

en kognitiv feil (Davidson 1985). Ved rusmiddel-avhengighet er denne kognitive feilen relatert til rusmidler.

Einar Ødegård

REFERANSER

- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars: Beroende eller kontroll — en granskning av två perspektiv. *Alkoholpolitik — Tidsskrift för nordisk alkoholforskning* 2(1985): 2, 61-68
- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars: Om att tappa kontrol-

- len över begrepp — ett svar till Fanny Duckert. *Alkoholpolitik — Tidsskrift för nordisk alkoholforskning* 2(1985): 4, 210-213,
- Bergmark, Anders & Oscarsson, Lars: The Concept of Control and Alcoholism. *British Journal of Addiction* 82(1987): 11, 1203-1212
- Davidson, D.: *Essays on Actions & Events*. Clarendon Press, Oxford 1980
- Davidson, D.: *Deception and division. The multiple self*. Cambridge University Press, Cambridge 1985
- Madsen, K.: Om avhengighet, rus og personlig identitet. *Nordisk Alkoholtidskrift* 9(1992): 1, 3-16
- Pedersen, W.: Forfattere på fylla. *Nordisk Alkoholtidskrift* 8(1991): 6, 331-341
- Peirce, C.S.: *Collected Papers*. Vol.4, § 537, Harvard University Press, Cambridge, Mass 1933.

Krisen och missbrukarvården

Den ekonomiska krisen präglar Finland idag. I den offentliga sektorn dras svångremmen åt på sådana områden där de flesta känner av det: inom skolväsendet, hälsovården och socialvården. Sparkraven sammanfaller med ett ideologiskt uppsving för marknadskrafternas förespråkare, en trend som får kraftig skjuts av EG-orienteringen.

I mitten av april publicerade det finska Centralförbundet för socialskydd en s.k. socialbarometer, där man konstaterar att nedskärningarna i första hand drabbat de sämst ställda; de resurssvagaste, som behöver många olika slag av stöd. Till dem hör sjuka, multiproblemfamiljer, otrygga barn och ungdomar, åldringar, handikappade — och missbrukarna.

NAT har fått en intervju med docent Lasse Murto, chef för A-klinikstiftelsen. A-klinikstiftelsen är en organisation som erbjuder såväl öppenvårdstjänster för missbrukare som ungdomsstationer och akutvårdsstationer för missbrukare för ett

hundratal kommuner runt om i Finland. Vid sidan av A-klinikstiftelsens enheter finns det i Finland dessutom ett nät av kommunala A-kliniker.

Hur märks krisen inom missbrukarvården, där den potentiellt drabbade har svårt att göra sin röst hörd i debatten?

Lasse Murto: Just nu är jag strängt upptagen med att resa runt i kommunerna och göra upp nya avtal mellan kommunerna och A-klinikerna. De nya avtalen får en form som är förmånligare för kommunerna: tidigare utgick man ifrån att riskerna delades mellan A-kliniken och kommunen. Nu får serviceproducenten ta lejonparten av risken. Om kommunens pengar tar slut mitt under verksamhetsåret, är det serviceproducentens problem.

NAT: Hur vill du beskriva den nuvarande situationen inom missbrukarvården i Finland?

L.M.: För tillfället ser det ut som om det kommer att ske konkreta nedskärningar inom institutionsvården. Redan i år kommer med stor sannolikhet ett par institutioner att läggas ner. Dessa nedskärningar sker i en situation när vissa av landets behandlingshem har en mycket låg utnyttjandenivå, vilket i sin tur orsakats av att kommunerna använ-

der deras tjänster mindre än tidigare. Man har hamnat in i en ond cirkel: kommunerna sparar pengar genom att ge färre betalningsförbindelser till institutionerna, varav följer ett lågt platsutnyttjande och i sin tur högre vårdkostnader. Slutligen förlorar behandlingshemmet de ekonomiska förutsättningarna för driften.

Nu har jag inte sagt ett ord om klienternas behov av institutionsvård: de har absolut inte minskat. Tvärtom har vi under senaste tid, i den samhälleliga situation vi nu har, sett en växande grupp missbrukare med mångfasetterade problem, som verkligen behöver både öppenvård och institutionsvård. Öppenvårdens resurser räcker i allmänhet inte till för att hjälpa de missbrukare som samtidigt är arbetslösa, bostadslösa och ensamma.

NAT: Är det någon speciell grupp missbrukare som drabbas särskilt hårt av detta?

L.M.: De flesta traditionella institutioner i Finland har under de senaste åren koncentrerat sig på missbrukare med svåra sociala problem. Vi har visserligen också fått några nya institutioner som profilerat sig så att de behandlar missbrukare som har kontakt med arbetslivet, som är i aktiv ålder och klarar sig med mindre insatser — en grupp som det är lättare att visa att det lönar sig att satsa på.

Det är framförallt de traditionella institutionerna som nu är i fara. Utvecklingen för deras del är mycket förödande för klienterna, vars problem blir ännu mera komplicerade. Det blir i den här situationen ännu viktigare än tidigare att få ett fungerande samarbete mellan öppenvård och institutionsvård, för att smidigt möta olika individuella behov.

Den öppna vården kommer däremot att klara sig igenom krisen relativt bra. Jag talar nu om majoriteten av A-klinikerna. Stora A-kliniker klarar sig bättre än små. De utgör en så viktig del av kommunernas missbrukarvård att kommunerna inser att de inte klarar sig utan dem. När man sparar pengar försöker man i första hand integrera de små enheterna i större helheter. Somliga små A-kliniker kommer att integreras med social- och hälsovårdens bastjänster. En annan tendens är att man kombinerar A-klinikerna med andra specialtjänster, såsom mentalvårdsbyråer och familjeråd-

givning. Den senare typen av integrering kan på många sätt vara förnuftig med tanke på framtiden. Den förstnämnda integreringen däremot kan utgöra en fara för den specialstatus som missbrukarvården har och som på många grunder kan anses motiverad.

Akutvårdsenheterna för missbrukare, eller de s.k. tillnyktringsstationerna, som befinner sig någonstans mittemellan öppen och sluten vård, kommer också att klara sig relativt bra. Vissa kommuner överväger alternativa placeringar av tillnyktringsstationerna, vid hälsostationerna eller inom missbruksinstitutioner. Man överväger alltså hur man kan ordna denna service till så låga kostnader som möjligt. Behovet av tillnyktringsstationer är något som man ändå ser tydligt; allt flera dricker för att de har problem och den typen av drickande utmärks av att man dricker utan avbrott och under en längre period, som det blir nödvändigt att bryta. Det förstår också kommunens politiker och beslutsfattare, eftersom de hälsomässiga konsekvenserna av ett längre periodsupande är allvarliga och dyra att vårda: inflammationer i bukspottkörteln, leverskador osv. måste behandlas på intensivvårdsavdelningar, där ett vård dygn kan kosta upp till 10 000 mk, medan ett dygn på tillnyktringsstationen i genomsnitt kostar mindre än 500 mk.

NAT: Finns det tecken på att kommunerna i detta ekonomiska läge bygger ut öppenvården och samtidigt drar in resurser från institutionsvården?

L.M.: Klienten betalar inget för sina besök på A-kliniken. När nu kommunerna sparar genom att dra in stödet till vårdformer som kostar pengar har följden blivit att det är kö till A-klinikernas polikliniska enheter i de stora städerna. Klienterna söker vård där det är lätt att få, och kanske det är så att A-klinikerna idag får ta emot klienter som under bättre ekonomiska tider var på behandlingshem.

Bland de kommuner vi har avtal med finns det sådana som konstaterat att de vill bevara A-klinikerna eftersom det är en billig vårdform, medan man skär ner från tillnyktringsstationerna, som är dyrare. Billigare behandling klarar sig bättre.

NAT: Man kan tänka sig att situationen är särskilt svårt i små, fattiga kommuner.

L.M.: Jag skulle önska att sådana små kommuner skulle se sig omkring. Vi har ett ganska täckande behandlingsnät och hjälpen kan vara ganska nära även om den finns i grannkommunen. Samarbetet mellan grannkommuner kan komma att öka, liksom samarbetet mellan olika specialtjänster.

Det finns redan exempel på väl fungerande samarbete i ett område i Helsingfors, där A-kliniken, mentalvårdsbyrån, hälsostationen och en del av socialbyrån har förenat sina krafter. Det fungerar bra. De administrativa gränserna mellan hälsovården och socialvården, mellan kommunalt och privat, är i praktiken inte så svåra att överbrygga.

Jag tror överhuvudtaget att hälsovården i framtiden kommer att ha ett större ansvar för missbrukarvården, delvis som en följd av krisen men delvis av andra orsaker. Missbrukarproblemen är av sådan karaktär att det behövs såväl medicinska som sociala insatser. Att missbrukarvården i Finland råkat hamna under socialvården är inte resultatet av något så principiellt ställningstagande, som man ibland velat hävda, utan en av olika möjliga administrativa modeller som en gång byggts upp. Kopplingen till socialvården har haft både goda och dåliga följder. I framtiden kan A-klinikerna ibland vara anknutna till hälsovården och ibland till socialvården, även om grundprofilen är densamma. Det är ingen dålig utveckling. Själv anser jag att social- och hälsovården generellt bör integreras i större utsträckning i kommunerna.

NAT: Har bilden av missbrukaren förändrats under krisen?

L.M.: Det verkar som om multiproblemmissbrukarna hade blivit fler och som om de har svårare problem än tidigare. Blandmissbruket har ökat. De som söker sig till vård och behandling har oftare både ett svårt beroendeproblem och materiella problem. Psykiska problem har också blivit synligare bland de missbrukare som söker sig till oss och därför har jag väddat till psykiatrerna att söka sig till A-klinikerna. Å andra sidan har vi fått en klientgrupp som kommer till behandling i ett tidigare skede än förut. Motivationen att ta itu med problem på ett tidigt stadium har ökat, eftersom arbetsplatsen idag lättare hamnar i vågskålen. Den här ökade motivationen att söka hjälp, eller lägre toleransen för drickande, syns bland annat

på så sätt att det har uppstått olika slags självhjälpgrupper.

NAT: Sker det i dagens process någon ny arbetsfördelning mellan kommunerna och privata serviceinstanser?

L.M.: Jag tror inte att det kommer att ske några större förändringar. Men i en situation där kommunen ekonomiskt är ställd mot väggen finns det exempel på att man har lättare att hitta sparobjekt bland privata tjänster som man köper. Det är ett ganska svårt etiskt problem. De privata tjänster, som kommunen köpt, har upprättats för kommuninvånarnas behov. Kommunen har helt enkelt beslutat köpa vissa tjänster från den privata sektorn i stället för att stå för dem själv. Formellt har kommunala och privata tjänsteproducenter haft närmast identiska positioner. Vi har exempelvis utgått ifrån att våra anställda har samma anställningstrygghet som kommunalt anställda. Den ekonomiska krisen tycks glömma bort de här utgångspunkterna.

NAT: Kommer krisen att påverka relationen mellan professionella och icke professionella inom missbrukarvården?

L.M.: Det finns många belegg för att man inom missbrukarvården behöver ett samarbete mellan professionella och icke-professionella. Missbrukets karaktär är sådan. Bland de professionella har man redan länge varit beredd att erkänna att vi inte klarar alla problem, utan behöver stöd av lekmän. Ett sådant samarbete kan främjas av krisen.

NAT: Från nästa år förändras statsbidragssystemet i Finland så att kommunerna får en klumpsumma för social- och hälsovårdssektorn som den själv får fördela på olika serviceformer. Hur kommer detta att påverka missbrukarvården, vilka prioriteringar kan man förutsäga att kommunerna kommer att göra?

L.M.: De nya avtal om köp av tjänster som man nu gör i kommunerna är en konsekvens av statsbidragssystemets förändring. Det är möjligt att nästa år, och därpå följande, blir ännu svårare på vårt område. Vissa kommuner som inte ännu fört några spardiskussioner kan tvingas in i sådana,

eftersom det är ett faktum att skatteintäkterna minskar. Om det inte ännu nästa år uppstår en diskussion om välfärdsstatens grundvärderingar är det mycket förödande för missbrukarvården, där många klienter hamnat utanför arbetsmarknaden.

De enda verksamheter som inte alls är hotade i den nya situationen, är de som baserar sig på medborgarnas lagstadgade, individuella rättigheter. Lagen om missbrukarvård säger att kommunen är skyldig att ge missbrukarvård, men den säger inte hurudan den skall vara eller hur omfattande. Kommunen har t.ex. rätt att ge dessa tjänster inom ramen för den allmänna social- och hälsovården.

Det nya statsbidragssystemet innebär att såväl makten som ansvaret i större utsträckning läggs på kommunen. Social- och hälsostyrelsen har en ny roll, den är inte längre styrande och övervakande utan ett slags forsknings- och utvecklingsenhet som producerar kunskap. Jag är kanske naiv, men jag vill tro på kunskapens och argumentets kraft, som den här nya ordningen bygger på.

Det är den enda riktiga utvecklingen att makten delegeras. Men vi borde samtidigt fundera över hur vi kan garantera en beredskap i kommunerna att föra en diskussion om de grundläggande värderingarna. Välfärdsstaten rustas ner också i den bemärkelsen att de värderingar och principer den byggt på är i kris och ingen tar ansvar för att dessa diskussioner förs. Kunskap finns, viktig kunskap, men det syns inte i de lokala debatterna.

NAT: Finns det någon grupp som är beredd att föra en etisk diskussion idag, eller är hela fältet så att säga stumt?

L.M.: Jag måste medge att inte heller de som arbetar inom missbrukarvården och som idag är över-

arbetade och trängda har aktiverats. Vi lever i en tid då man kan säga att det är oförläpigt om de som kan se och analysera situationen, som ser längre och djupare, är tysta. Just de måste kräva att samhället diskuterar de här problemen på en djupare nivå, på en värderings- eller etisk nivå.

Även om jag är orolig på många sätt vill jag ändå vara så optimistisk att jag tror att de flesta kommunala beslutsfattare inser att de inte klarar sig utan missbrukarvårdens tjänster och inte heller utan specialtjänster. Det handlar om en så stor grupp medborgare med så komplicerade problem. Men något skärs säkert ner och delvis så att man ställer fel saker och medborgargrupper mot varandra. Man försöker mäta missbrukarvårdens resultat med fel slags mått. Och det är skrämmande att man i vissa kommuner, när man söker sparmål, argumenterar på en så låg nivå att man exempelvis ställer cancerbarn eller åldringar mot missbrukare.

Det finns en allmän villfarelse i samhällsdebatten. Man ser socialvården och missbrukarvården enbart som en belastning för samhället. Men socialpolitiska insatser borde i stället ses som något som aktiverar samhällsekonomin. Målet med missbrukarvården är att få arbetsdugliga medborgare, som landet behöver för att komma ur krisen. Den finska missbrukarvården håller ett stort antal människor i arbete och det borde man kunna erkänna.

I de flesta EG-länder ser man på socialpolitiken som ekonomisk stimulans. Här är vi däremot beredda att ge oss helt i marknadskrafternas nåd och argumenterar för att vi inte har råd att upprätthålla det socialpolitiska systemet. Då förstör vi egentligen grunden för ett ekonomiskt uppsving. Men inte heller den här diskussionen ryms i dagens debatt.

Intervjuare: Kerstin Stenius