

Behandlingsplanering i alkoholistvården



Lars Bremberg

Människor som demonstrerar allvarligt alkoholmissbruk har alltid en komplicerad bakgrundspromblematik och ådrar sig en komplicerad problematik i nuläget. De måste få hjälp med psykologiska, sociala och medicinska problem. Grundproblemet är dock ett och detsamma: att försöka ändra på en människas beteende och på de faktorer som ligger bakom beteendet. Därför blir den psykoterapeutiska hållningen till behandlingsarbetet väsentlig och de i och för sig oundgängliga åtgärderna av social och medicinsk natur sekundära på så sätt, att de endast utgör förutsättningar för att en behandling skall komma till stånd, eller för att dess resultat inte skall äventyras av yttre omständigheter. De sociala och medicinska åtgärderna är till sin natur manipulativa, vilket inte gör dem mindre värda, men anger deras begränsning i så måtto, att de därmed saknar möjlighet att bidra till en bestående förändring för en människa.

Hur man än vill se det så är det ostridigt att alkoholistbehandling är ett komplicerat åtagande, som kräver samordning av många olika ingredienser.

Ofta föreställer vi oss att man kan skilja på ett naturvetenskapligt och ett humanistiskt sätt att

Alkoholistbehandling tenderar till att bli en massiv och osorterad insats av olika åtgärder, hävdar i denna artikel Lars Bremberg, direktör vid nykterhetsnämnden i Stockholm. Om man i stället gör en redig plan för behandlingen, analyserar de problem som skall angripas och formulerar mål och delmål för vad man skall göra, så får man dels en behövlig disciplinering av arbetet, dels en möjlighet att värdera resultatet och jämföra effektiviteten av olika slags insatser. Förhoppningsvis kommer man då också att finna att alkoholistvård inte alls är så meningslös som ofta påstås.

möta ett problem, ja, att problemen och metoderna kan vara antingen naturvetenskapliga eller humanistiska. Bakom dessa termer döljer sig en rad värderingar. Det naturvetenskapliga står för disciplinerat tänkande, för metodiskt arbete, för användande av mätbara enheter i arbetet, för logik och objektivt verifierbar bevisföring. (Det kan också anses stå för omänsklighet, inskränkt het). Det humanistiska kan beskrivas i honnörsord (mänskligt, varmt, intuitivt, helhetsinriktat) men ur metodsynpunkt blir det ofta det fina tacknamnet för dålig planering, suddigt tänkande, ovilja till resultatredovisning och utvärdering.

Psykoteraپی ses nog vanligtvis som humanistisk och icke naturvetenskaplig. Måste det vara så? Vi har ju ändå fått lära oss att Freud utgick från en biologisk grundsyn. Men mycket av den terapi jag sett är verkligen humanistisk i ordets negativa bemärkelse. Det framstår som viktigt att vara hygglig, att skapa trivsel, att ställa upp som sann fi-

.....
Det humanistiska blir ofta det fina tacknamnet för dålig planering, suddigt tänkande, ovilja till resultatredovisning och utvärdering.
.....

lantrop, att aldrig ge upp hoppet, att inte säga nej. Terapeuter inom alkoholistvård avstår vanligtvis redan från det allra första kriteriet på vetenskaplighet: att arbeta efter en hypotes om orsakerna till det fenomen man vill angripa och om hur det kan påverkas.

Ett osorterat urval av åtgärder

Denna oklarhet från början gör att man tillgriper svångrem-och-hängslemetoden, d v s för säkerhets skull samtidigt utsätter patienten för ett flertal olika terapier, hämtade från olika teoretiska världar, i hopp om att någon skall visa sig bra. Osäkerheten gäller också vilka behandlingsresultat som man eftersträvar eller vilka som är önskvärda eller vilka som är uppnåbara. Och det medför att man inte ens vet när behandlingen lyckas eller misslyckas, när den bör förändras och när den skall avbrytas.

Därför är det typiska för alkoholistvård att man erbjuder ett osorterat urval av behandlingsåtgärder och öser på med resurserna så länge patienten har lust att fortsätta.

Det finns mycket av begåvat, välutbildat och välmenande folk bland alkoholistvårdarna. Men det är sällsynt att de kan klart redovisa resultat av all sin strävan.

Och denna oförmåga är ju självklar: bara om man har en hypotes om vad alkoholism är för någonting och har formulerat mål och delmål för behandlingen, har man någon chans att över huvud taget avläsa om målen uppnåtts, d v s med andra ord om man haft framgång, nått resultat. Observera att man måste ha såväl en hypotes om orsakerna som klart formulerade mål: det räcker inte med endera. Utan hypotesen riskerar man att uppsätta mål som inte är realistiska eller verifierbara. Utan målsättning vet man inte när man är färdig, kan aldrig vetenskapligt utvärdera verksamheten.

Det är ett jättearbete att i detta vårt land med all dess inkrökta puritanism (jag hörde Jan Moltas Eriksson som disk-jockey i ångradion dra en hiskelig besvärjelse om detta, som jag tyvärr inte hann teckna ner!) kring alkoholproblematiken kunna nå fram till ett formulerande av förnuftiga

.....
Därför är det typiska för alkoholistvård att man erbjuder ett osorterat urval av behandlingsåtgärder och öser på med resurserna så länge patienten har lust att fortsätta.
.....

hypoteser om alkoholismens orsaker och hur den kan angripas. Och märk väl: det är inte vad man vanligtvis menar med lekmän som omfattar alla dessa orimliga sjukdomsteorier, utan de återkommer gång på gång hos massmediamedvetna självutnämnda s k alkoholforskare.

Upplysningsarbetet må fortsätta och missionärerna icke förtrötts. Under tiden tycker jag det kan vara fruktbarande att angripa det andra ledet i ekvationen: själva arbetsmetoden — målsättning och utvärdering och vad därtill hör.

Brist på intellektuell disciplin

Nu är det kanske inte särskilt vanligt — jag för min del har aldrig träffat på det — att alkoholistbehandlare klagar över brist på metodik och målsättning. Utomstående, t ex våra finansärer bland politikerna, efterlyser däremot så mycket oftare bevis för att våra metoder leder till resultat. Våra självkritiska klagomål gäller oftare företeelser som dålig samverkan mellan öppen och sluten vård, långa anstaltsvistelser med hospitaliseringsrisker, otillräckliga resurser (mest hos andra, varigenom mina egna fina föresatser ominstetgörs i vaggan), obefintlig eftervård (ett påstående som genom flitigt användande fått den slagordets blankpolerade yta, som endast ständig nötning ger), återfall, bristande motivation hos patienterna, dålig klang hos allmänheten och kolleger inom vårdrkena.

Jag är fullständigt övertygad om att det mesta av orsakerna till dessa klagomål kan återföras till den brist på intellektuell disciplin som vidlåder alkoholistvården. Att vi inte vet vad vi håller på med; inte definierar och analyserar, inte formulerar hypoteser och strategier, inte uppsätter mål och delmål, inte mäter resultat mot målsättningsarna och (om så är erforderligt) går tillbaka och formulerar nya hypoteser.

Det är inte fråga om att göra alla vårdarbetare

.....
Det mesta av orsakerna till detta klagomål kan återföras till den brist på intellektuell disciplin, som vidlåder alkoholistvården.
.....

på detta område till vetenskapsmän — bara att genomföra genomtänkta metoder i arbetet, metoder som kanske är typiska för vetenskapligt arbete men som inte får förbehållas vetenskapen.

Jag vill här nedan beskriva hur man bör kunna lägga upp en strukturerad behandlingsplanering, byggd på de enkla regler som jag antytt ovan. Att börja med att definiera det problem som skall bearbetas: inte nöja sig med att använda den floskulösa pseudotermin "alkoholism", utan att göra en verklig probleminventering. Att göra upp en strategi för vad som kan uppnås och formulera mål och delmål. Att kontinuerligt kontrollera om målen uppnås och vid behov justera behandlingsplanen. Att arbeta efter en tidsplan och veta när man skall sluta och att då värdera resultatet. Gå tillbaka till den litanian av klagomål mot alkoholistvården som jag återgav några stycken här-ovan! Jag vågar påstå att det mesta skulle undanröjas om vi genomgående arbetade metodiskt så som jag här antytt. Ja, t o m resurserna kommer att öka, dels därigenom att vi kommer att utnyttja dem meningsfullt, dels därför att vi ibland inte kommer att utnyttja dem alls, därför att de inte visar sig ha hemorts rätt i behandlingsplanen.

Hur skall nu denna strukturerade behandlingsplanering se ut?

Kartläggning av problem

Den börjar mellan klienten och öppenvårdsassistenten. Under detta första skede skall man dels sträva efter att åtgärda akuta behov av t ex social och medicinsk natur, dels efter att kartlägga vad klienten och assistenten uppfattar som klientens viktigaste problem på olika nivåer: sociala medicinska, medmänskliga, personliga. (En ny slags resurs som kan visa sig nödvändig är ett intagnings- och utredningshem: någon befintlig institution får ombildas till detta.)

Härefter diskuterar man relativt allmänt och översiktligt vad som skulle kunna uppnås i form

av förbättringar i fråga om klientens situation och vilka åtgärder—behandlingsmetoder som skulle kunna vara vettiga att pröva. Kommer man då fram till att slutenvård borde ingå i behandlingen, så kommer nästa skede, där företrädare för slutenvården skall inkopplas. Vistelse på inackorderingshem skall också ses som ett led i behandlingen, inte bara som en boendeform, och personal från inackorderingshemmet skall alltså också involveras i planeringsarbetet. I nästa skede träffas så klienten, öppenvårdsassistenten och institutionsassistenten (eller vem som nu representerar institutionen) för att utarbeta en detaljerad behandlingsplan. Den skall innehålla

- probleminventering för klientens del
- angivande av mål och delmål
- beskrivning av behandlingens olika ingredienser

och syftet med varje insats, vem som skall svara för den, när och var den skall äga rum. Huvudpunkter blir här problemkomplex såsom arbete, bostad, medicinsk vård, institutionsvård, eftervård. De två senare punkterna bedöms då särskilt ta sikte på klientens psykologiska hjälpbehov, hans relationsproblem till familj, arbetsgrupp, andra grupper, och hans inre personliga problem.

Institutionsvården skall i görligaste mån i förväg tidsbestämmas på grundval av vad man vet om patientens problem, resurserna i öppenvården och klientens önskemål (liksom läkares uppfattning).

Eftervården kan inte i detalj beskrivas redan vid behandlingsplanens upprättande. Rimligtvis kommer den att innehålla psykoterapeutiska inslag, men om detta kan vare sig assistenter eller klient uttala sig bestämt innan klienten fått pröva på terapi under institutionsvistelsen.

Under institutionsvistelsen skall öppenvårdsassistenten ha kontakt med sin klient, dels spontant, dels på några i behandlingsplanen fastslagna

.....
Institutionsvården skall i görligaste mån i förväg tidsbestämmas på grundval av vad man vet om patientens problem, resurserna i öppenvården och klientens önskemål.
.....

Behandlingsplanen har formen av ett kontrakt som de tre (ev fler eller färre) parterna undertecknar och förbinder sig att försöka följa.

kontrollstationer, varav en skall ligga någon lämplig tid, 2—4 veckor, före utskrivningen för att kolla upp läget, att eftervården är ordnad och kunna bestämma vilken form av fortsatt stödkontakt klienten önskar och behöver, t ex individuell med sin öppenvårdsassistent eller annan terapeut, tillsammans med sin familj eller gruppterapi.

Behandlingsplanen har formen av ett kontrakt som de tre (ev fler eller färre) parterna undertecknar och förbinder sig att försöka följa. Vill man avvika från planen skall den som så önskar kontakta de övriga undertecknarna för en förnyad sammankomst för att bestämma om ändring. Ändringar skall givetvis kunna ske (en institutionsvistelse förlängas eller förkortas, ändrade önskemål beträffande arbete och bostad kunna tillmötesgå etc) men det skall finnas vettiga skäl härför och man skall komma överens härom.

Jag ser följande fördelar med ovan beskrivna förfarande:

1) En disciplinering av arbetet, där man tvingas att medvetet beskriva vad man sysslar med, vad man syftar till — och därigenom också automatiskt kommer att tvingas utvärdera resultaten: har målen uppnåtts? Alltså: en ökad medvetenhet.

2) En effektivisering av behandlingsarbetet: tidsbegränsning innebär ett krav att uppnå resultat före ett visst datum — och erfarenhetsmässigt är detta en hjälp för att få i gång och fullborda en psykoterapeutisk process.

3) Anstaltsvården kan nedbringas kvantitativt, vilket innebär en minskning av risker för hospitalisering. Vi har hittills kritiklöst tagit för gott att den psykoterapeutiska process vi vill att klienten skall få uppleva (självkänedom, självtillit, motivation etc) i sin helhet måste äga rum på den miljöterapeutiska institutionen. Men detta medför extremt långa vistelser på institution, uppemot ett år, varigenom behandlingen kan motverka sig själv. Om vi har resurser att arbeta så, att vi startar processen i institutionens trygga och samtidigt

intensiva miljö, där skapar en motivation att fortsätta, en känsla hos klienten av att här finns en chans, så bör det vara möjligt att fortsätta processen på hemorten, ev i skyddad miljö på ett inackorderingshem. Detta kräver att öppenvården samverkar och har resurser och vilja att arbeta psykoterapeutiskt.

4) Öppenvården kommer att stimuleras att arbeta psykoterapeutiskt och efter en medveten planering.

5) Klienten kommer att känna tryggheten av en strukturerad tillvaro: han vet t ex hur länge han kommer att vara borta på en institution och vad meningen är med olika åtgärder. Hans familj och arbetsgivare kan lättare inse behandlingens syfte och betydelse och inrätta sig därefter.

6) En intim och genomtänkt samverkan mellan olika vårdorgan, främst öppen och sluten vård, kommer till stånd i dessa ärenden.

BEHANDLINGSPLAN

Undertecknade har vid sammanträde den / 197.. kommit överens om följande behandlingsplan för:

Namn:

Födelsenr:

Adress, telefon:

Beskrivning av viktigare problem:

Mål, resp. delmål för behandlingen:

Sammanfattande beskrivning av planerad behandling:

Detaljerad beskrivning av behandlingens olika delar, syftet med varje enskild åtgärd och det mål man syftar mot, samt när, var och hur och av vem som åtgärden skall vidtagas.

Arbete:

Bostad:

Institutionsvård:

Eftervård:

Kontaktsammanträden för värdering av vad som åstadkommits beslutar vi skall äga rum följande dagar:

Vi förbinder oss att försöka arbeta efter denna plan. Om någon av oss vill ändra något i planen skall han/hon kontakta de övriga och begära ett nytt sammanträde för att komma överens om ändringar. Vi har upprättat denna plan i ex. av vilka vi tagit var sitt samt dessutom lämnat ex. till

Stockholm den / 197....

Anvisningar till "behandlingsplan"

Uttrycket "komma överens" innebär att man skall diskutera sig fram till lösningar eller konstruktiva kompromisser, inte votera fram majoritetsbeslut.

Problembeskrivning: här skall kortfattat anges främst vad klienten själv i ett förtroendefullt samtal anger som sina problem, varvid socialarbetarna med sin erfarenhet säkert kan hjälpa till. Problem kan gälla den materiella situationen: bostad, arbete, ekonomi, utbildning. Problem bör också kunna finnas i klientens relationer till andra människor, ev familj, människor på arbetet, vänner etc. Personligt upplevda problem kan vara allmänna som ångest, oro, bristande självförtroende, de kan vara mer preciserade som sömnlöshet, impotens, fobier, de kan gälla känslor inför olika företeelser, missnöje med sin situation och sin förmåga. Frågor som är viktiga för att få fram problem av detta slag är, vad vill klienten med sitt liv, vilka förhoppningar och drömmar har han, vilka besvikelser? När känner han sig lycklig och uppskattad? Vad upplever han som besvärligt, generande, ångestfyllt?

Detta är viktigt, därför att de materiella problemen ganska lätt låter sig uppfångas och beskrivas. Men om miljöterapeutisk behandling bedöms vara lämplig så måste det finnas definierbara problem av psykologisk art.

Mål: Vad vill klienten uppnå på kort sikt? Vad vill han uppnå på längre sikt? Vad är huvudproblem och vad är mer perifera problem? I vilken ordning skall problemen tacklas, är det kanske så att vissa problem löser sig automatiskt om huvudproblemen klaras av? Vad skall man koncentrera sig på? Vad tror alla tre parterna är möjligt att uppnå och hur lång tid tror man att det kommer att ta? I diskussionen måste man här bedöma olika slag av behandling och åtgärder, ty man är nu inne på

Sammanfattning av behandlingsplanen där man skall ange behandlingskedjan i stort, vilka åtgärder man i huvudsak satsar på, vilken allmän tidsplan man skall arbeta efter och i vilken ordning de olika målen därvid kan uppnås. Detaljerad beskrivning av olika åtgärder: Vad vill man göra,

när skall det göras, var och hur skall det göras, och vem är handläggare?

Arbete: här kommer också omskolning, arbetsvård, vidareutbildning in.

Bostad: här skall också anges om inackorderingshem skall utnyttjas.

Institutionsvård: varför bedömer man sådan angelägen, vilket delmål skall den uppnå? Exakt vilken tid skall den pågå?

Eftervård: förutom vad som här kan vara sagt ovan om arbete och bostad, så skall den fortsatta kontakten med öppenvårdens organ översiktligt anges. Gäller det en klient som icke tidigare haft kontakt med terapi i någon form, torde det vara orimligt att kunna bedöma vilken sort av fortsatt behandling på psykologisk grund som han kan vilja ha och behöva efter institutionsvistelsen. Detta kan bedömas först efter någon tid på institutionen.

Kontaktsammanträden. Skall alltid äga rum i lämplig tid före utskrivning från institutionen. Här skall man diskutera om avsedda mål uppnåtts, om man kan fortsätta enligt planen, om ändringar, tillägg eller strykningar skall ske, om fortsättningen kan anges mer detaljerat.

Förbindelse: detta får ej tas alltför allvarligt, så att planen upplevs som en tvångströja. Det skall vara tre vuxna, likställda människors ömsesidiga kontrakt. I första hand skall klienten själv känna att han kan säga upp kontraktet när han vill och lämna behandlingen. Vill han ha ändringar till stånd måste han sammankalla de övriga. Även socialarbetarna kan givetvis vilja påkalla ändringar eller t o m vilja avbryta behandlingen, och då får de också följa regeln att sammankalla de övriga. Vad man förbinder sig till är alltså inte att slaviskt följa en uppgjord plan, men att ärligt och efter bästa förmåga samverka med de två övriga och inte på egen hand sätta planen ur spel. Men det är ju också fråga om att parterna skall försöka göra sig klart medvetna om vad de vill göra och därmed också känna ett ansvar att tillsammans försöka uppnå de mål som angetts.

Distribution av planen: förutom undertecknarna kan läkare, annan inblandad institution

eller någon anhörig, för att ange några exempel, kunna ha nytta av att få en kopia av planen. De som fått sådan kopia skall i så fall ovillkorligen hållas underrättade om ändringar i planen och andra beslut i anslutning till planen.

Efterskrift

Medan propåer om övergång till olika slags mer psykoterapeutiskt inriktade behandlingsåtgärder

väckt oro och motstånd på sina håll inom nykterhetsvården, så har ovan refererade förslag om behandlingsplanering mötts med vad jag vågar kalla entusiasm. Kanske är det därför att det är fråga om en lättbegriplig och vardagsnära reform. Och att den kan leda till större tillfredsställelse i jobbet, en möjlighet att uppleva sitt yrke som betydelsefullt.

Innan alkoholmissbruket leder till behandling har det pågått i årtal. Hur har det börjat? Vilka blir alkoholister? Hur kan vi hejda missbruket? Hur stämma i bäcken i stället för i ån?

Alkoholfrågan belyser de här problemen.

Prenumerera för 20 kronor på årets nio nummer!
Postgiro 3059-3. Skriv Alkoholfrågan 1972 på talongen!

Alkoholfrågan Tel. 08-67 97 20
CAN Karlavägen 117, 115 26 Stockholm