

Beroendevård i socialtjänst och sjukvård

En svensk modell
att utmana

ANDERS HÅKANSSON, docent, leg läkare, avdelningen för psykiatri, institutionen för kliniska vetenskaper Lund, Lunds universitet; Beroendecentrum Malmö anders_c.hakansson@med.lu.se

I detta nummer av Läkartidningen publicerar Claudia Fahlke och Sven G Carlsson sin studie om hur olika professioner i missbruks- och beroendevården ser på sina egna och varandras roller. Studien ger stöd för att olika yrkeskategorier som arbetar nära patienter med missbruk/beroende har olika föreställningar om sjukdomens orsaker och inom vilken disciplin forskningens fokus bör ligga. Resultaten är tankeväckande.

Sverige har en beroendevård med ett delat huvudmannaskap mellan kommunal socialtjänst och landstingsledd sjukvård. Modellen innebär en traditionellt stark ställning för socialtjänsten på området. Många svenskar med beroendediagnos får sin behandling hos vårdgivare som socialtjänsten har valt ut och betalt.

Ett vanligt scenario på många håll är att patienter i sjukvården som upptäcks ha missbruksproblem hänvisas från sjukvården till den kommunala socialtjänsten för att få behandling för missbruket, inte sällan för att en tänkt annan insats i sjukvården sedan ska kunna äga rum. Detta sagt utan värdering – uppdelningen av huvudmannaskapet för den här vården ser ut så.

Missbruksutredningen följdes inte

Den statliga Missbruksutredningen [1] föreslog att huvudansvaret för beroendevården skulle placeras i sjukvården, medan socialtjänsten enligt det här förslaget skulle behålla ansvaret för boende, försörjningsstöd och andra sociala insatser.

Tanken är intressant men anammades inte i de politiska beslut som följde. Förvisso betonades samarbetet mellan socialtjänst och sjukvård, men en betydande del av behandling och val av behandlingsmetod, liksom handläggning av tvångslagstiftningen på beroende-

området, ligger kvar hos socialtjänsten och inte hos den sjukvård som handlägger och behandlar andra sjukdomstillstånd.

I Claudia Fahlkes och Sven G Carlssons studie uttryckte läkare och socialsekreterare båda ett behov av ökad inbördes samverkan. Kanske visar detta just komplexiteten i beroendetilståndet; hos många patienter är det psykologiska eller medicinska behandlingsutfallet helt beroende av att patienten också får hjälp med sin sociala situation. Samtidigt gör den höga graden av psykiatrisk och somatisk samsjuklighet ofta att socialtjänstens insatser är uppenbart otillräckliga för att råda bot på hela problembilden, där medicinsk utredning blir nödvändig.

I Missbruksutredningens anda [1] kan detta tolkas så att det som socialtjänsten gör och det som sjukvården gör allra bäst skulle samordnas inom en och samma huvudman.

Ovanlig konstruktion

Uppdelningen av huvudmannaskapet enligt svensk modell är ovanlig. Missbruksutredningen beskrev den svenska särställningen här; förvisso har Danmark en speciell modell där kommunen har hela ansvaret för beroendevården [1], men i de flesta jämförbara länder har sjukvården huvudansvaret för vård och behandling av beroendesjukdomar.

Konstruktionen är också mycket ovanlig jämfört med andra sjukdomsområden i Sverige.

Konkreta exempel kan exemplifiera hur huvudmannaskapet skiljer ut beroendevården från all annan vård. En patient med ett avancerat alkoholberoende har biologiskt betingad toleransökning och svåra och medicinskt riskabla abstinenssymtom; hjärnan är biologiskt anpassad till daglig tillförsel av alkohol och utvecklar sjukdomssymtom vid nykterhet. Svårt begär efter alkohol är en central del av tillståndet. Mycket ofta föreligger derangerade laboratorievärden och medicinska komplikationer att bedöma och behandla.

När då tillståndet når en sådan svårighetsgrad att en behandlingshemsvis-



Illustration: Colourbox

Samarbete och samverkan, där läkare, psykologer och socionomer möts under ett och samma tak – med samma chefer, lagar och pengapåse – skulle kunna ge bättre vård och behandling i svensk beroendevård.

telse behövs är det inte den medicinska vårdapparaten som beslutar om detta ska ske eller med vilken behandlingsmetodik.

Detsamma gäller en patient som efter lång tids amfetamin-, kokain- eller cannabisanvändning utvecklar en psykiatrisk symtombild och ett uttalat drogsug i frånvaro av drogen, förknippat med hög risk att återgå till missbruket. När behandlingen utformas och finansieras är det kommunal socialtjänst som har ansvaret.

Lagstiftningen – en risk för patienten

Detsamma gäller utformningen av tvångsvård för personer med alkohol-, läkemedels- eller narkotikaberoende som på grund av tillståndets svårighetsgrad inte förmår ta emot erbjudna frivilliga behandlingsinsatser och som löper hög risk att avlida eller ådra sig ytterligare somatiska eller psykiatriska sjukdomstillstånd.

Även här ligger ansvaret utanför sjukvården. När en person med schizofreni eller depression med suicidrisk måste tvångsvårdas av samhället beslutas och genomförs tvångsvården inom ramen för den medicinska sjukvården enligt

SAMMANFATTAT

Vård av beroende kan kräva medicinsk, psykologisk och social expertis – och gynnas av samverkan.

Socialtjänstens tunga roll i utredning och behandling är unik för beroendevården.

Samlat ansvar i sjukvården för utredning och behandling kan övervägas.

Vård av psykiatrisk och somatisk samsjuklighet gynnas av ett sammanhållet ansvar i sjukvården.

lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och genom sk tvålåkarbedömning.

Om orsaken till tvångsvård i stället är ett alkohol- eller heroinberoende som leder till svåra organskador, förgiftningstillstånd och risk för död beslutas tvångsvården (enligt lagen om vård av missbrukare, LVM) i förvaltningsdomstol efter utredning från socialtjänsten och ansökan från kommunens socialnämnd.

Det är en lagstiftningsfråga att det ser ut på det här sättet, men kontrasten mot andra sjukdomstillstånd är slående. Läkare beskriver i intyg varför leverpåverkan motiverar tvångsvård av alkoholberoende eller varför överdoser och psykostillstånd motiverar tvångsvård av narkotikaberoende, men de beslutar inte att den tvångsvården ska ske eller vad den ska innehålla.

Uppdelningen i olika lagrum och olika huvudmän kan än i dag ta sig närmast absurda uttryck. Om en patients opiatberoende är så svårt att tvångsvård enligt LVM behövs, får läkemedelsassisterad behandling (LARO), dvs sk underhållsbehandling med metadon eller buprenorfin, inte ges under tvångsvården. Denna underhållsbehandling är den enda behandling som har evidens vid det tillstånd som ska behandlas, men om tillståndet är så svårt att tvångsvård krävs måste behandlingen vara en annan!

Det mötet mellan olika lagrum och olika huvudmän kan inte utgöra något annat än en risk för patienten.

Yrkeskategorier behöver varandra

Det råder ingen tvekan om att de yrkeskategorier (läkare, psykologer och socionomer) som Claudia Fahlke och Sven G Carlsson beskriver behövs i beroendevården, och det är uppenbart att samverkan mellan dessa yrkeskategorier behövs.

Samtidigt ligger det nära till hands att tänka att dessa professioner skulle ha bättre samverkansmöjligheter om de alla tre hade samma chefer och befann sig under samma lagar och med samma

pengapåse. Annars riskerar man att permanentas i den historiskt vanliga situationen i beroendevården där var och en kan göra sin insats endast efter det att någon annan har gjort sin del.

Typexemplet på samverkansbehov är patienter med svår samsjuklighet med beroendetillstånd och psykisk ohälsa. Förvisso är behandling av dubbla diagnoser svår att studera, men den vetenskapliga litteratur som finns [2], såväl som Socialstyrelsens nationella riktlinjer [3], säger att behandling av patienter med både missbruk/beroende och psykisk ohälsa ska ske samtidigt och i ytterst nära samverkan, inte den ena delen först och den andra sedan. Då slutar det alltför ofta med att ingen behandling kan komma till stånd för något av tillstånden.

Läkare, psykologer och socionomer har alla en central roll i en välfungerande och evidensbaserad beroendevård. Sjukvårdens råd och behandlingar kommer sällan att nå resultat så länge den sociala situationen vidmakthåller beroendet. Att beroende är en sjukdom förminskar inte behovet av socialtjänstens insatser. Socionomers kompetens och rutin är ovärderliga faktorer i planeringen, genomförandet och vidmakthållandet av en psykologisk eller medicinsk beroendebehandling. Med eller utan en förändring i huvudmannafrågan är en tät samverkan avgörande för en lyckad beroendevård.

Att insatserna från social, psykologisk och medicinsk kompetens är samkörda är guld värt för patienten.

Under samma tak – och huvudman

Beroende är en av hjärnans sjukdomar. Det är ett av de psykiatriska sjukdomstillstånd där vi vet relativt mycket om de neurobiologiska mekanismerna – vi vet inte allt, men forskningen har lagt ett stort antal bitar i pusslet om vad som händer i den hjärna som blir beroende.

Det finns en biologisk substans som tillförs hjärnan – en drog – som påverkar hjärnans fysiologiska funktion, och det finns observerbara biologiska för-

ändringsprocesser som korrelerar med beroende. Likaså finns en vulnerabilitet – de flesta av oss dricker alkohol men merparten blir inte beroende. Det är välkänt att en betydande del av denna känslighet – om än inte hela – är biologisk och nedärvd.

Utan tvekan är beroende ett biologiskt sjukdomstillstånd som i många fall – i högre eller lägre grad – är behandlingsbart, med psykologiska eller medicinska behandlingar.

Det gynnar ingen att varje yrkeskategori i beroendevården bara försvarar sin roll. Socionomer, psykologer och medicinsk personal kan gemensamt göra mycket för en patient med missbruk eller beroende. Men frågan är om de inte skulle göra det bättre om de befann sig under samma tak och deras insatser kunde koordineras av en huvudman.

En svensk sjukvårdspolitik som vill prioritera beroendevården och de substansberoende patienterna kan inte ducka för den frågan.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. SOU 2011:35. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
2. Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31:513-36.
3. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015. Artikelnr 2015-4-2.

■ SUMMARY

Addiction treatment often requires medical, psychosocial and social expertise – and benefits from collaboration. The pronounced role of social authorities in evaluation and treatment is unique to the addiction field. Unified responsibility for evaluation and treatment of addiction is under consideration. Treatment of psychiatric and physical co-morbidity benefits from a unified responsibility within the hospital system.