

Vårdproblem ifråga om kvinnliga alkoholmissbrukare¹

Av direktör Berit Zetterman

Som ett inlägg i debatten om alkoholistvården vill jag komma med en del reflexioner med utgångspunkt från min erfarenhet från den slutna vården.

Sjuk- och mottagningsavdelningen, som har 7 platser, är den enda slutna avdelningen. Statens vårdanstalt å Brotorp har 36 vårdplatser. Övriga 29 platser är uppdelade på tre avdelningar om 9, 16 resp. 4 platser. Vid fördelningen till olika avdelningar får vi tyvärr främst ta hänsyn till kroppskondition (endast en avdelning på nedre botten i huvudbyggnaden), sömnsvårigheter (15 enkelrum, 1 dubbelrum, 4 3-bäddsrum) och liknande. Den stora efterfrågan på platser gör att det är omöjligt att arrangera terapeutiskt verksamma grupper inom avdelningarna. Alla patienter placeras efter avgiftningen i någon form av arbete. Förutom handräkningsarbete inom anstaltens kök, tvätt och trädgård samt städning, finns handarbeten av olika svårighetsgrad, vävning och maskinsömnad. Det låga platsantalet gör större differentiering svår att genomföra. Möjlighet finns att ordna s.k. frigångsarbete eller deltagande i omskolningskurser i Örebro.

Anstaltens sjukvård

Sjukavdelningen förestås av en översköterska. Anstalten har endast tillfälligt beviljats medel till en extra tjänst som hennes avlösare och medhjälpare. De utgör anstaltens enda sjukvårdsutbildade personal. Provinsialläkaren ansvarar för kroppssjukvården, en överläkare från Mellringe sjukhus besöker anstalten c:a en gång per vecka i egenskap av rådgivande psykiater.

Av dessa fakta torde framgå, att anstaltens sjukvårdsresurser ej är jämförbara med ett sjukhus². Speciellt kännbart är detta förhållande för medpatienter och personal, när det gäller de grava s.k. psykopaterna, och för den aktuella patienten själv, när det gäller svårare sjukdomstillstånd. För "psykopaternas" del saknas möjlighet till omplacering. På grund av avvikningstendensen kan vi ibland tvingas ha samma patient flera månader på den lilla slutna avdelningen, något som knappast kan kallas humanitärt vare sig mot henne själv, mot de nyintagna eller mot personalen. För de svårare kroppssjuka blir följden ett förlängt sjukdomsförlopp eller en placering på någon av Örebro läns landstings sjukvårdsinrättningar, med utomlänstaxa som följd. Det har hänt att patienter kommit med svåra, ej färdigbehandlade frakturer, med färskas skullskador, där man ännu kunnat befara dramatiskt efterförlopp. De har nekat intagning på sjukhuset efter omplåstring på olycksfallsavdelningen. Ibland har de omedelbart förts till anstalten — om där funnits plats — ibland har läkarna endast förklarat att patienten fått gå hem på "eget ansvar", utan att anstalt eller nykterhetsnämnd hunnit bli underrättade. Att tala om "eget ansvar" i sådana situationer, när patienten befinner sig i ett akut rustillstånd, är barockt. Med hjälp av vanlig läkarauktoritet skulle dessa patienter ofta ytterst tacksamt stannat på sitt hemortssjukhus, tills de som konvalescenter vårdriktigt kan flyttas över till anstalten.

Största problemet — det heterogena klientelet

Det enda gemensamma för patienterna på Brotorp synes vara könet samt att de inte är absolutister. Graden av alkoholmissbruk varierar betydligt, från

¹ Från Statens Anstalt Brotorp för kvinnliga alkoholmissbrukare.

genomsnitt 75 cl per dag under "perioderna" till en halvflaska vin när tillgången på "knark" minskat. Några klarar inte en enda dag i frihet utan alkohol, andra har långa helt alkoholfria — åtminstone problemfria — perioder. Åldersfördelningen sträcker sig från 21 år till 72 år. Skolutbildningen: från Slagsta till jämförbar med studentexamen. Arbetserfarenhet från dem som aldrig haft ett stadigvarande arbete till dem som haft ordinarie arbete under decennier, t.o.m. chefsbefattningar. Tidigare social anpassning från dem som alltid stått utanför all accepterad social samhörighet till dem som genom föräldrar eller make tillhört socialgrupp 1. Kriminalitet från dem som inte ens har en fylleriförseelse till dem som varit straffade upprepade gånger. De flesta är hemmahörande i storstäder, men några kommer från landsbygden.

Om nu patientsammanfattningen ger en bild av stor heterogenitet är å andra sidan den allmänna uppfattningen om anstaltsklientelet uteslutande ensidig. Detta faktum vållar stora problem. Med anstaltsstämpel blir alla lätt behandlade lika av olika instanser — dessvärre även av socialarbetare och läkare. Det återstår att se om den nya given med behandlingskollegier förmår ändra på detta missförhållande. Tyvärr är den inte helhjärtat genomförd, i och med att personalresurserna ej ökats samtidigt, varför lätt administrationen även på detta område blir ett självändamål.

Individuell behandling

På ett sjukhus är det aldrig fråga om annat än att patienterna skall erhålla individuell vård. Rimligtvis borde förhållandet vara detsamma på en vårdanstalt för alkoholmissbrukare. Efterhand har det emellertid vuxit fram något av en regelmässighet för vården. Patienterna har uppfattat anstaltsvistelsen som ett straff — ur deras synvinkel en naturlig reaktion, då nykterhetsnämnderna kanske hotat med anstalten och då man inte på samma sätt som sjukhusen kunnat uppvisa förbättringar hos de intagna. Så har rättvisekravet fötts. Detta har sedan uppammats av anstaltsorganisationen, utan att man klargjort konsekvenserna. Även om patienterna bör behandlas

lika så långt det är möjligt, måste man i och med att en åtgärd får betydelse för vårdresultatet, göra överväganden med utgångspunkt från patientens individuella förutsättningar. Vissa åtgärder kan av patienterna uppfattas som förmåner, t. ex. en kort vårdtid, arbete utanför anstalten, en speciell förtroendesyssla på anstalten eller en rumsplacering. "När hon får det, varför får inte jag det?" Detta visar att många patienter fortfarande uppfattar vården som ett straff. Den anser sig ha gjort samma "försyndelser" och vill för den skull ha samma "straff".

Försök göres att genom gruppsamtal komma åt dessa problem, och det har kunnat märkas en förändring till en mer vårdvänlig attityd från patienternas sida.

Rehabilitering och arbetsdrift — moderna begrepp inom nykterhetsvården

Helt naturligt är det viktigt att få patienten i gott fysiskt trim och att få henne van vid regelbundet arbete. Flitpenningssystemet är också så konstruerat att det skall sporra till ökad arbetsinsats. Veckoinkomsten räcker till cigaretter, skönhetsmedel och annat livets nödtorft, en tredjedel sparas till startkapital vid hemresan. Tyvärr är det nog främst rökbegäret som stimulerar till arbete under anstaltsvistelsen, liksom behovet av att få tiden att rinna undan. Endast i undantagsfall finns en djupare motivering, eller lyckas en sådan framkallas. Man har satsat på den materiella sidan men glömt den som synes mig viktigare, nämligen den psykologiska och personella. Vid sidan om den kroppsliga träningen behövs en träning att tänka självständigt, att känna på de krav som samhället ställer på medborgarna o.s.v. En patient uttryckte det så: "Samhället har våldfört sig på mig genom att från första stund ta hand om mig och aldrig låta mig ens se en el-räkning." Man kan förstå hennes bitterhet. Efter att ha varit omhändertagen under årtioden med korta olyckliga mellanspel i s.k. frihet, fordras det plötsligt av henne att hon som vuxen skall fungera fullt i enlighet med samhällets regler utan att hon fått någon kännedom om dem. Man bör minnas att det måste finnas något att rehabilitera *till*. Eljest är det

en slags skolning — emotionell och kunskapsmäs-
sig — det gäller att ge vederbörande.

Vilket som vållar de största svårigheterna, att re-
hablitera eller att skola, är omöjligt att generellt ut-
tala sig om. Då det gäller de förra patienterna har
man oftast att göra med människor, vilkas själv-
förtroende fått sig svåra knäckar. De är rädda för
att börja med något. Hos de senare finner man re-
signationen — troftigheten, men en önskan efter
något, som de inte har riktigt klart för sig vad det
är.

Sedan har man också de udda människorna, som
är udda och kanske också *vill* vara udda. Behand-
lingslinjen måste här bli att man får försöka lära
dem att i sin särart acceptera samhället och förstå
dess reaktioner, för att de skall kunna anpassa sin
särart så, att samhället kan acceptera dem. Det
räcker inte med sysselsättningsterapi för att bygga
upp en människas självförtroende, väcka henne ur
hennes resignation eller förändra hennes livsinställ-
ning. Det fordras större medicinska och psykiat-
risk resurser än som för närvarande finns. Det
fordras — ofta intensiv — samtalsterapi av perso-
nal utbildad för ändamålet, och som har tid. Det
fordras arbetsträning, med arbetsledare, som har
möjlighet att ge varje patient tillräckligt med stöd.
Då kanske man kan nå så långt att patienterna kan
göras mogna för försökspermission och med hjälp
av öppenvården klara utslussningen från anstalten.

Bostads- och arbetsplacering

På ett tidigt stadium av vårdperioden får frågorna
om bostad och arbete tas upp. Anstaltsvistelsen har
i allmänhet föregåtts av en social bankrutt som med-
fört förlust av bådadera. Inackorderingshem för
alkoholskadade kvinnor finns endast i Stockholm.
I övrigt är man helt hänvisad till den öppna hyres-
marknaden. Vissa kommuner, främst de större stä-
derna, äger hyresfastigheter, där det någon gång
kan finnas möjlighet att ordna bostad, men oftast
är detta i s.k. rivningskvarter, en allt annat än
lämplig miljö. I stor utsträckning är våra patienter

hänvisade att bo hos bekanta, ofta lika förkomna
som patienterna själva. Så länge som patienterna ej
kan få annat "hem" än anstalten, får man accep-
tera att resultatet av anstaltsvården ofta blir ute-
slutande anstaltsanpassning för de hemlösa.

En del av patienterna kan placeras i omskolnings-
kurser och på så sätt få betyg att visa upp då de
söker arbete. I flertalet fall är detta ej genomför-
bart, varför patienterna står helt utan betygshand-
lingar, då de skall ut i förvärvslivet. Någon gång är
det möjligt att finna en arbetsgivare, som är villig
att satsa på patienten, trots hennes alkoholproblem,
men det är en alltför ovanlig företeelse. I stor ut-
sträckning får det bli tillfällighetsarbeten och låg-
avlönade arbeten, där arbetsgivaren inte frågar ef-
ter rekommendationer. Vore det orimligt att be-
trakta en människa med alkoholproblem på samma
sätt som en människa med en annan sjukdom, som
återkommer i mer eller mindre regelbundna pe-
rioder? Alkoholproblemet är självförvållat, säger
man. Men det kan också andra sjukdomar vara.

Mitt syfte med denna artikel är att redovisa de
resurser Brotorpsanstalten har f.n. och att påpeka
de svårigheter anstalten har att brottas med. Efter-
som en stor del av patienterna utgör gränsfall mel-
lan olika vårdområden, efterlyser jag större sam-
arbetsvilja framförallt i akuta situationer. Anstalten
har inte möjlighet att som sjukhusen stänga avdel-
ningar, när personalsituationen blir ohållbar. An-
staltsorganisationen har inte på kvinnosidan någon
motsvarighet till alkoholistavdelningen på Karsud-
den. Visserligen skall en ny statlig vårdanstalt för
kvinnlige alkoholmissbrukare i höst öppnas i Öre-
bro, men även där synes personaltillgången bli högst
otillfredsställande. Dessutom skall några månader
därefter den erkända vårdanstalten Hagbyhemmet
läggas ned, varför möjligheterna till differentiering
ej kommer att öka i större utsträckning. Alkoholist-
vård kan bedrivas både i sjukvårdens och socialvår-
dens regi. Låt bara inte de statliga anstalterna ta
hand om sjukvårdens kroniker Klientel; det hindrar
oss från att vidareutveckla våra resurser och från
att använda dem rätt.