

D E B A T T

Quo vadis, finländska missbrukarvård?

Den exceptionellt djupa och långvariga lågkonjunkturen har tvingat fram sparbeslut som försatt hela den finländska vården av missbrukare i gungning. Nedskärningarna har bl.a. lett till att utbudet av olika vårdformer minskat, samtidigt som det börjat ske en allt strängare sortering av klientmaterialet.

Jag har som underlag för den här artikeln använt kommunala årsberättelser, den registrering av samtliga rusmedelsfall som social- och hälso styrelsen lät utföra under ett dygn år 1991, olika specialuppgifter insamlade inom missbrukarvården samt diverse tryckta källor.

Nedskärningarna inom missbrukarvården

I medlet av 1980-talet hade Finland det kanske mest utbyggda nätet av specialiserade vårdalternativ för missbrukare, i relation såväl till befolkningen som till de faktiska alkoholskadorna (Klingemann et al. 1992). År 1991 fick emellertid ännu ungefär hälften av klienterna sin vård inom den allmänna social- och hälsovården, dvs. vid socialbyråer och inom ramen för den kommunala hälsovården. Inemot hälften av missbrukarna var fortfarande hänvisade till anstaltsvård (Nuorvala

& Lehto 1992).

I början av 1990-talet gjorde man emellertid kraftiga nedskärningar inom behandlingssektorn. Mellan 1991 och 1993 skar man ner de löpande utgifter som uttryckligen var avsedda för vård av personer med alkoholproblem med ungefär 11 %. Klienterna inom öppenvården minskade under samma tid med drygt 10 %, medan antalet polikliniska vårdbesök ökade med c. 15 % (se Lehto 1995).

Samtidigt gjorde man inbesparingar också inom anstaltsrehabiliteringen. Under perioden 1989-93 minskade vårdplatserna med c. 36 %, medan klienterna minskade med 26 %, och det sammanlagda antalet vård dagar under ett år sjönk med ungefär hälften. Finland har av tradition haft ett relativt väl utvecklat nät av anstaltsboende för personer med alkoholproblem. Under 1990-talets första år utökade man därtill ytterligare antalet boendeplatser med ungefär en tredjedel, medan antalet övernattningsförordningar fördubblades — trots att antalet boende sedan slutet av 1980-talet hade minskat med c. 5 % (Kaukonen 1995).

Ökad marginalisering och privatisering av alkoholskadorna

Ett av de viktigaste argumenten bakom de besparingsåtgärder som drabbat missbrukarvården har varit att man bör förbättra de offentliga tjänsternas kostnadseffektivitet. Och visst har effektiviteten ökat inom öppenvården, där en allt fåtaligare personal sköter klienter som befinner sig i allt

sämre skick. När kommunerna sparar in på anstaltsrehabiliteringen blir man tvungen att betydligt intensivare än förut stöda klienterna inom öppenvården.

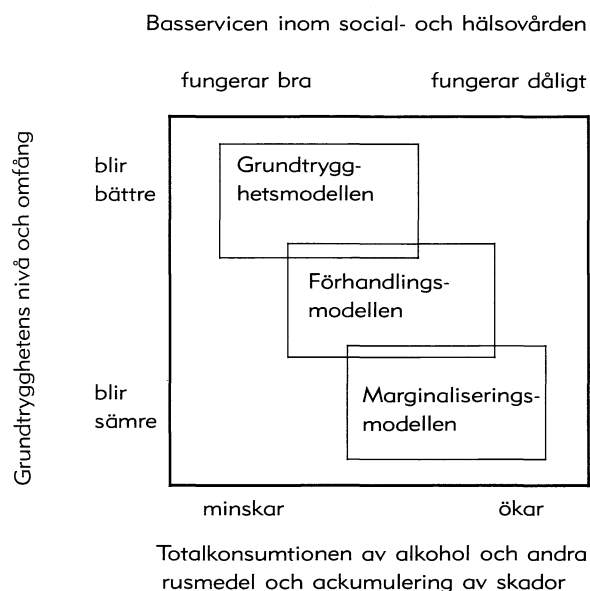
På anstaltssidan har sparåtgärderna däremot, paradoxalt nog, lett till ineffektivitet (se Lehto 1995). Det här på grund av att nästan varannan anstaltsplats redan år 1993 var obesatt året om — beläggningen på rehabiliteringsanstalterna var nämligen i genomsnitt 52 % (Kaukonen 1994). De genomsnittliga vårdtiderna när det gäller anstaltsvård av missbrukare har förkortats, en tendens som visserligen kunnat skönjas redan under en längre tid. Över hälften av klienterna stannar kvar högst två veckor per gång.

Typiskt för klienterna inom missbrukarvården har alltid varit att de är socialt missgynnade, och att det ingår ett starkt element av behovsprövning inom behandlingssektorn. Missbruksproblemen är ofta svårast bland dem som också i övrigt har det svårast.

I ett läge där arbetslösheten är ovanligt hög löper den som har alkoholproblem en flera gånger större risk att bli utan arbete: år 1993 var varannan ny klient inom öppenvården arbetslös. Det här sammanhänger med att klienter med rusmedelsproblem i genomsnitt har en svag ställning på arbetsmarknaden. Tjänstemännens andel av klienterna är allt mindre, och uppgår i dag till c. 10 %. Hälften är löntagare, medan pensionärernas andel redan uppgår till en tredjedel. Också bostadslösheten är betydande: år 1991 saknade ungefär en femtedel av anstaltsklienterna bostad, medan motsvarande siffra bland samtliga klienter inom missbrukarvården var 15 %.

Det har av tradition alltid varit missbrukarna som tydligast blivit föremål för olika former av specialåtgärder, eftersom preventionen alltid spelat en mer undanskymd roll inom finländsk missbrukarvård. I dag, med en allt strängare behovsprövning, förefaller det uppenbart att man i de vårdenheter som återstår erbjuder vård, stöd och rehabilitering åt allt färre, men samtidigt alltmer missgynnade klienter. Och eftersom antalet klienter samtidigt har sjunkit, både inom anstalts- och öppenvården, är det sannolikt att en del av klienterna blir helt utan den hjälp och det stöd de skulle behöva.

Figur 1. Situationen inom missbrukarvården; olika utvecklingsalternativ



Olika sätt att utveckla missbrukarvården

Ser man på missbrukarvårdens olika utvecklingsmöjligheter begränsas de inte enbart av kommunernas ekonomi, utan också av faktorer som den allmänna grundtrygghetsnivå, trender i konsumtionen av alkohol och andra rusmedel, och av det sätt på vilket olika missbruksrelaterade skador har en tendens att ackumuleras. Med dessa faktorer som utgångspunkt har jag i figur 1 försökt skapa en modell som beskriver de alternativ som föreligger när det gäller vård av missbrukare.

Vi kan, på basen av de uppgifter vi i dag har tillgång till, i viss mån beskriva situationen och utvecklingstendenserna ifråga om de olika randvillkoren:

1. Under perioden 1990-94 sjönk totalkonsumtionen av alkohol i Finland betydligt (14 %), i takt med att den allmänna konsumtionsnivån sjönk. Det här påverkade antagligen också storkonsumenternas alkoholvanor, men däremot inte med nödvändighet de egentliga missbrukarnas dryckesmönster. I början av år 1995 ökade emellertid den registrerade alkoholkonsumtionen såpass snabbt (5,4 %) att rekordnivån från 1990 kommer att uppnås inom tre år, ifall takten fortsätter

som hittills. Därtill kommer att den icke-registtrade alkoholkonsumtionen (hemmatillverkning, turistsprit och olaglig införsel av alkohol) under 1990-talet klart har ökat (Österberg 1995). Detsamma gäller blandbruket av alkohol och läkemedel, något som också har en tendens att drabba de redan från förut mest missgynnade klientkategorierna.

Samtidigt har alkohollagstiftningen i början av det gångna året anpassats till konkurrenslagstiftningen inom EU, vilket gör att staten i dagens läge har få möjligheter att reglera totalkonsumtionen.

2. Klienternas materiella grundtrygghet har försämrats som en följd av det försämrade socialskyddet — en utveckling som uppenbarligen kommer att fortgå, åtminstone att döma av den nuvarande regeringens program. Det är därför under nuvarande omständigheter svårt att förbättra socialskyddets omfattning och nivå. Bostadslösheten minskade något i början av 1990-talet, men man räknar med att situationen igen skall bli sämre. Den sociala bostadsproduktionen har avstannat, samtidigt som den nya hyreslagen gör det lättare än tidigare att säga upp och vräka hyresgäster. Handeln med gamla lägenheter har också blivit klart livligare. Arbetslösheten har dessutom visat sig segare än väntat, speciellt när det gäller den lågutbildade arbetskraften.

3. De besparingar som gjorts när det gäller personal- och driftsutgifter har redan försämrat basservicen inom social- och hälsovården. Genom att den höga arbetslösheten skapat ett allt större behov av utkomststöd har det, framför allt inom den kommunala socialvården, uppstått köer som kan vara till och med flera veckor långa. När det gäller primärhälsovården har situationen såtillvida förbättrats, att samtliga nu befintliga tjänster är besatta. Samtidigt har arbetsmängden emellertid kännbart ökat, i och med att besparingarna i första hand drabbat specialistsjukvården, vilket inneburit att patienter i ett allt sämre skick flyttats över härifrån till primärhälsovården.

Vill man inom öppenvården fördjupa sig i vården av missbrukare förutsätter det att man också har tillräckligt med tid till sitt förfogande. Har man inte det, finns det risk för att man liberaliserar praxis när det gäller förskrivning av lugnande mediciner. Det här innebär i sin tur att den offentliga sjukvården medverkar till att utöka problemen med blandmissbruk. Missbrukarna besöker

ju rätt ofta läkarmottagningarna som poliklinikpatienter.

Det är självfallet möjligt att utveckla vården av missbrukare enligt flera olika huvudprinciper. Det är också klart att det sätt på vilket man organiserar servicen nödvändigtvis inte är det avgörande när det gäller vårdens effektivitet — men å andra sidan är det lika uppenbart att det faktum att missbrukarvården är åtskild från den övriga social- och hälsovården i sig också har skapat problem. Det centrala är innehållet i det stöd man ger och att stödet är både kontinuerligt och tillräckligt. De tre grundmodeller som finns återgivna i figur 1 är alltså inte varandra uteslutande.

“Marginaliseringsmodellen”

På basen av det vi i dag vet ser framtidsutsikterna när det gäller vården av missbrukare inte speciellt uppmuntrande ut. Ifall ingenting görs är det uppenbart att såväl missbrukarvården som dess klienter, i takt med den allt hårdare kampen om välfärden, drivs allt längre ut i marginalen.

Det här är nämligen, såvitt vi vet, facit från början av 1990-talet: man har i stor utsträckning övergivit den preventiva vården, den aktiva rehabiliteringen har skurits ned och kommunerna har i första hand satsat på mer sekundära stödformer.

“Grundtrygghetsmodellen”

Från slutet av 1980-talet har man rationaliserat social- och hälsovården genom att slå ihop och områdesdefiniera olika verksamheter. I princip skulle det vara helt möjligt att mer än tidigare sköta vården av missbrukare på ett mer flexibelt sätt: de arbetsteam inom social- och hälsovården som i dag är uppbyggda med område och befolkningsansvar som utgångspunkt skulle antagligen utmärkt väl kunna ta över en del av de arbetsuppgifter som nu sköts inom specialistsjukvården (missbrukarvård, psykosocialt stöd för barn och ungdomar etc.).

Det vore motiverat att poängtera behovet av en tillräcklig grundtrygghet, eftersom det som känt är relativt sällan man lyckas “bota” klienter med missbruksproblem. Det handlar snarare om att på ett optimalt sätt kunna erbjuda den form av stöd

dessa klienter antingen kontinuerligt eller med jämna mellanrum är i behov av. Det kommunala primärhälsovårdssystemet har både av funktionsmässiga och ekonomiska orsaker ett naturligt intresse av att upprätthålla stödformer som är av kontinuerlig natur; missbrukarna skulle därigenom bättre än tidigare hållas kvar inom det allmänna stödnätet — vartill kommer att kommunerna ändå i sista hand får stå för de kostnader missbruket ger upphov till. Man har nämligen ofta gjort den erfarenheten att ett alltför hierarkiskt uppbyggt system av specialsjukvårdstjänster innebär att de klienter som har det svårast kommer i läm, i förhållande till såväl stödformerna som systemet med olika förmåner.

“Förhandlingsmodellen”

Olika privata organisationer och stiftelser står för ungefär en femtedel av tjänsteproduktionen inom öppenvården, en tredjedel av tjänsterna när det gäller anstaltsrehabilitering och uppskattningsvis hälften av anstaltsboendet. Kommunerna köper sedan av dessa tjänster på avtalsbasis. Det här förutsätter ständiga förhandlingar om både mängd och priser. Den här förhandlingsmodellen torde vara etablerad praxis inom en stor del av missbrukarvården. Den avtalsenliga produktionen av tjänster har ju också vunnit insteg när det gäller övrig kommunal service, eftersom man också inom den kommunala förvaltningen numera koncentrerar sig på att övervaka relativt självständiga enheter med resultatansvar.

Mot en mer klientorienterad missbrukarvård?

Det förefaller som om man inom vissa kommuner redan skulle ha skurit ner missbrukarvården i såpass stor omfattning att man delvis blir tvungen att bygga upp den på nytt. Man borde inte heller betrakta de olika formerna av missbrukarvård enbart som komplement till den vanliga social- och hälsovården, utan i allt högre grad se dem som en form av basservice för personer med alkoholproblem. Allt färre lyckas få vård, men det stöd man

får blir desto viktigare för att man skall klara sig — ja, rentav hållas vid liv. I efterdyningarna av sparbesluten skulle det vara allt skäl att fösta större uppmärksamhet vid principerna för hur olika former av stöd fördelas.

Den administrativa eller professionella rationaliteten producerar inte alltid med nödvändighet den bästa, eller ens mest kostnadseffektiva vården av missbrukare. Eftersom det också i övrigt blir allt vanligare att man inom social- och hälsovården producerar tjänster på avtalsbasis, skulle det vara förnuftigt att betrakta också klienten som en avtalspart, speciellt när det gäller hans eller hennes svårigheter med att hantera sitt liv. Han eller hon är ju i alla händelser en part i vårdprocessen.

Den egentliga konsumtionstanken fungerar i allmänhet dåligt på socialmarknaden — och speciellt illa inom missbrukarvården (Gilbert 1984). Klienternas valmöjligheter är i praktiken mycket få. Det skulle emellertid vara meningsfullt, också ur ekonomisk synvinkel, att mer än tidigare förstärka klienternas ställning i förhandlingsprocessen.

Inom den individinriktade missbrukarvården borde man sträva efter att minska missbrukets omfattning och att mildra de sociala och ekonomiska skador missbruket ger upphov till, så att klientens trygghet och funktionsförmåga förbättras. Den administrativa och professionella kunskapen borde kompletteras med den kunskap klienten har, utgående från sina egna erfarenheter (jfr Giddens 1994). Klienten handlar ju under alla omständigheter utgående från de betydelsestrukturer han eller hon har internaliserat.

Även om den avtalsenliga produktionen av tjänster inom social- och hälsovården ökar borde det inte få innebära en försvagning av det kollektiva ansvaret och en privatisering av missbruksriskerna. Kommunernas representanter borde därför, när man i fortsättningen förhandlar om hur den individinriktade missbrukarvården skall organiseras, i sina beslut fösta större uppmärksamhet vid vårdens kontinuitet — och inte idka handel med enskilda rehabiliteringsprogram.

Olavi Kaukonen

Översättning: Thomas Rosenberg

REFERENSER

- Giddens, Anthony: *Living in a Post-Traditional Society*, 56-109. I: Beck, Ulrich & Giddens, Anthony & Lash, Scott: *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Polity Press, Cambridge 1994
- Gilbert, Neil: *Welfare for Profit. Moral, Empirical and Theoretical Perspectives*. *Journal of Social Policy* 13 (1984): 1, 63-74
- Kaukonen, Olavi: *Sosiaaliseen päihdehuoltoon (En mer socialt inriktad missbrukarvård)*. STAKES, rapportteja 137. Gummerus, Jyväskylä 1994
- Kaukonen, Olavi: *Leikatut päihdepalvelut — kuntoutukselta pysyviin huoltosuhteisiin (Nedskärningar inom missbrukarvården — från rehabilitering till bestående vårdförhållanden)*. I: Uusitalo, Hannu & Konttinen, Mauno & Staff, Mikko (eds.): *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus (En översikt av servicetjänsterna inom social- och hälsovården)*. STAKES, rapportteja 173. Gummerus, Jyväskylä 1995
- Klingemann, Harald & Takala, Jukka-Pekka & Hunt, Geoffrey (eds.): *Cure, Care or Control? Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. State University of New York press, Albany 1992
- Lehto, Juhani: *Kunnallisten sosiaali- ja terveystalvelujen muutossuunta 1990-luvun alun talouskriisin aikana (Trender inom den kommunala social- och hälsovården under den ekonomiska krisen i början av 1990-talet)*. I: Hänninen, Sakari & Iivari, Juhani & Lehto, Juhani: *Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa? (Behärskad strukturuomvandling inom social- och hälsovården?)*. STAKES, rapportteja 182. Gummerus, Helsinki 1995
- Nuorvala, Yrjö & Lehto, Juhani: *Päihdetapauslaskenta vuonna 1991 (Statistikföring av berusningsfall år 1991)*. *Alkoholipoliittikka* 57 (1992): 4, 264-269
- Österberg, Esa: *Unrecorded Alcohol Consumption in Finland in the Beginning of the 1990's*. Opublicerat föredrag på Kettil Bruun Societys alkoholepidemiologiska symposium. Porto, Portugal, juni 1995.