociala vårdens insatser central. Socialhjälpslagens bestämmelser innebär att den primärkommunala socialvården har ett ansvar också under den tid patienten vårdas inom sjukvården. Genom bl a en väl utbyggd öppenvårdsverksamhet vid och utom sjukhusen bör enligt kommitténs mening sjukvården kunna befordra samarbetet med socialvården. "Vårdorganens inbördes förpliktelser kan formuleras så att sjukvårdsorganen jämlikt sjukvårdslagen skall vara förpliktade att motta de patienter för vård som faktiskt är i behov av deras vård." På de sociala organen ankommer att ordna en sådan eftervård att sjukvårdsinrättningarna utan dröjsmål kan remittera sina patienter dit då de inte längre är i behov av vård vid sjukvårdsinrättningarna.

Skillnaden i lagstiftningen har bl a haft som konsekvens att sjukvården byggt upp särskilda vårdresurser i form av ex behandlingshem för att kunna följa upp vården av narkotikamissbrukare. Beträffande alkoholmissbrukare har socialvården i

allmänhet ensam fått tillgodose klientens vårdbehov efter att den medicinska avgiftningen upphört.

Ett annat generellt konstaterande, som kan göras, är att förekomsten av alkoholpolikliniker och institutionella vårdresurser inom socialvårdsområdet från sjukvårdens sida ofta uppfattats utgöra tillräckliga förutsättningar för att socialvården skall kunna tillgodose även kvalificerade medicinska vårdbehov. Så är dock i allmänhet ej fallet.

Utvecklingslinjer inom socialvården

Utvecklingen inom socialvården präglas av en helhetssyn på individens situation och behov. Helhetssynen innebär att socialvården vid identifieringen och bearbetningen av sociala problem (ex missbruk av beroendeframkallande medel) skall sträva efter att komma fram till en samlad bild av den enskildes och/eller familjens/gruppens sociala förhållanden och totala behov. Det gäller därvid att bedöma hur olika insatser sammantagna kan bidra till eftersträvarade (överenskomna) förändringar. För socialarbetaren blir det således allt mer angeläget att inte utgå från enstaka symtom utan se den enskilde klienten som en del av sin familj eller annan primärgrupp och denna i relation till den omgivande sociala miljön och sociala strukturen.

Det finns nu på många håll inom socialvårdsorganisationen en medveten och stark strävan att komma bort från ett indikationsbundet och formellt prövande av olika handlingsalternativ (angivna i gällande lagstiftning). För att kunna realisera denna helhetssyn i praktiskt vårdarbete krävs en integration eller nära samverkan mellan olika samhällsorgan. De samlade resurserna inom och utom socialvården utnyttjas för att kunna bearbeta individuella och situationspräglade behov med integrerade behandlingsalternativ. Beträffan-

.....
För att kunna realisera denna helhetssyn i praktiskt vårdarbete krävs en integration mellan olika samhällsorgan.
.....

de missbrukargruppen gäller detta som redan nämnts framför allt sjukvården och socialvården.

Ytterligare en utvecklingslinje inom socialvården bör framhållas i detta sammanhang. Det gäller inställningen till att använda tvångsåtgärder. Bl a har socialministern i sitt 10-punkters program för socialvården klart markerat att tvångsåtgärder inom socialvården bör minskas. Han tillade att det kan ifrågasättas om de begränsade tvångsåtgärder som är ofrånkomliga skall ha sin plats inom socialvården. Det kan i sammanhanget också noteras att antalet tvångsmässigt intagna med stöd av NVL successivt har minskat under senare år.

Mot denna bakgrund skall diskuteras motiven och förutsättningarna för en mer enhetlig vårdorganisation för olika missbrukargrupper.

Vilka vårdbehov skall tillgodoses?

Den grundläggande frågan är vilka vårdbehov som skall tillgodoses. Missbruk av alkohol eller narkotika förekommer sällan som en isolerad förekomst. Det ingår i ett mer eller mindre komplicerat samspel med bakomliggande faktorer: relationsstörningar, psykisk press, trasslig ekonomi, problem i arbetslivet etc. Alltefter som missbruket fortgår uppträder, vid sidan av de sociala skadeverkningarna, medicinska symptom och skador. Dessa kan vara både av psykisk och fysisk art. För både alkohol- och narkotikamissbrukaren kommer vården i många fall, och vad gäller mera avancerade missbrukstillstånd regelmässigt, att ställa krav på såväl medicinska som sociala behandlingsinsatser.

Missbrukarens behov av såväl medicinska som

Bl a har socialministern i sitt 10-punkters program för socialvården klart markerat att tvångsåtgärder inom socialvården bör minskas.

sociala insatser har schematiskt illustrerats i nedanstående figur. Med figuren vill vi erinra om hur tyngdpunkten av dessa insatser i det enskilda fallet kommer att variera med hänsyn till de fysiska och psykiska skadeverkningar som föreligger.

Schematiskt kan vid gravare missbruk tre olika typer av klientbehov urskiljas. Vid de avancerade missbrukssituationerna är ofta en medicinsk avgiftning en nödvändig förutsättning för att problembearbetningen skall kunna påbörjas. Under avgiftningen dominerar sjukvårdsinsatserna nästan helt. Ofta är inläggning på sjukvårdsinrättning erforderlig. Avgiftningen följs i regel av en period där missbrukarens situation karakteriseras av ett fortsatt starkt fysiskt och/eller psykiskt beroende. Behovet av medicinska (i första hand psykiatriska) insatser avtar successivt under beroendefasen. Parallellt härmed blir behovet av sociala stöd- och behandlingsinsatser för problembearbetningen allt mer framträdande. Den tredje typen av klientbehov blir enligt skissen en fortsatt bearbetning av bakomliggande sociala faktorer, vilka efterhand blir identifierade och möjliga att påverka. Under denna fas kommer de sociala stöd- och behandlingsinsatserna att dominera.

Fig. 1. Klientbehov vid gravt missbruk.



Finns behov av särskilda resurser för olika missbrukargrupper?

Vi har som redan nämnts starkt differentierade resurser, vilka i stor utsträckning har specialiserats för vård och behandling av respektive missbrukargrupper. Förekomsten av dessa specialdestinerade insatser kan synas vara uttryck för att det föreligger väsentliga olikheter i de aktuella klientgruppernas behov. Det finns enligt vår mening anledning att ifrågasätta om skillnaderna är så stora att de motiverar olikheten i resursanknytningen.

Låt oss först erinra om det sammanhang i vilket resurserna för narkomanvården började byggas upp. I Nykterhetsvårdens läge (1967: 36—37) redovisades mycket nedslående erfarenheter när det gällde klienternas benägenhet att spontant söka kontakt med landets nykterhetsnämnder. I den debatt som då tog ny fart påtalades bl a bristerna i gällande nykterhetsvårdslag. Framför allt kriterierna för tvångsingripande ifrågasattes starkt. Även nykterhetsvårdens resurser och behandlingsmetoder bedömdes allmänt vara klart otillräckliga och dåligt utvecklade.

Det är ett rimligt antagande att den bristande tilltron till nykterhetsvårdens förutsättningar att tillgodose alkoholmissbrukarens hjälpbehov också påverkade bedömningen av lämplig resursuppbyggnad för narkomanvården. I stället för att utvidga nykterhetsvårdslagen till att även gälla vuxna narkomaner fick vården en klart medicinsk anknytning. Möjligheter att tillgodose klientens behov även när samtycke inte föreligger tillskapades inom ramen för LSPV. Den allmänna osäkerhet, som vid den här tidpunkten präglade bedömningen av narkotikamissbrukarens situation, torde också ha bidragit till en fokusering av det mest akuta och påtagliga vårdbehovet; den medicinska avgiftningen.

Det är enligt vår mening viktigt att vid en analys och bedömning av den mest ändamålsenliga framtida resursanknytningen och organisationsutformningen i väsentligt större utsträckning uppmärksammas andra aspekter på dessa klientgruppers behov.

Det förefaller uppenbart att vissa missbruks-

Den fråga vi uppfattar som relevant är huruvida olika missbruksmedel ger sådana medicinska verkningar att de kräver särskilda eller omfattande medicinska resurser även efter den mer avgränsbara avgiftningsfasen.

medel har specifika verkningar, exempelvis karakteristiska abstinenssymtom, som får konsekvenser för den medicinska vårdens utformning. Detta aktualiserar emellertid uteslutande sjukvårdsorganisatoriska avvägningar som ligger utanför ramen för denna artikel. Den fråga vi uppfattar som relevant i det här sammanhanget är huruvida olika missbruksmedel ger sådana medicinska verkningar att de kräver särskilda eller omfattande medicinska resurser även efter den mer avgränsbara avgiftningsfasen. Föreligger sådana skillnader kan detta motivera att sjukvården generellt ägnar en viss missbruksgrupp särskilt stort intresse även under en längre tidsperiod.

Psykiska och fysiska skadeverkningar av ett långvarigt eller massivt missbruk kan i enskilda fall motivera en mera utsträckt sjukhusvistelse. Generellt torde emellertid gälla att beroendefasen, oavsett missbruksmedel, ej kräver sjukhusförlagda insatser. Däremot är medicinska insatser i mera vid mening ofta nödvändiga i ett individuellt utformat behandlingsprogram inom den öppna vården, anknutet till exempelvis ett behandlings- eller inackorderingshem.

Två andra aspekter när det gäller differentieringen av medicinska insatser för de båda missbrukargrupperna skall antydast. Den ena är förekomsten av blandmissbruk. I narkomanvårdskommitténs betänkande (SOU 1969: 52) anges att mellan 5 och 10 % av 1968 års klienter vid Stockholms nykterhetsnämnds slutna institutioner var drogmissbrukare. I de yngre åldrarna torde blandmissbruk vara en mycket vanlig företeelse. Detta tyder på att tillgången till ett missbruksmedel i många fall är viktigare än valet av ett specifikt medel.

Den andra aspekten rör möjligheterna att vårda olika missbrukskategorier vid samma institu-

Den andra aspekten rör möjligheterna att vårda olika missbrukskategorier vid samma institutionsenhet. Några mer ingående studier av denna problematik är inte kända.

tionsenhet. Några mer ingående studier av denna problematik är inte kända. Kontakter med praktiskt verksamma socialarbetare ger dock stöd för uppfattningen att den nu gällande uppdelningen mellan alkohol- och narkotikamissbrukare kan ifrågasättas.

Kriterier på vårdorganisationen

Det är enligt vår mening viktigt vid en diskussion rörande uppbyggnaden och den organisatoriska anknytningen av erforderliga resurser att i större utsträckning än hittills uppmärksamma faktorer som är av betydelse för mera långsiktiga stöd- och behandlingsinsatser. Vi skall här kort peka på några principiella utgångspunkter som enligt vår mening bör prägla bedömningen av den mest ändamålsenliga förläggningen av olika rehabiliteringsresurser. För att anknyta till figuren ovan avser vi i fortsättningen huvudsakligen klientbehov som kan hänföras till den sk beroendefasen, dvs perioden närmast efter ev medicinsk avgiftning.

Sedan förgiftningstillståndet hävts börjar klienten ånyo bli i stånd att bedöma sin situation. Genom det stöd som omgivningen är beredd att ge honom kan bearbetningen av hans ofta problemfyllda situation påbörjas. Hur kan då orsakerna till klientens missbruk av beroendeframkallande medel klarläggas? Som socialarbetare bekänner vi oss bl a till en social-psykologiskt orienterad referensram.

Missbrukaren bör ses som symtombärare av svårigheter som uppstått och utvecklats i ett dynamiskt samspel med bl a andra individer inom hans primärgrupp eller närmaste omgivning. Dessa primära bakomliggande orsakerna till missbruket måste bli identifierade och göras medvetna inte bara för klienten utan också för övriga

gruppmedlemmar. Samspelet med klientens närstående är ofta en nödvändig förutsättning för att kunna klarlägga faktorer som verksamt bidragit till den uppkomna situationen. Det är viktigt att klienten därvid inte utses till "syndabock". Även övriga gruppmedlemmar har del och ansvar i det aktuella skeendet. Bedömningen av missbrukarens situation måste dessutom vidgas till att också omfatta hans villkor och förutsättningar i samhället, hans tillgång till materiella och kulturella resurser etc.

Behovet av att se klienten i ett vidare socialt sammanhang gäller i lika hög grad under det skede då de identifierade svårigheterna skall bearbetas och undanröjas. Bestående effekter av sådana behandlingsinsatser säkras endast i samspel med övriga involverade individer.

Klienterna har regelmässigt en tidigare etablerad kontakt med primärkommunens socialarbetare. Med vårdorganisationens nuvarande uppbyggnad bryts ofta denna kontakt om klientens förhållanden utvecklas på ett sådant sätt att institutionell vård visar sig nödvändig. Det är av behandlingsmässiga skäl angeläget att en väl fungerande relation klient—socialarbetare kan bibehållas i alla faser av problemlösningssprocessen. Det är under alla förhållanden viktigt att kontakten kan återupptas snarast efter genomförd medicinsk avgiftning.

Slutsatser

Vi har genom här redovisade synpunkter velat peka på två problemområden inom vården av alkohol- och narkotikamissbrukare som enligt vår mening kräver särskild uppmärksamhet. Det ena området är resurssplittringen som ter sig svår att motivera utifrån olika missbrukargrupperns reella behov. Det andra problemområdet gäller

Missbrukaren bör ses som symtombärare av svårigheter som uppstått och utvecklats i ett dynamiskt samspel med bl a andra individer inom hans primärgrupp eller närmaste omgivning.

nödvändigheten av att vid de olika faserna i vården säkra kontinuiteten i relationen mellan klient och socialarbetare samt att kunna ge problemlösningen en realistisk anknytning till den sociala miljön.

Kännetecknande för klientens behov i den fas av problemlösningsprocessen som här främst diskuterats är att det krävs insatser som främst förutsätter engagemang från såväl sjukvårdens som socialvårdens sida. Tyngdpunkten i dessa insatser varierar dels med hänsyn till olika individers aktuella behovsbild, dels över tiden i varje enskilt fall.

Såväl socialvården som sjukvården är mitt inne

i en intensiv omdaningsperiod. För socialvårdens del innebär utvecklingen en klar orientering mot service och frivillighet. Inom båda vårdområdena förskjuts också förläggningen av insatserna till den öppna vården. Successivt sker också en uppbyggnad av öppenvårdscentraler (socialcentraler/vårdcentraler) med bred social och medicinsk kompetens. Denna utveckling motiverar att den nuvarande resursuppbyggnaden för vård och behandling av missbrukare av beroendeframkallande medel blir föremål för en kritisk prövning. En prövning som bör ske mot bl a bakgrunden av de principiella krav på individuellt stöd och behandlingsarbete som här kortfattat redovisats.

Vill Ni lära känna Schweiz?

Spital Neumünster, 8125 Zollikerberg/
Zürich.

Vårt sjukhus ligger i vacker omgivning i
utkanten av Zürich.

För vår moderna operationsavdelning
söker vi en

legitimerad narkosköterska
(Anästhesieschwester)

och en

legitimerad sjuksköterska

vilka är intresserade för utbildningen av
narkosköterskor (Anästhesieschwester)
under ledning av våra narkosläkare.

Vi erbjuder Er god lön och nutida sociala
förmåner, personalmatsal, och, om så
önskas, bostad.

**Intresserade sänder ansökan till "Ober-
schwester des Spitals Neumünster, 8125
Zollikerberg/Zürich". Telefon 01/63 77 00.**



Begär vår rekvisitionslista för enklare beställning av
individuella recept- och kvittoblanketter.
Ni får snabb leverans och förstklassigt arbete.

fotoprint

TRYCKERIAKTIEBOLAGET FOTOPRINT
Kungsbacka Telefon 0300/110 00 -1 -2

Leverantör av trycksaker till bl. a. landsting, sjukhus
och privatpraktiserande läkare.