

Gemensam läkarservice för vårdanstalter för alkoholmissbrukare och mentalsjukhus¹

Organisatoriska och behandlingstekniska synpunkter

Av dr Asbjörn Medhus, Lund

Under senare hälften av 1965 öppnades nya överläkaravdelningar för vård av alkoholskadade psykiskt sjuka vid Falbygdens sjukhus i Falköping, vid Mellringe sjukhus i Örebro och vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Respektive klinikefer ålades dessutom att handha den psykiatriska vården på följande vårdanstalter för alkoholmissbrukare, nämligen Gudhem 7 km från Falköping, Brotorphenmet och den nya anstalten utanför Örebro samt Venngarn 28 km från Uppsala.

Undertecknad som tidigare har varit psykiatrisk konsult vid Gudhem under 3 års tid förordnades såsom vikarie på den nämnda överläkartjänsten vid Falbygdens sjukhus den 1.9 1965 till 28.2 1966 och på överläkartjänsten vid Ulleråkers sjukhus 1.3 till 7.6 1966. På grundval av denna erfarenhet finner jag det riktigt att framföra vissa synpunkter rörande organisationsformen och riktlinjerna för behandlingen.

Alkoholkliniken vid Falbygdens sjukhus har existerat sedan c:a 3 år tillbaka och som egen överläkarenhet sedan 1.9 1965. Överläkaren har en extraläkare till sitt förfogande. Avdelningen är öppen och omfattar 30 manliga platser. Uppagningsområdet omfattar Skaraborgs län. Nästan 90 % av patienterna inkommer med remiss från läkare (enl. § 55) och de övriga med "handlingar" (i regel ansökan II). Vårdtiden har i medeltal varit 3 veckor och intagningsciffran har legat på

något över 30 i månaden. Avdelningen har i regel haft någon eller några få lediga platser för akuta behov. Principen har varit att patienterna vid en börjande alkoholperiod skall in omgående och vid avslutad behandling skall de direkt ut i arbetet igen utan sjukskrivning. Klientelet har socialt sett varit relativt bra, de flesta har således haft arbete och bostad.

Statens vårdanstalt för alkoholmissbrukare å Gudhem omfattar 96 platser fördelade på en sjuk- och intagningsavdelning på 25 sängar, en specialavdelning på 21 ordinarie platser och slutligen 50 platser i öppna paviljonger. Patienterna kommer i regel från storstäderna och är relativt unga, de flesta mellan 25 och 40 år. Praktiskt taget alla är tvångsintagna och i regel svårt alkoholiserade. De flesta har dessutom ett kriminellt förflutet. Förutom direktör, 4 assistenter och heltidsanställd psykolog finns en legitimerad sjuksköterska samt annan personal. Vårdtiden rör sig i genomsnitt om c:a 3 månader men med mycket stora individuella variationer.

Prognosen är visserligen rätt dålig i många fall men för klientelet som helhet är den trots allt långt ifrån hopplös vilket framgår av psykolog Rolf Adrells arbete "Klientel och prognosundersökning vid statlig vårdanstalt för alkoholmissbrukare" (1). 47 av de 229 patienterna (20,5%) hade under observationsåret räknat från första försökspermissionen från Gudhem varken återförts till vårdanstalt för alkoholmissbrukare eller begått några brott.

¹) Från Falbygdens sjukhus i Falköping (sjukhuschef Einar Åseby) och från Ulleråkers sjukhus, Uppsala, (chefsläkare Nils Brage Nordlander).

Genom ett speciellt avtal med Gudhem handhar överläkaren vid alkoholkliniken på Falbygdens sjukhus såväl den psykiatriska som den somatiska vården vid anstalten. Enligt min uppfattning är det synnerligen viktigt att på detta sätt samla all läkarservice "under en hatt". Överläkaren har arbetat c:a 4 timmar dagligen vid anstalten dock inte lördagar och söndagar. Frågan om läkarjour har lösts på det sättet att jourhavande vid Falbygdens sjukhus helt och hållet ansvarar för Gudhem och således reser dit ut vid behov.

Den nuvarande läkarordningen möjliggör en relativt hög medicinsk standard. Överflyttningar till mentalsjukhus förekommer numera sällan. Även delirier kan i större utsträckning än tidigare behandlas på anstalten. Det skall också nämnas att alla patienterna genomgår skärmbildsundersökning och rutinlabprov (bl.a. leverprov).

Den egentliga *alkoholkliniken vid Ulleråkers sjukhus* omfattar f. n. endast 24 manliga platser. Vården där handhas av överläkare och en underläkare. (Dessutom har bitr. överläkaren en sluten avdelning om 29 platser för straffrifyklarade och för alkoholmissbrukare som är i behov av längre tids rehabilitering.) Intagningsområdet omfattar både Uppsala län och Stockholms län men många av alkoholmissbrukarna inom denna region kan beredas vård på andra kliniker. En mycket stor del av patienterna missbrukar även olika typer av läkemedel vilket är relativt sällsynt inom Skaraborgs län. Trycket utifrån på de nämnda 24 akuta platserna är synnerligen stort och intagningsciffran ligger på c:a 40 per månad. Principen har också här varit omedelbar intagning och i regel har vi lyckats undvika väntelistor. Vårdtiden har ändå i vanliga fall kunnat hållas vid c:a 3 veckor men ett stort antal patienter har efter avsevärt kortare tid kunnat utskrivas till olika enskilda vårdhem som vi har haft god kontakt med. Därutöver har en del patienter från Venngarn varit intagna för några dagars vård varom mer senare. Avdelningen är öppen sedan i mitten av april månad 1966 och vi har endast haft positiva erfarenheter av denna miljöförändring. En kraftig förskjutning från intagning med "handlingar" till helt frivillig vård (enl. § 55) har också kunnat genomföras.

Statens vårdanstalt för alkoholmissbrukare å Venngarn har c:a 150 platser, och i denna siffra ingår 25 sängar på sjuk- och intagningsavdelningen samt 27 sängar på sjukavdelning II. De intagna kommer från hela landet dock är Stockholms stad kraftigt överrepresenterad. Patienterna är genomsnittligt något äldre och mera nergångna än vad fallet är på Gudhem. De flesta är tvångsintagna. Av personalen kan nämnas direktör, direktörsassistent, 4 assistenter och en legitimerad sjuksköterska. Psykolog tjänstgör vid anstalten en $\frac{1}{2}$ dag i veckan.

Vårdtidens längd rör sig i vanliga fall om c:a $3\frac{1}{2}$ månad dock med betydande individuella variationer. Prognosen för de flesta förefaller rätt dålig, även om exakta siffror motsvarande dem från Gudhem saknas.

Överläkaren vid alkoholkliniken på Ulleråkers sjukhus arbetar vid vårdanstalten tre eftermiddagar i veckan och efter en speciell överenskommelse handhar han såväl den psykiatriska som den somatiska vården. Dagliga besök vore önskvärda men kan svårigen genomföras med den arbetsbelastning överläkaren har vid sjukhuset.

För att bereda anstalten läkarservice dygnet om fungerar alkoholkliniken som "jouravdelning". Detta innebär att patienterna när som helst vid akuta åkommor tas emot på Ulleråkers sjukhus och får kvarstanna där något eller några dygn för erforderlig utredning och behandling.

Därutöver är alltid en plats på alkoholkliniken reserverad för några få dagars inledande avgiftning av venngarnspatienter. På detta sätt kan nu 50 till 60 kanske 70 av de drygt 500 som per år intages på vårdanstalten få genomgå en relativt noggrann undersökning med bl. a. nödvändiga labprov och lungröntgen vilket annars svårigen kan ordnas för patienterna vid anstalten.

Riktlinjer för den medikamentella behandlingen

Vid Gudhem och Venngarn samt vid alkoholklinikerna å Falbygdens och Ulleråkers sjukhus har patienterna under den akuta avgiftningsfasen (c:a

en vecka) behandlats enligt vanliga riktlinjer. I första hand har tabl. Hemineurin använts och vid parenteral behandling i regel inj. Librium. Vitaminer har givits rutinmässigt. Många patienter har under sin vistelse på alkoholklinikerna fått insulin i små doser 2—3 veckor.

Däremot torde det vara rätt delade meningar om riktlinjerna för den mer långtidsbetonade medikamentella behandlingen av alkoholmissbrukare. Det idealiska skulle givetvis vara att få alla medicinfräa. Emellertid har många av dessa patienter förett olika nervösa symtom sedan mycket lång tid tillbaka och i vissa fall tycks patienterna inte kunna klara sig utan lugnande mediciner. Ofta är återfall i sprit- och tablettmissbruk ett uttryck för att de själva försöker "behandla" sin nervositet med det som hjälper bäst för stunden. Dessa patienter pressar ofta sina läkare hårt för att få t.ex. meprobamat och barbiturica men dessutom så gott som hela registret av nyare korttidsverkande lugnande medel av s. k. "icke barbiturattyp" — som det ibland förtroendeväckande står i rek-lamen. Under senaste åren har det emellertid kommit en serie meddelanden om att även vissa läkemedel av denna senare kategori kan ge tillvänjning (dependence) hos detta speciella klientel. Bl. a. nämner Essig (2) att förutom meprobamat kan glutetimid (Doriden), etklorvynol (Placidyl) och metyprylon (Noludar) samt chlordiazepoxide (Librium) i vissa fall ge klar dependence. Guile (3) skrev 1963 om "rapid habituation to chlordiazepoxide (Librium)". Redan 1961 varnade Teigen (8) vid Statens klinikk for narkomane i Norge för Librium i detta sammanhang. Lingjaerde (5) har beskrivit ett fall av tillvänjning till diazepam (Valium) och enligt hans uppfattning bör man vara återhållsam med detta medel till patienter med benägenhet för missbruk ("addiction prone"). Gunne (4) och Reterstöl (7) finner också att Valium i speciella fall kan ge tillvänjning.

Konsekvenserna av detta måste bli att vid något längre tids behandling bör dessa patienter i första hand få lugnande medel av fentiazin eller fentiazinliknande typ. Vidare kan enligt min uppfattning vissa muskelrelaxerande medel t. ex. karisoprodal (Caprodat, Somadril) och kloromeza-

non (Trancopal) med fördel ges eftersom man där, åtminstone än så länge, inte har kunnat iakttaga någon tillvänjning. På speciella indikationer kan också antidepressiva vara värdefulla. Patienterna är ofta inte riktigt belåtna med de lugnande medel som föreslås ovan eftersom de inte ger någon eufori men efter ett tag accepteras de rätt bra. Vår princip har vidare varit att patienterna skall få sina läkemedel i adekvata doser och om så behövs under lång tid d.v.s. även efter utskrivningen från sjukhus eller vårdanstalt. Det samma gäller Antabus och Dipsan som rätt skötta kan representera ett bra stöd för många.

I vissa situationer hjälper det emellertid inte med t.ex. tabl. Truxal 50 x 3. Gudhem har i detta sammanhang ett mycket speciellt klientel där svåra perioder med oro och aggressivitet förekommer. Under det halvår jag tjänstgjorde där behandlades ett 70-tal patienter under 3—4 veckors tid med fentiaziner eller fentiazinliknande medel i så stora doser att de blev rätt avspända och trötta — dock skulle de vara uppegående. Behandlingsprincipen har använts sedan flera år tillbaka vid vissa avdelningar å Falbygdens sjukhus. Det förvånansvärda på Gudhem var emellertid att en mycket stor del av patienterna behövde så pass stora doser som 1.000—2.000 mg per dos dagligen av t. ex. Truxal, klorpromazin eller Nozitan för att bli någotsånär tillgängliga. Efter behandlingen har patienterna satts på en lämplig underhållsdos och fått börja arbeta igen på anstalten.

I samband med ovannämnda medikationer måste det emellertid påpekas att det ju under den senaste tiden inkommit en del rapporter om att klorpromazin i stora doser under mycket lång tid kan ge abnorm pigmentering bl. a. i hud och ögon. Dessutom kan klorpromazin och även andra fentiaziner ge dyskinesier vid medikation under flera år och i höga doser. Alla dessa komplikationer tycks dock i första hand framträda hos kvinnor (6). Dessa samt tidigare kända komplikationer gör därför att fentiazinerna ingalunda får betraktas som helt ofarliga medel och de får givetvis inte ges på för lösa indikationer.

På Gudhem har atmosfären blivit påtagligt lug-

nare vilket i någon mån torde bero på den medikamentella behandling som har givits. Emellertid måste det poängteras att medicinerna säkerligen inte botar någon men patienterna blir avspända och mera tillgängliga för olika former av psykoterapi. Tyvärr hinner respektive läkare och psykologer icke med annat än enklare former av samtalsbehandling varken på Gudhem eller Venn-garn. Man får dock i detta sammanhang inte glömma assistenternas insatser för patienterna med bl.a. enskilda samtal och grupperapi. En bättre utbyggd eftervård är också en förutsättning för mera påtagliga framgångar för patienterna på lång sikt.

Konklusion

Gemensam läkarservice vid vårdanstalter för alkoholmissbrukare och mentalsjukhus representerar ett utomordentligt viktigt steg framåt för berörda vårdanstalter eftersom de på detta sätt så att säga garanteras kontinuerlig läkarmedverkan. Systemet kan säkerligen utvecklas och förbättras. Även på vissa andra vårdanstalter för alkoholmissbrukare borde en liknande lösning av läkarfrågan kunna prövas.

Om en alkoholmissbrukare efter avgiftningsfasen inte kan klara sig utan lugnande mediciner bör detta enligt min uppfattning accepteras, men i gengäld bör läkaren vara synnerligen restriktiv i sitt medikamentval. Endast medel som vederligt inte kan ge upphov till dependence bör komma i fråga, dock gärna med en hög inledande dos om så behövs. Detta innebär ingalunda att man kan klara sig utan psykoterapi, eftersom patienternas behov av mänsklig kontakt snarare ökar under medikationen.

REFERENSER

1. Adrell, R.: Klientel och prognosundersökning vid statlig vårdanstalt för alkoholmissbrukare. Läkartidningen, 2, 142—150, 1966.
2. Essig, C. F.: Addiction to nonbiturate sedative and tranquilizing drugs. Clin. Pharmacol. Ther., 5, 334—343, 1964.
3. Guile, L. A.: Rapid habituation to chlordiazepoxide (Librium). Med. J. Aust., 2, 56—57, 1963.

4. Gunne, L.-M.: Om tillvänjningsrisken vid medikamentell behandling av alkoholabstinens. Nord. Psyk. Tid., 4, 352—357, 1965.
5. Lingjaerde, O.: Akutt og kronisk overdosering av diazepam (Valium). Nord. Psyk. Tid., 1, 73—78, 1965.
6. Lingjaerde, O.: Irreversible senkomplikasjoner under klorpromazinbehandling. Nord. Med., 4, 80—81, 1965.
7. Retterstøl, N.: Er der tiivenningsfare ved de såkalte "lette ataractia?". T. Norsk Laegefor., 7, 620—622, 1965.
8. Teigen, A.: Narkomaniproblemer. T. Norsk Laegefor., 21, 1375—1378, 1961.

BYGGVIPPAN

för hem och institution

BYGGVIPPAN

för lek och gymnastik

BYGGVIPPAN

för fysik och psykisk träning

BYGGVIPPAN

för nytta och nöje

Pris per st. 10:—
+ oms o. frakt

DATA: Ytbehandlad
furu
Idé och form: Olof
Nola
Mönsterskyddad



NOLA INDUSTRIER

Essingeringen 88, Stockholm Telefon 08/52 33 91, 54 92 00

LEKREDSKAP — LEKSKULPTURER