

RISKBRUK, MISSBRUK OCH BEROENDE - KUNSKAP TILL PRAKTIK

Nationell baskurs

Ett arbetsmaterial för att komma vidare



Innehållsförteckning

Bakgrund	5
Nationell baskurs	6
Egen analys – SWOT	9
Alkohol- och narkotikasituationen i Sverige	10
Faktorer av betydelse för missbruks- och beroendeutveckling	12
Fysisk och psykisk hälsa, samsjuklighet	14
Psykisk hälsa och samsjuklighet	16
Bemötande, etik och motivation för förändring	18
Riskbruk och screening	20
Utredning, behandlingsplanering och dokumentation	23
Evidensbaserade metoder	27
Lagstiftning	31
Samverkan	33
Att arbeta evidensbaserat	35
Bilaga 1 – Förteckning över inspelade föreläsningar	38
Bilaga 2 – Fallbeskrivningar	40
Egna anteckningar	43



Bakgrund

Kunskap till praktik är ett utvecklingsarbete som startade i maj 2008 inom Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som syftar till att, med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007), förbättra den svenska missbruks- och beroendevården. Målet är att alla personer som har behov av samhällets insatser för alkohol- eller narkotikarelaterad problematik ska få bästa möjliga stöd och vård.

Kunskap till praktik är resultatet av en överenskommelse mellan regeringen och SKL i vilken SKL åtagit sig att bygga upp ett kvalificerat stöd för kommuner och landsting samt en struktur för en långsiktig kunskapsutveckling mellan kommuner, landsting, lokala FoU-verksamheter, universitet och högskolor. Den bärande idén i överenskommelsen är att kommuner och landsting ska ta ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården och att SKL vid uppbyggnad av det kvalificerade stödet ska utgå ifrån och tillvarata den kompetens som finns lokalt och regionalt.

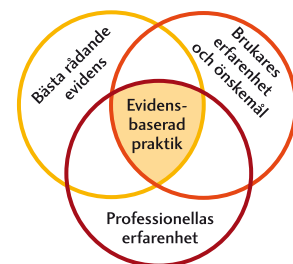
Bakgrunden till Kunskap till praktik utgörs av en kartläggning av missbruks- och beroendevården som SKL lät göra under början av 2008, där det från kommuner och landsting/regioner framkom ett önskemål om stöd i kompetensutveckling för olika yrkesgrupper. Kartläggningen visade också på ett gap mellan de arbetsformer som används och de som rekommenderas i de nationella riktlinjerna.

Kunskap till praktik vill tillsammans med kommuner och landsting/regioner arbeta för att:

- Utveckla vårdkedjor så att nödvändiga behandlings- och rehabiliteringsinsatser kan erbjudas på lokal nivå
- All personal har kompetens att utföra sina arbetsuppgifter i enlighet med befintlig kunskap, bland annat de nationella riktlinjerna
- Ansvarsfördelningen mellan socialtjänst, primärvård, beroendevård och psykiatri blir tydlig
- Samverkan mellan de olika aktörerna förbättras
- Brukarinflytandet stärks

Tillsammans med kommuner och landsting ska Kunskap till praktik utveckla stöd för en evidensbaserad praktik, det vill säga väga samman:

- Bästa möjliga vetenskapliga underlag
- Brukarnas erfarenhet och önskemål
- Professionell erfarenhet och yrkeskunskap



Som ett led i detta uppdrag har Kunskap till praktik tillsammans med en expertgrupp bestående av forskare och praktiker utarbetat en nationell baskurs, där detta arbetsmaterial ingår som en del. Expertgruppen har letts av Gunborg Brännström, projektledare i Kunskap till praktik och Ann Gotting Veide som har dokumenterat och administrerat expertgruppens arbete.

Expertgruppen har följande deltagare:

Agneta Öjehagen, Lunds universitet

Anette Skärner, Göteborgs universitet

Annica Westling, Strängnäs kommun

Annika Nordström, Västerbottens läns landsting

Arne Gerdner, Mittuniversitetet, Östersund

Carl Gustaf Olofsson, Psykiatriska kliniken, Skellefteå

Claudia Fahlke, Göteborgs universitet

Erik Kangeryd, Jönköpings kommun

Fredrik Spak, Göteborgs universitet

Håkan Jenner, Växjö universitet

Jan Brännström, Umeå fältforskningsenhet, Socialtjänsten (UFFE)

Johan Franck, Centrum för psykiatrforskning, Stockholms läns landsting

Karin Alexanderson, Dalarnas forskningsråd

Lars Oscarsson, Örebro universitet

Mats Fridell, Lunds universitet

Mikael Johansson, Munkfors kommun

Per Olof Sjöblom, Region Skåne

Stefan Borg, Beroendecentrum, Stockholm

Stefan Gammelgård, Enköpings kommun

Nationell baskurs

Syfte och utformning

”Riskbruk, missbruk och beroende, kunskap till praktik - Nationell baskurs” är en fortbildning som riktar sig till dem som i sin yrkesutövning, inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, kriminalvård eller annan verksamhet, möter människor med problem som kan vara kopplade till alkohol eller narkotika.

Syftet med fortbildningen är att ge en samlad, aktuell och gemensam kunskapsbas till olika aktörer och därigenom bidra till att de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård får genomslag i praktiken. Fortbildningen består av utbildningsdagar med föreläsningar, powerpoint material från föreläsningarna, detta arbetsmaterial och lokalt anordnade dialogtillfällen tillsammans för samarbetsaktörer eller på den enskilda arbetsplatsen.

För att säkerställa att fortbildningarna regionalt blir likartade har föreläsningar spelats in av forskare, lärare och praktiker som var och en är expert inom sitt ämnesområde. Dessa inspelade presentationer ligger därefter till grund för och som stöd till de regionala utbildarna. De inspelade föreläsningarna finns att tillgå på SKLs grupparbetsplats, www.skl.se/kunskaptillpraktik för de personer som deltagit i utbildningsdagarna.

Arbetsmaterial

Den nationella baskursen, i form av fyra utbildningsdagar, är av orienterande karaktär men för att bidra till att den leder vidare till utveckling av arbetet lokalt har detta arbetsmaterial tagits fram. Arbetsmaterialet följer i huvudsak strukturen för basutbildningen, och är samlat i tio huvudområden

- Alkohol- och narkotikasituationen i Sverige
- Faktorer av betydelse för missbruks- och beroendeutveckling
- Fysisk och psykisk hälsa, samsjuklighet
- Bemötande, etik och motivation för förändring
- Riskbruk och screening
- Utredning, behandlingsplanering och dokumentation
- Evidensbaserade metoder
- Lagstiftning
- Samverkan
- Att arbeta evidensbaserat

Arbetsmaterialet har utarbetats av Annika Nordström, FoUU-staben, Västerbottens läns landsting och Elisabeth Beijer, FoU i Väst/GR på uppdrag av och i samarbete med Gunborg Brännström, Kunskap till praktik. Ann Gotting Veide, Kunskap till praktik, Håkan Jenner, Växjö universitet, Marja-Leena Komulainen, Kommunförbundet Norrbotten, Åsa Magnusson, Beroendecentrum Stockholm och Camilla Svenonius, RFHL har lämnat värdefulla synpunkter.

Underlaget till arbetsmaterialet består av de inspelade föreläsningarna, redovisade i bilaga 1. För varje avsnitt redovisas vilka föreläsningar som ligger till grund för texten. Siffror hänvisar till motsvarande i bilaga 1. Andra referenser än föreläsningarna anges särskilt.

Dialogtillfällen för reflektion och utveckling

En viktig faktor inom evidensbaserad praktik är, förutom klienten, den reflekterande praktikern (*Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten*, 2009). Den teoretiska kunskap som förmedlas under utbildningsdagarna tillsammans med praktikernas erfarenhet är primära för att kunna reflektera. Att reflektera är viktigt för att kunna förstå varför kunskap, arbetssätt och förhållningssätt, exempelvis uttryckt i riktlinjer för missbruks- och beroendevården, ska implementeras. Varför ska nya arbetssätt införas? Hur är det tänkt att användas? Vilka konsekvenser får det för det egna och andras arbete och för verksamheten i stort?

Detta arbetsmaterial är tänkt att utgöra ett stöd och ett underlag för att reflektera och komma vidare efter utbildningsdagarna. Detta kan med fördel ske vid dialogtillfällen för yrkesverksamma och ledare tillsammans på de egna arbetsplatserna och/eller tillsammans med samarbetsaktörer.

Inför dialogtillfällena är det viktigt att göra klart några frågor

Finns tillräckligt med tid avsatt för gemensam reflektion?

Vilka ska delta?

Hur involveras samarbetsaktörer?

Vem ska leda dialogen?

Vem har ansvar för att följa upp det fortsatta arbetet?

Några ledstjärnor för dialogtillfällena är

- Den kunskap och kompetens som finns i gruppen tas tillvara
- Vardagsarbetet lyfts fram
- Arbetsledaren leder men alla bidrar
- "Tankerespekt" råder, vilket innebär att allas tankar är lika värda

Frågor som för framåt

För de tio områdena inom basutbildningen finns förslag på specifika frågor, vilka framgår av de följande avsnitten. Men det finns också allmänna frågor som kan bidra till att föra dialogen framåt. Här ges några sådana förslag i en tänkbar struktur för dialogtillfällena.

Nuläge

Vilka är de viktigaste intrycken från föreläsningen/föreläsningarna i den nationella basutbildningen?
Vad väcker de för tankar utifrån där ni befinner er?
Ge exempel på något som gav en aha-upplevelse

Analys

Vilka är de viktigaste problemen/styrkorna för arbetsplatsen? Vilka förbättringsområden finns på er arbetsplats eller i samarbetet med andra?

	Framgångsfaktorer	Hinder
Interna faktorer	Styrkor (Strengths)	Svagheter (Weaknesses)
Externa faktorer	Möjligheter (Opportunities)	Hot (Threats)

En metod som ofta används för analys och som underlag för att diskutera förbättringar är SWOT-verktyget. SWOT står för Strengths, Weaknesses, Opportunities och Threats. Styrkor och svagheter anges för förhållanden i den egna verksamheten eller organisationen. Möjligheter och hot belyser yttre faktorer, det vill säga omvärldsfaktorer utanför verksamhetens eller organisationens egen kontroll. Möjligheter är potentiellt positiva för organisationen, hot innebär att organisationen behöver förbättra sina prestationer. Tänkbara styrkor, svagheter, möjligheter och hot dokumenteras i en fyrfältsbild som den ovan och blir underlag för gemensam reflektion om utvecklingsinsatser. Låt var och en fundera och skriva ner styrkor och svagheter, hot och möjligheter som grund för en gemensam diskussion. Ett bra sätt är att be var och en på "postit – lappar" skriva tre synpunkter i varje ruta. Diskutera sedan och prioritera utifrån de befintliga lapparna.

Fortsättning nästa sida

Handling

- Vilka förutsättningar krävs för att genomföra förbättringsinsatser?
- Är de prioriterade förbättringsområdena förankrade på alla plan?
- Hur ska insatserna genomföras? Gör en handlingsplan!
- Behövs fortbildning och metodstöd?
- Hur ska insatserna följas upp så att de leder till bestående förändringar?
- Kan utbildningsinsatser och metodstöd ges tillsammans med eller av samarbetsaktör?

Framtid

- Vad vill ni att missbruks- och beroendevården i ert närområde/er region ska kännetecknas av i en framtid?
- Vilka visioner och mål behövs för att förverkliga detta?



Lästips

DILSCHMANN, A, FALCK, E & KRAFFT, C (2000)
LÄRANDEBOK DELAKTIGHET, LÄRANDE OCH FÖRÄNDRINGSARBETE STOCKHOLM: LIBER

GRANBERG, O & OHLSSON, J (2004)
FRÅN LÄRANDETS LOOPAR TILL LÄRANDE ORGANISATIONER LUND: STUDENTLITTERATUR

GULDBRANDSSON, K (2007)
FRÅN NYHET TILL VARDAGSNYTTA – OM IMPLEMENTERINGENS MÖDOSAMMA KONST EN FORSKNINGSSAMMANSTÄLLNING
STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT 2007:20 WWW.FHI.SE

OSCARSSON, L (2009)
EVIDENSBASERAD PRAKTIK INOM SOCIALTJÄNSTEN - EN INTRODUKTION FÖR PRAKTIKER, CHEFER, POLITIKER OCH STUDENTER
SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

ROSELIUS, M & SUNDELL, K RED (2008)
ATT FÖRÄNDRA SOCIALT ARBETE: FORSKARE OCH PRAKTIKER OM IMPLEMENTERING SOCIALSTYRELSEN

Egen analys – SWOT

STYRKOR

.....

.....

.....

SVAGHETER

.....

.....

.....

MÖJLIGHETER

.....

.....

.....

HOT

.....

.....

.....

Framtid

VAD VILL NI ATT MISSBRUKS- OCH BEROENDEVÅRDEN I ERT NÄROMRÅDE/ER REGION SKA KÄNNETECKNAS AV I EN FRAMTID?

.....

.....

VILKA VISIONER OCH MÅL BEHÖVS FÖR ATT FÖRVERKLIGA DETTA?

.....

.....

VAR DISKUTERAS GEMENSAMMA VISIONER OCH MÅL FÖR OLIKA SAMARBETSAKTÖRER I NÄROMRÅDET ELLER REGIONEN?

.....

.....

.....

Alkohol- och narkotikasituationen i Sverige

(Inspelade föreläsningar nummer 1 och 2, se bilaga 1)

Alkoholkonsumtionen ökade markant i landet under en tioårsperiod från mitten av 1990-talet, för att därefter plana ut och under de senaste åren också minska något. Totalkonsumtionen ligger dock fortfarande på en historiskt sett hög nivå och en ökning av alkoholrelaterad sjuklighet och dödlighet har konstaterats under 2000-talet. SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol och drogforskning vid Stockholms universitet) har sedan år 2000 följt utvecklingen i totalkonsumtion, inklusive oregistrerad alkohol. Nedanstående tabell visar snittkonsumtionen för en vuxen person per vecka under 2007 (SoRAD).

Tabell: Genomsnittskonsumtion av alkohol 2007, uppdelat på alkoholsort och kön

Totalt 2007	Sprit	Vin	Starköl	Folköl
9,7 liter	2,2 liter	2,9 liter	3,5 liter	0,7 liter
Motsvarar i veckan sammanlagt	2 stora snapsar (5 cl)	3 glas (15 cl)	4 flaskor (33 cl)	1 burk (40 cl)
Män				
13,5 liter	3 stora snapsar	ca 3 glas	ca 7 flaskor	ca 1,5 burk
Kvinnor				
6,1 liter	1 snaps	drygt 3 glas	ca 1 flaska	ca 0,5 burk

Alkoholkonsumtionen är emellertid inte jämnt fördelad. Förutom att män dricker mer än kvinnor, dricker en grupp väldigt mycket och andra väljer att inte dricka alls. I Folkhälsoinstitutets undersökning Hälsa på Lika villkor (2008) (www.fhi.se) uppgav 14 procent att de inte druckit alkohol under den senaste tolv månadersperioden. Att fler avstår från alkohol återspeglas också i den senaste drogvaneundersökningen från 2008 där andelen elever i årskurs nio som uppger att de aldrig dricker alkohol har ökat (www.can.se). Berusningsdrickandet har emellertid ökat över tid vilket oroar. En grupp som haft en tydlig ökning av alkoholkonsumtionen är kvinnor i övre medelåldern.

Narkotikamissbruket i Sverige ligger i ett internationellt perspektiv lågt. Beträffande cannabis, vilket är det vanligaste preparatet, uppger cirka 2 procent av den vuxna befolkningen (15-64 år) att de rökt de senaste 12 månaderna, vilket är avsevärt mycket lägre än snittet inom Europa som ligger på 6-7 procent. Detsamma gäller för gruppen unga vuxna (15-24 år). Även om Sverige har låga siffror bör det betonas att cannabis har en tydlig koppling till andra riskbeteenden som hög konsumtion av alkohol. Många ungdomar som använder cannabis har även psykiska problem och de flesta som använder någon annan drog har också använt cannabis.

Andelen ungdomar som uppger att de provat narkotika har successivt minskat sedan början av 2000-talet men den neråtgående trenden kan ha brutits. För första gången på nio år visar senaste skolundersökningen från 2008 att andelen elever som testat narkotika har ökat (www.can.se). Det finns också en indikation på ökad narkotikarelaterad dödlighet de senaste åren.

Frågor som för framåt

Lokala data och studier ger underlag till politiska beslut, resursfördelning och planering av verksamheter inom egna enheter och i samverkan med andra.

HUR SER DEN AKTUELLA ALKOHOL- OCH NARKOTIKASITUATIONEN UT I ERT NÄROMRÅDE?

.....

.....

.....

FINNS DET DATA INSAMLAT BETRÄFFANDE ALKOHOL, NARKOTIKA, BLANDMISSBRUK OCH HUR TAS DEN TILLVARA?

.....

.....

.....

VAD BEHÖVER NI FÖR YTTERLIGARE KUNSKAP OM ERA MÅLGRUPPER FÖR ATT KUNNA ERBJUDA GOD VÅRD?

.....

.....

.....

VEM KAN NI VÄNDA ER TILL FÖR ATT FÅ HJÄLP ATT TA FRAM SYSTEMATISK KUNSKAP OM MÅLGRUPPEN?

.....

.....

.....

FINNS DET GRUPPER I ERT NÄROMRÅDE SOM NI KÄNNER TILL MEN INTE HAR KONTAKT MED SOM KAN BEHÖVA SÄRSKILT STÖD?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

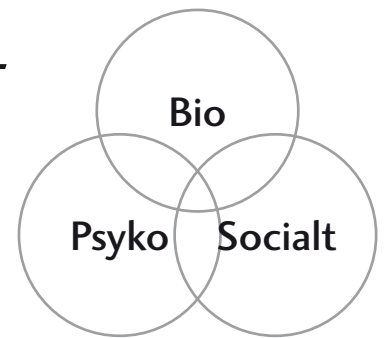
.....



Faktorer av betydelse för missbruks- och beroendeutveckling

(Inspelade föreläsningar nummer 4, 5 och 6, se bilaga 1)

Missbruk och beroende bör ses ur ett **multifaktoriellt** perspektiv där både biologiska, psykologiska och sociala faktorer **samverkar och interagerar med varandra**.



Detta bio-psyko-sociala synsätt bör finnas med i alla delar av missbruks- och beroendevården eftersom samverkande faktorer påverkar vägar in i missbruk, vidmakthåller missbruk, styr val av behandling men även medför att missbruk "självläker" eller upphör.

Att missbruk och beroende omfattar en komplex problematik understryker vikten av ett tvärvetenskapligt angreppssätt och värdet av integrerade verksamheter inom missbruks- och beroendevården.

Till den **biologiska** delen hör hjärnans påverkan och respons på alkohol och narkotiska preparat. Belöningssystemet aktiveras genom frisättning av dopamin vilket medför upplevelse av välbehag och merbegär. Ett upprepat och längre intag av alkohol och narkotika "bygger dock om" belöningssystemet och sänker även aktiviteten i pannloberna med bristande kontroll och omdöme till följd. Ärftlighet för ett **beroende** av alkohol har visats i tvillingstudier, men genetiken samverkar med miljön och andra faktorer.

Den **psykologiska** delen omfattar bland annat förståelsen för hur psykologiska riskfaktorer bidrar till utveckling av missbruk/beroende och vilka mekanismer som vidmakthåller problemet. Som psykologiska riskfaktorer återfinns till exempel ogynnsamma uppväxtvillkor, utanförskap, låg självkänsla, dålig impuls kontroll, instabila relationer, bristande tillit, psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning.

Den **sociala** delen innefattar faktorer som exempelvis socialt nätverk, närmiljö, samhälle, kultur, etnicitet och kön. Missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika påverkar inte bara den egna personen och särskilt utsatta är barn till personer med missbruk eller beroende. Stöd från personer i nätverket tillsammans med bostad, arbete och sysselsättning är vitala delar i en rehabilitering.

Lästips

AGERBERG, M (2004):

KIDNAPPAD HJÄRNA – EN BOK OM MISSBRUK OCH BEROENDE, LUND: STUDENTLITTERATUR

FAHLKE, C & JOHANSSON, P M (2007)

PERSONLIGHETSPSYKOLOGI STOCKHOLM: NATUR OCH KULTUR

HEILIG, M (2004)

BEROENDETILLSTÅND LUND: STUDENTLITTERATUR

LEISSNER, T (RED) (1998)

ALKOHOL, ETT PSYKOSOCIALT, BETEENDE OCH SAMHÄLLSVETENSKAPLIGT PERSPEKTIV LUND: STUDENTLITTERATUR

Fysisk och psykisk hälsa, samsjuklighet

(Inspelad föreläsning 15, se bilaga 1)

Det är vanligt med samsjuklighet för personer med missbruk eller beroende. I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård definieras samsjuklighet på följande sätt: "Missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom". Personer med missbruk/beroende har under livet två till fyra gånger ökad risk för psykisk sjukdom jämfört med andra personer.

Fysisk hälsa

En hög alkoholkonsumtion kan medföra negativa skadeverkningar på i stort sett alla kroppens organ. Förutom direkta skador eller sjukdomar orsakade av alkoholen eller dess nedbrytningsprodukter, finns indirekta skador till exempel genom olyckor och våldshandlingar kopplade till alkoholkonsumtionen. En del av dessa indirekta skador kan drabba personer i familj och omgivning. Det samma gäller vid narkotikaanvändning.

Mäns och kvinnors komplikationer av drickande skiljer sig åt på vissa områden. Studier visar att kvinnor är mer känsliga för effekterna av alkohol. Kvinnors lägre andel kroppsvätska medför till exempel högre alkoholkoncentration i blodet vid samma mängd alkohol. De förbränner en mindre mängd alkohol i magsäcken, vilket innebär att andra organ i kroppen utsätts för högre alkoholkoncentrationer. Kvinnor söker i mindre utsträckning hjälp för sina alkoholproblem. Istället vänder sig kvinnor ofta till somatisk eller psykiatrisk vård för andra problem.

Det finns påvisade positiva effekter av låg mängd alkohol vid hög ålder på hjärta/kärl och diabetes II men i ett helhetsperspektiv av de samlade hälsoeffekterna utgör de en närmast försumbar del. Personer med en hög alkoholkonsumtion besöker oftare läkare och har en högre vårdkonsumtion än personer som dricker måttligt eller inte alls. Detta medför att hälso- och sjukvården, särskilt primärvården, har en strategisk position för att uppmärksamma personer med alkohol- eller narkotikaproblem. De bör därför utnyttja sin möjlighet till tidig intervention.

Graviditet

Alkoholkonsumtion under graviditeten kan skada fostret. I dess allvarligaste form kan barnet få ett Fetalt Alkoholsyndrom (FAS) med tillväxthämning, hjärnskador och avvikande utseende. Det föds ett hundratal barn med FAS varje år i Sverige. Utöver dessa ska också de barn uppmärksammas vars skador inte är lika tydliga men som kan vara nog så handikappande. Eftersom det inte finns någon nedre gräns för när alkohol kan skada fostret bör kvinnan helt avstå från alkohol under graviditeten. Alla narkotiska preparat medför också risker för bestående skador.

Lästips

ALKOHOLPROBLEM - REGIONALT VÅRDPROGRAM, STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING (2007)

WWW.VARDGUIDEN.SE/ALKOHOL

WWW.FHI.SE/TOBAK,ALKOHOL,NARKOTIKA,DOPNINGOCHSPEL

Frågor som för framåt

Upparbetade rutiner för tidig upptäckt inom hälso- och sjukvården kan ge ökad uppmärksamhet och fungera som ett stöd i patientarbetet när det gäller alkohol- och narkotikafrågor. Vårdprogram och rutiner för samverkan kan fungera som stöd i patientarbetet.

FINNS SÅDANA VERKTYG I ERT LANDSTING/ER REGION?

Den somatiska vården kan inte förväntas ha ett eget behandlingsansvar för en persons beroendeproblematik utan här behövs ett nära samarbete med specialistvård och/eller socialtjänst. Samtidigt bör socialtjänsten ta kontakt med den somatiska vården oftare, eftersom missbruk/beroende kan leda till många olika somatiska problem.

HUR FUNGERAR DET HOS ER?

ÄR BEHANDLINGS- OCH UTREDNINGSINSTANSER SAMT REMISSVÄGAR KÄNDA? FINNS DET NÅGOT INOM DETTA OMRÅDE SOM KAN FÖRSTÄRKAS ELLER UTVECKLAS?

Det finns ett visst forskningsstöd för att högspecialiserade mottagningar för enbart kvinnor med alkoholproblem kan locka kvinnor att söka hjälp tidigare.

HUR ARBETAR NI FÖR ATT UPPTÄCKA KVINNOR TIDIGT?

HUR AGERAR NI, UTIFRÅN ERA OLIKA PROFESSIONER, OM DET KOMMER TILL ER KÄNNEDOM ATT EN GRAVID KVINNA DRICKER ALKOHOL?

Psykisk hälsa och samsjuklighet

(Inspelade föreläsningar 8 och 9, se bilaga 1)

Alkohol, narkotika, blandmissbruk och psykisk ohälsa är nära sammankopplat. Sambanden kan se olika ut såtillvida att ett missbruk eller beroende kan föregå en psykisk sjukdom. Psykisk ohälsa kan i sin tur medföra ett senare missbruk eller beroende och det kan också finnas en gemensam orsak för både beroendet och den psykiska ohälsan. Oavsett uppkomst ska dessa tillstånd behandlas parallellt, vilket många gånger förutsätter insatser från flera huvudmän. Behandlingen av ett av tillstånden får således inte fördröjas i avvaktan på att det andra tillståndet förbättras. Det är inte heller någon huvudmans eget ansvar att identifiera samsjuklighet. Socialtjänsten ska vid misstanke om samsjuklighet omedelbart ta kontakt med hälso- och sjukvården med kompetens att bedöma. Primärvård och psykiatrisk vård har ansvar att både bedöma och behandla psykisk sjukdom. Missbruk och beroende ska även identifieras hos personer som söker vård för psykisk sjukdom.

Omfattningen på samsjuklighet av beroende och psykisk ohälsa varierar något mellan olika studier. Från uppgifter ur Stockholms läns landstings vårdregister framkommer att av cirka 15 500 personer som vårdats inom beroendevården år 2001, hade 50 procent vårdats inom psykiatrin under föregående femårsperiod. Förekomsten av samsjuklighet med psykisk ohälsa är större bland personer som har ett narkotikamissbruk jämfört med personer med alkoholmissbruk, och hemlösa är en särskilt utsatt grupp. En viktig aspekt att beakta är också att gruppen har en förhöjd självmordsrisk. Tidigare suicidförsök är den största riskfaktorn för självmord. Socialstyrelsen utarbetade 2006 ett förslag till nationellt program för suicidprevention, som kan vara värt att ta del av (se nedan).

För tidiga insatser är det av stor vikt att riskbruk av alkohol tidigt identifieras inom den psykiatriska vården. Omvänt behöver primärvård, somatisk vård, företagshälsovård och socialtjänst uppmärksamma förekomst av ångest och depression och annan psykisk vid riskabla alkoholvanor.

Lästips

ATT UNDVIKA SPLITTRING I VÅRDEN – OM EN UTBILDNING MED FOKUS PÅ INTEGRERAD BEHANDLING FÖR PERSONER MED MISSBRUK OCH ALLVARLIG PSYKISK STÖRNING: RAPPORT NR 8/2008, INSTITUTIONEN FÖR PEDAGOGIK, VÄXJÖ UNIVERSITET

BEHANDLING AV PERSONER MED KOMPLEXA VÅRDBEHOV P.G.A. PSYKISK STÖRNING OCH MISSBRUK. FOKUSRAPPORT INOM TEMAT MEDICINSKA PROGRAMARBETE, STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING (2004)

DET RÄCKER INTE MED EN BRA IDÉ – UTVÄRDERING AV SKLS METODUTVECKLINGSARBETE MED CASE MANAGEMENT FÖR MÄNNISKOR MED DUBBLA DIAGNOSER: ARBETSRAPPORT 2008:1, MÄLARDALENS HÖGSKOLA

FÖRSLAG TILL NATIONELLT PROGRAM FÖR SUICIDPREVENTION – BEFOLKNINGSINRIKTADE STRATEGIER OCH ÅTGÄRDSFÖRSLAG, SOCIALSTYRELSEN (2006)

MEUSER, KIM T (2005) DUBBEL DIAGNOS: ALLVARLIG PSYKISK SJUKDOM OCH MISSBRUK: EN FORSKNINGSÖVERSIKT KARLSKRONA: ETT HELT LIV FÖRLAG

MISSBRUK OCH SAMTIDIG PSYKISK SJUKDOM EN PROGRAMFÖRKLARING I 10 PUNKTER EN BROSCHYR FRAMTAGEN GEMENSAMT FÖR NATIONELL PSYKIATRISAMORDNING OCH NATIONELL NARKOTIKAPOLITISK SAMORDNING (2005)

PERSONER MED TUNGT MISSBRUK STIMULANS TILL BÄTTRE VÅRD OCH BEHANDLING SOU 2005:82

PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET MED MISSBRUK/BEROENDE: RAPPORT AV CRUSE, G, HALDEBORG, J OCH ERICI, C, LUNDS UNIVERSITET (2007)

RISKBRUK OCH BEROENDE AV ALKOHOL, NARKOTIKA OCH TOBAK HOS PERSONER MED SVÅR PSYKISK SJUKDOM – FÖREKOMST OCH ÅTERHÄMTNING INSTITUTIONEN FÖR KLINISKA VETENSKAPER, LUNDS UNIVERSITET (2008)

SAMVERKAN I RE/HABILITERING – EN VÄGLEDNING. SOCIALSTYRELSEN (2008)

Frågor som för framåt

HUR SKER UTREDNING VID SAMTIDIGT MISSBRUK ELLER BEROENDE OCH PSYKISKA PROBLEM?

.....

ÄR DET LÄTT FÖR ER ATT TA KONTAKT MED EN SAMARBETSAKTÖR FÖR EN GEMENSAM BEDÖMNING AV SAMSJUKLIGHET NÄR DET GÄLLER PSYKISK OHÄLSA OCH SAMTIDIGT RISKBRUK, MISSBRUK ELLER BEROENDE? VART VÄNDER NI ER? HUR TAR NI EMOT SÅDANA FRÅGOR FRÅN SAMARBETSAKTÖRER? VILKA GEMENSAMMA RUTINER FINNS?

.....

.....

.....

.....

HUR ARBETAR NI MED BEDÖMNING AV OCH ÅTGÄRDER VID SUICIDRISK? FINNS REGIONALA VÅRDPROGRAM?

.....

.....

HUR SER TILLGÄNGLIGHETEN UT TILL SAMTIDIGA (INTEGRERADE) VÅRD- OCH STÖDINSATSER?

.....

.....

HUR ARBETAR NI MED SAMORDNAD VÅRDPLAN VID SAMSJUKLIGHET?

.....

.....

.....

HAR NI TILLGÅNG TILL CASE MANAGER (CM) ELLER ANDRA SÄRSKILDA RESURSER FÖR PERSONER MED KOMPLEXA VÅRDBEHOV I ERT NÄROMRÅDE?

.....

.....

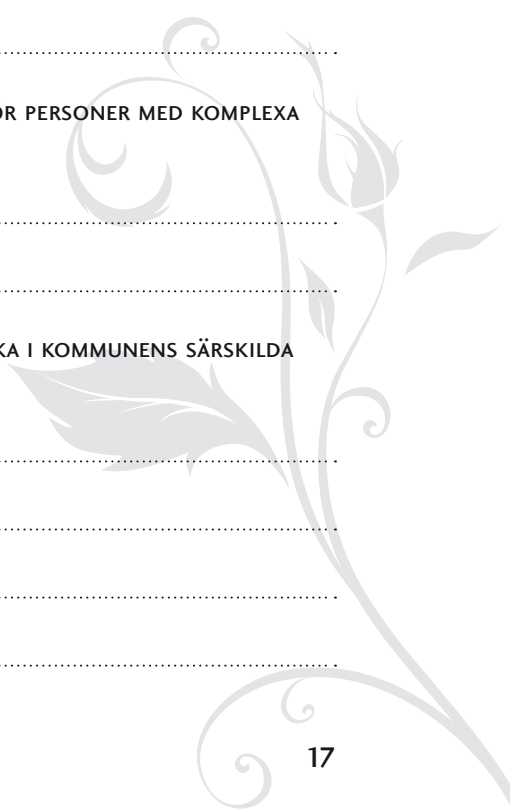
HUR ARBETAR NI FÖR ATT UPPMÄRKSAMMA FÖREKOMST AV ALKOHOL OCH NARKOTIKA I KOMMUNENS SÄRSKILDA BOENDEN?

.....

.....

.....

.....



Bemötande, etik och motivation för förändring

(Inspelade föreläsningar 10, 11, 12, 13 och 14, se bilaga 1)

Frågor om bemötande vilar på etiska grundprinciper om människans lika värde, vad som gör en handling rätt, vilket ansvar jag har och vilken slags person jag vill vara. Bemötande och relation är grunden för allt behandlingsarbete och brukares upplevelse av kvalitet i behandling handlar i hög utsträckning om upplevelsen av att bli bemött empatiskt och att bli genuint bekräftad. Tekniker, metoder, står endast för en liten del av hur förändring kan förklaras. De etiska frågorna måste finnas med i alla led av arbetet med personer som har missbruks- eller beroendeproblem. Allt man gör som professionell har en etisk innebörd och man har ett särskilt ansvar eftersom relationen mellan behandlare och brukare inte är jämställd.

Moderna sätt att se på motivation handlar inte om att se motivation som en egenskap utan som något som förändras och kan påverkas. "Att inte vilja" kan vara ett uttryck för att det finns hinder av olika slag. Vanliga hinder för att en människa förändrar en livssituation med missbruk eller beroende är bristen på mål, drivkrafter och/eller tillit. Motivationsarbete handlar om att utforska hindren och att bidra till att skapa hopp. Grunden är den ömsesidiga tilliten, arbets- och behandlingsalliansen.

Motiverande samtal (MI) är en brukarcentrerad målinriktad metod där bland annat ambivalensen fokuseras eftersom den utgör en stor potential för förändring. Den professionelle behöver behärska konsten att lyssna med empati, ha ett respektfullt utforskande förhållningssätt och en samarbetsstil med respekt för brukarens självbestämmande. Det är brukarens motivation och beredskap som är utgångspunkten i förändringsarbetet.

I allt människovårdande arbete ställs man inför olika etiska dilemman. Ofta finns det inga enkla svar på om en handling är rätt eller vad som gör den rätt. Ett sätt att diskutera är att utgå från någon handling i vardagen och diskutera den utifrån olika etiska positioner. Här ges ett förslag på en handling att diskutera, men ni har i gruppen också andra situationer där det kan uppstå etiska dilemman:

Vilken praxis har ni för hur ni ska handla när personer kommer till er arbetsplats och är berusade?

Diskutera er praxis och era erfarenheter av sådana situationer med följande frågor, olika etiska positioner, som grund

Har handlingen sin grund i goda intentioner?

Stämmer den med den moraliska intuitionen?

Bygger den på etiska principer och normer som exempelvis värdighet, frihet, tolerans, rättvisa, jämlikhet, jämställdhet, humanitet, solidaritet och mänskliga rättigheter?

Ger den sannolikt de bästa konsekvenserna? För alla? För den person som är i ett utsatt läge?

Lästips

BARTH, T & NÄSHOLM, C (2006). MOTIVERANDE SAMTAL – MI: ATT HJÄLPA EN MÄNNISKA TILL FÖRÄNDRING PÅ HENNES EGNA VILLKOR LUND: STUDENTLITTERATUR

BLENNBERGER E (2005) ETIK I SOCIALPOLITIK OCH SOCIALT ARBETE LUND: STUDENTLITTERATUR

FRIDELL, M (1991) PERSONLIGHET OCH DROGMISBRUK: EN FORSKNINGSOVERSIKT STOCKHOLM: CENTRALFÖRBUNDET FÖR ALKOHOL- OCH NARKOTIKAUPPLYSNING

HOLM-IVARSSON, B (2009) MI, MOTIVERANDE SAMTAL – PRAKTISK HANDBOK FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

JENNER, H (1995) NYTTA OCH ETIK I DET SOCIALA ARBETET LUND: STUDENTLITTERATUR

JENNER, H (2003) MOTIVATION, TILLIT OCH DELAKTIGHET. I: BLIR DET BÄTTRE MED BEHANDLING?

(RAPPORTEN UTGIVEN AV FORSKNINGSRÅDET FÖR ARBETSLIV OCH SOCIALVETENSKAP (FAS). KAN LADDAS NER VIA WWW.FAS.SE)

LALANDER, P (2008) JORDEN GÅR RUNT: GATUKULTUR, NY ETNICITET OCH DROGER STOCKHOLM: LIBER

NÄSHOLM, C (2003) DIALOG ISTÄLLET FÖR FÖRELÄSNING: MOTIVERANDE SAMTAL KRING LIVSSTILSFÖRÄNDRING STOCKHOLM: MERCK AB

Frågor som för framåt

VAD ÄR VIKTIGT NÄR NI SJÄLVA HAR ANLEDNING ATT KONTAKTA VÅRDEN? HUR SKULLE NI VILJA BLI BEMÖTTA?

.....

.....

Viktiga begrepp för bemötande är aktning, respekt, ärlighet, äkthet, förståelse och empati. För att skapa förutsättningar för förändring krävs ett bemötande av tilltro, hopp och engagemang samtidigt med realism.

HUR SKA DE PERSONER NI MÖTER MÄRKA ATT DET FINNS EN SÅDAN HÅLLNING PÅ ER ARBETSPLATS?
GE KONKRETA EXEMPEL PÅ HUR NI VILL ATT DET SKA MÄRKAS.

.....

.....

VILKA SIGNALER OM BEMÖTANDE SÄNDER ERA LOKALER TILL DE PERSONER SOM BESÖKER ER?

.....

.....

VILKA SIGNALER OM BEMÖTANDE SÄNDER GRADEN AV TILLGÄNGLIGHET TILL ATT FÅ KONTAKT MED ER?

.....

.....

Faktorer i organisationen spelar en viktig roll för att stärka en arbets- och behandlingsallians. Faktorerna kan handla om att det finns en tydlig fördelning av ansvars- och beslutsfunktioner, klarhet och tydlighet i strukturen och hög interaktionsnivå mellan behandlare och brukare.

HUR SER DE ORGANISATORISKA FÖRUTSÄTTNINGARNA UT HOS ER?

.....

.....

I professionellt arbete som rör missbruk och beroende behöver det finnas en kunskap om vad som särskilt krävs i mötet när en person har någon form av personlighetsstörning eller psykiska problem.

VAD TYCKER NI KRÄVS AV ER FÖR ATT BÄST MÖTA PERSONER MED OLIKA FORMER AV PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR ELLER PSYKISKA PROBLEM?

.....

.....

GE EXEMPEL PÅ SITUATIONER DÄR NI KUNNAT SE HINDER FÖR FÖRÄNDRING SOM HANDLAT OM ATT PERSONER HAFT SVÅRT ATT FORMULERA MÅL, SVÅRT ATT ORKA OCH PROBLEM MED TILLIT TILL DEN EGNA FÖRMÅGAN, TILL DEN HJÄLP SOM ERBJUDS ELLER I FÖRHÅLLANDE TILL NÄTVERKET

.....

.....

GE OCKSÅ EXEMPEL PÅ HUR NI SOM PROFESSIONELLA HAR MEDVERKAT TILL ATT STÄRKA BRUKAREN I SÅDANA SITUATIONER.

.....

.....

.....

Riskbruk och screening

(Inspelad föreläsning nummer 7 och 17 se bilaga 1)

Riskbruk är som begrepp bara gångbart beträffande alkohol. Det är inte någon diagnos utan avser en konsumtion som antingen utifrån mängden alkohol eller genom dryckesmönstret medför risk för skador. För att få ett gemensamt konsumtionsmått används begreppet standardglas. Ett standardglas alkohol innehåller 12 gram ren alkohol och finns i ett glas bordsvin (12-15 cl), en flaska starköl (33 cl, 5 procent), ett litet glas dessertvin (8 cl) eller en grogg (knappt 4 cl sprit). Den mängd som utgör övre gränsen för måttligt regelbundet drickande är 9 standardglas per vecka för kvinnor och 14 standardglas per vecka för män. Berusningsdrickande är alltid ett riskbruk och avser fyra standardglas eller mer vid ett och samma tillfälle för kvinnor, och fem glas eller mer för män.

Vem är riskkonsument?

Konsumtionen beräknas genom att multiplicera antalet standardglas med antalet dagar per vecka.

- Män ≥ 14 glas/vecka
- Kvinnor ≥ 9 glas/vecka

Berusningsdrickande

- Män ≥ 5 glas på en gång
- Kvinnor ≥ 4 glas på en gång

Totalkonsumtionsmodellen säger oss att ju högre medelkonsumtion av alkohol som finns i samhället desto högre är antalet personer som far illa av sitt drickande. Konsumtionen ökade i Sverige från mitten av 1990-talet till 2004 med ca 30 procent. Under en tioårsperiod fram till 2005 ökade samtidigt andelen personer med riskabla alkoholvanor med 50 procent för män och 100 procent för kvinnor. Med en ökad totalkonsumtion kommer också fler personer att uppfylla diagnoskriterierna för skadligt bruk och beroende.

Skadligt bruk (enligt ICD 10)

1 av 4 nedanstående kriterier ska vara uppfyllda under den senaste 12-månadersperioden

- Ej fullgjort sina skyldigheter (arbete, skola, hem)
- Risk för fysisk skada
- Taget av polis för fylleri
- Fortsatt drickande trots återkommande problem

Kriterierna för beroende ska inte vara uppfyllda

Beroende (enligt ICD-10 och DSM-IV)

3 av nedanstående 6 kriterier ska vara uppfyllda under den senaste 12-månadersperioden

- Stark längtan efter drogen
- Svårigheter att kontrollera intaget
- Fortsatt användning trots skadliga effekter
- Prioritering av droganvändningär högre än andra aktiviteter och förpliktelser
- Ökad tolerans
- Fysiska abstinenssymtom

Mycket av den traditionella missbruks- och beroendevården fokuserar på personer som är beroende. Utan att förringa de insatser som görs på olika nivåer och med andra utgångspunkter, är det de förebyggande tidiga insatser, som kort rådgivning, som visat sig vara mest framgångsrika (SBU 2001).

För att snabbt få en uppfattning om en persons alkoholvanor är screeninginstrument/frågeformulär användbara. De vanligaste screeninginstrumenten när det gäller alkohol är AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) och CAGE (Cut down, Annoyance, Guilt, Eye-opener). AUDIT består av tio frågor. De tre första frågorna tar upp hur ofta man dricker, hur mycket alkohol det är vid ett typiskt tillfälle och berusningsdrickade, de kan användas separat och kallas då AUDIT-3. CAGE består av fyra Ja- och Nej-frågor. För narkotika och läkemedel finns DUDIT (Drug Use Disorder Identification test). Det bör understrykas att screeningformulär inte är några diagnosinstrument.

Alla screeningformulär måste kombineras med ett kliniskt omdöme, däremot är inte ett kliniskt omdöme tillräckligt för att i någon större utsträckning uppmärksamma alkoholproblem. Screening kan också ske med hjälp av kemiska markörer för alkoholkonsumtion. Motiven till provtagning kan skifta, men det är viktigt att patienten informeras om syftet. Det vanligast markörerna är CDT och GT som kan användas för att identifiera ett långvarigt bruk, hög alkoholkonsumtion. När narkotika ska identifieras ska urintest användas. De biologiska markörerna kan komplettera AUDIT, CAGE etc.

Kort alkoholrådgivning vid riskbruk

En kort alkoholrådgivning vid missbruk skulle kunna förberedas och genomföras på följande sätt:

1. Bestäm hur screening ska läggas upp - exempelvis vid nybesök, vid hälsokontroller, alla patienter under vissa perioder, vid vissa diagnoser.
2. Bestäm screeningmetod – AUDIT, AUDIT 3 eller livsstilstest
3. Kort rådgivning – om möjligt ges kort rådgivning till riskkonsumenter direkt (5-10 minuter). Annars bokas en ny tid omgående för återbesök.
Börja med bedömning av beredskap till förändring
 - Använd motivationskorset som samtalsupplägg
 - Okomplicerad högkonsument: ingen ytterligare åtgärd, förutom uppföljning
 - Patient med tyngre problem: hänvisa till kurator på vårdcentral om sådan finns, alternativt till beroendemottagning
4. Dokumentera/följ upp
5. Telefonuppföljning efter 2-3 veckor

Lästips

ALKOHOL OCH HÄLSA – EN KUNSKAPSOVERSIKT OM ALKOHOLENS POSITIVA OCH NEGATIVA EFFEKTER PÅ VÅR HÄLSA STATENS FOLKHÄLSOINSTITUT (2005)

JOHANSSON, K & WIRBING, P (2005) RISKBRUK OCH MISSBRUK: ALKOHOL, LÄKEMEDEL, NARKOTIKA: UPPMÄRKSAMMA, MOTIVERA OCH BEHANDLA INOM PRIMÄRVÅRD, SOCIALTJÄNST OCH PSYKIATRI STOCKHOLM: NATUR OCH KULTUR

VÅRDPROGRAM GÄLLANDE RISKBRUK AV ALKOHOL: LANDSTINGET KALMAR LÄN

Frågor som för framåt

KARTLÄGGNING MED HJÄLP AV AUDIT MED EFTERFÖLJANDE KORT RÅDGIVNING ERBJUDS FRÄMST INOM PRIMÄRVÅRD OCH FÖRETAGSHÄLSOVÅRD. KAN DET ERBJUDAS INOM ANDRA ARENOR? SOCIALTJÄNST? PSYKIATRI?

.....

.....

VAD SKULLE DET INNEBÄRA FÖR ER VERKSAMHET ATT INFÖRA ETT SCREENINGINSTRUMENT SOM EXEMPELVIS AUDIT? SKULLE NÅGON SÄRSKILD MÅLGRUPP VARA RELEVANT ATT STARTA MED?

.....

.....

.....

HUR SKULLE NI SJÄLVA UPPFATTA ATT BLI ERBJUDEN ATT FYLLA I ETT FORMULÄR SOM AUDIT NÄR NI BESÖKER EN VÅRD-CENTRAL FÖR VÄRK I ETT KNÄ? VILKEN INFORMATION OM SYFTET MED ATT FYLLA I AUDIT SKULLE NI I SÅ FALL ÖNSKA? HAR KONTAKTANLEDNINGEN NÅGON BETYDELSE?

.....

.....

.....

OM NI REDAN ANVÄNDER ETT SCREENINGINSTRUMENT:

VEMS ÄR DET IFYLLDA FORMULÄRET, ERT ELLER BRUKARENS? VAD GÖR NI MED MATERIALET?

.....

.....

HUR ÅTERKOPPLAR NI RESULTATEN TILL BRUKAREN?

.....

.....

VAD LEDER SCREENINGEN TILL? SKER NÅGON UPPFÖLJNING?

.....

.....

.....



Utredning, behandlingsplanering och dokumentation

(Inspelade föreläsningar nummer 16, 17, 18, 19, 20, 21 och 22, se bilaga 1)

Om ett missbruk eller beroende konstaterats exempelvis genom screening och diagnostisering (se föregående avsnitt) behövs en noggrann utredning som underlag för en behandlingsplanering. Gruppen personer med missbruk eller beroende är mycket heterogen utifrån sin bakgrund, livssituation och problembild. Det gemensamma är en sårbarhet för alkohol eller narkotika. All behandlingsplanering startar i mötet med brukaren och hur mötet utformas har stor betydelse. Behandlingsplaneringen ska grunda sig på en strukturerad och väldokumenterad kartläggning. Olika former av informationsinhämtande kan ske genom exempelvis samtal, halv- eller helstrukturerade intervjuer, skattningsskalor, frågeformulär och kartläggningsinstrument. Det behövs kunskaper om missbruket och det behövs också information om människans hela person och livssituation med olika sociala, medicinska och psykologiska förhållanden – problem och resurser. Inte minst viktigt är att få reda på vad brukaren har för erfarenheter av tidigare vård samt vilka idéer han eller hon har om vad som kan hjälpa i den situation han eller hon befinner sig.

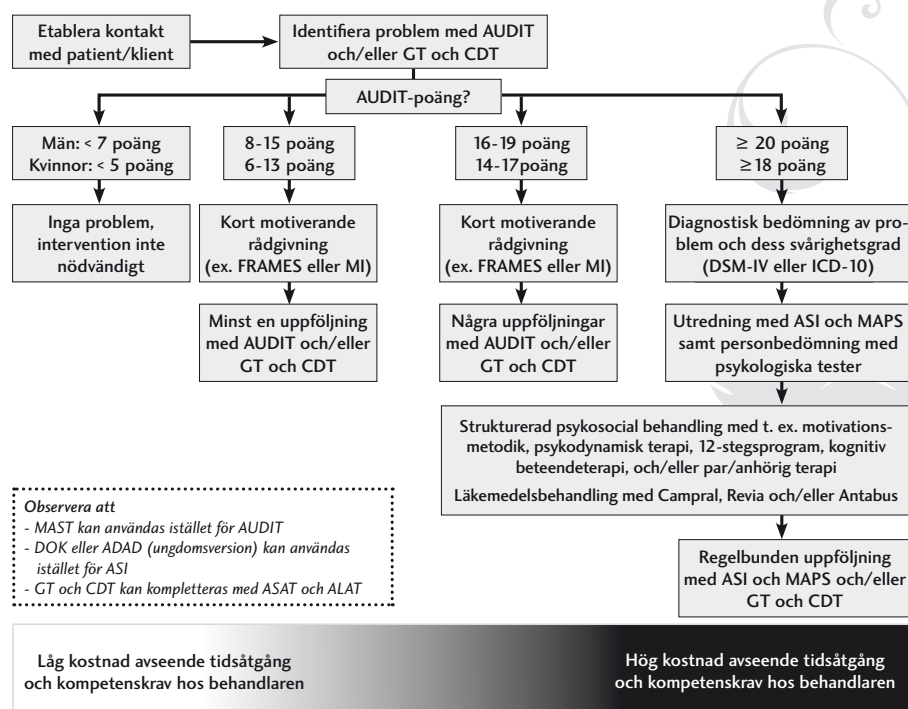
ASI (Addiction Severity Index) och DOK (Dokumentation och utvärdering inom missbruksvården) är bedömnings- och kartläggningsinstrument som används när personer har ett konstaterat missbruk eller beroende och för att få information om hela livssituationen. ADAD (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) är ett instrument särskilt inriktat på ungdomar 12 – 18 år med sociala problem. Instrumenten är utformade för att också användas vid uppföljning.

Instrument för diagnostiska test är exempelvis ADDIS (Alkohol och DrogDiagnos Instrument), SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) och MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview). ADDIS har fokus på alkohol och narkotika och kan genomföras av de som genomgått utbildning i metoden. SCID och MINI används vid en bred psykiatrisk genomgång och kräver att användarna är psykiatriker, psykiatrisjuksköterskor eller kliniska psykologer.

En kartläggning kan dra ut på tiden och får inte hindra nödvändiga insatser under tiden. En viktig del av att använda kartläggningsinstrument är att det sker en återkoppling av resultat till den enskilde och att återkopplingen sker med lyhördhet för hur den enskilde tar emot den. En kartläggning kan i sig fungera motiverande. Såväl utredning som insatser behöver dokumenteras och följas upp.

En modell för utredning med instrumentens (även screeningsinstrumentens) plats i utredningskedjan beskrivs här. Som alternativ till ASI och MAPS, som nämns i figuren nedan, kan DOK användas.

Alkohol – upptäcka, utreda, bedöma, planera, behandla och följa upp



Källa: Claudia Fahlike, Ulf Berggren & Jan Balldin

Nytta av att använda bedömnings- och kartläggningsinstrument

Nytta för berörda brukare: Vilken nytta uppfattar ni att berörda personer har haft av att ni använt ett bedömnings- och kartläggningsinstrument? I de fall ni inte har tidigare erfarenhet - vilken nytta skulle brukare kunna ha? Ser ni några risker?

Nytta för er yrkesutövning: Viken nytta har ni haft av att ha använt ett bedömnings- och kartläggningsinstrument?? I de fall ni inte har tidigare erfarenhet - vilken nytta tror ni att ni skulle kunna ha? Ser ni några risker?

Nytta för samarbete med andra aktörer: Viken nytta uppfattar ni att ni och era samarbetspartners haft av att ha använt ett bedömnings- och kartläggningsinstrument?? I de fall ni inte har tidigare erfarenhet - vilken nytta tror ni att ni tillsammans med samarbetsaktörer skulle kunna ha? Ser ni några risker?

Lästips

ANDERBERG, M & DAHLBERG, M STRUKTURERADE INTERVJUER INOM MISSBRUKSVÅRDEN – SOM EN GRUND FÖR KUNSKAPSUTVECKLING (VÄXJÖ UNIVERSITY PRESS, 2009)

ASI - ANVÄNDARANVISNING/ MANUAL, INTERVJUER SAMT ASI- FILMEN. KAN LADDAS NER FRÅN WWW.SOCIALSTYRELSEN.SE

BESLUT PÅ BÄTTRE GRUNDER – EN HANDBOK FÖR ASI-ANVÄNDARE. UTGIVEN AV IMS. KAN LADDAS NER FRÅN WWW.SOCIALSTYRELSEN.SE

DOKUMENTATION VID HANDLÄGGNING AV ÄRENDEN OCH GENOMFÖRANDE AV INSATSER ENLIGT SOL, LVU, LVM OCH LSS. SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD 2006:5.

MELIN, A-G & NÄSHOLM, C (1998) BEHANDLINGSPLANERING VID MISSBRUK LUND: STUDENTLITTERATUR

ROSELIUS, M & SUNDELL, K RED (2008) ATT FÖRÄNDRA SOCIALT ARBETE: FORSKARE OCH PRAKTIKER OM IMPLEMENTERING SOCIALSTYRELSEN

WWW.IKMDOK.SE

WWW.STAT-INST.SE

Frågor som för framåt

Det finns många fördelar med att skapa modeller med flödesscheman enligt vårdprogram och metoder. Men de kan också leda till en del nackdelar eftersom det kan skapa en föreställning om att det finns en metod som fungerar för alla. Det är oerhört viktigt att varje brukare ses som unik med individuella förutsättningar, vilket kräver flexibel planering och mångfald i insatserna

VAD GRUNDAR NI UTREDNING OCH BEHANDLINGSPLANERING PÅ IDAG?

.....

MED VILKA OLIKA METODER GENOMFÖRS KARTLÄGGNINGEN?

.....

VILKA INSTRUMENT FÖR KARTLÄGGNING ANVÄNDS AV OLIKA SAMARBETSAKTÖRER INOM ERT NÄROMRÅDE, DET VILL SÄGA VAD KAN BRUKARE TÄNKAS MÖTA I SINA OLIKA KONTAKTER INOM VÅRDEN?

.....

I VILKEN UTSTRÄCKNING SAMARBETAR OLIKA AKTÖRER UNDER UTREDNINGEN? HUR UTREDS PROBLEM IDAG NÄR DET GÄLLER PSYKIATRISK SAMSJUKLIGHET? ANVÄNDS RESULTAT FRÅN KARTLÄGGNINGARNA VID UTARBETANDE AV EN SAMORDNAD VÅRDPLAN?

.....

HUR FÖLJER NI UPP HUR DET GÅR FÖR DE PERSONER NI MÖTER IDAG? FINNS DET EN FORM FÖR SYSTEMATISK DOKUMENTATION SOM KAN UTGÖRA UNDERLAG FÖR UPPFÖLJNING?

.....

FÖR ATT SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN ARBETS- OCH BEHANDLINGSALLIANS BEHÖVS SÅVÄL EN GOD RELATION SOM STRUKTUR OCH INNEHÅLL – VILKA ERFARENHETER HAR NI AV KARTLÄGGNINGS- OCH BEDÖMNINGSTRUMENTENS ROLL FÖR EN ARBETS- OCH BEHANDLINGSALLIANS?

.....

ATT ANVÄNDA KARTLÄGGNINGS- OCH BEDÖMNINGSTRUMENT VÄCKER OLIKA ETISKA FRÅGOR. VAD ANSER NI ATT MAN BEHÖVER HA SÄRSKILD ETISK VAKSAMHET FÖR? ÄR DET TILL EXEMPEL ETISKT FÖRSVARBART ATT STÄLLA FRÅGOR OM MAN INTE SAMTIDIGT KAN ERBJUDA INSATSER FÖR SÅDANT SOM KAN KOMMA FRAM? ÄR DET ETISKT FÖRSVARBART OM VARJE BEHANDLARE SJÄLV VÄLJER VILKA FRÅGOR SOM SKA STÄLLAS?

.....

KAN SYSTEMATISK KARTLÄGGNING BIDRA TILL UTVECKLING AV ETT DIFFERENTIERAT VÅRDUTBUD?

HUR INFORMERAR NI BRUKAREN OM VAD KARTLÄGGNINGEN SKA ANVÄNDAS TILL?

.....

OM NI REDAN ANVÄNDR ASI, DOK ELLER ADAD:
HUR MOTIVERAR NI BRUKARE ATT DELTA?

HUR ÅTERKOPPLAS RESULTATET TILL BRUKAREN?

HUR FÖLJS ANVÄNDNINGEN UPP?

SÄRSKILT OM DOKUMENTATION INOM SOCIALTJÄNSTEN

UPPFYLLER ARBETSPLATSENS DOKUMENTATION DE KRAV SOM STÄLLS UTIFRÅN RÄTTSSÄKERHET OCH INTEGRITET FÖR BRUKAREN?

.....

.....

HUR PLANERAR NI EVENTUELLT FORTSATT STÖD EFTER GENOMGÅNGEN BEHANDLING?

.....

.....

UPPFYLLER ARBETSPLATSENS DOKUMENTATION DE KRAV SOM STÄLLS FÖR ATT UTARBETA EN VÅRDPLAN/SAMORDNAD VÅRDPLAN?

.....

.....

HUR ARBETAR NI FÖR ÖPPENHET, DIALOG OCH INSYN I DOKUMENTATIONEN I FÖRHÅLLANDE TILL BRUKAREN?

.....

.....

SÄRSKILT OM DOKUMENTATION INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

UPPFYLLER ARBETSPLATSENS DOKUMENTATION DE KRAV SOM STÄLLS UTIFRÅN RÄTTSSÄKERHET OCH INTEGRITET FÖR BRUKAREN?

.....

.....

UPPFYLLER ARBETSPLATSENS DOKUMENTATION DET UNDERLAG SOM KAN BEHÖVAS FÖR ATT SKRIVA TILL EXEMPEL ETT LVM-INTYG?

.....

.....

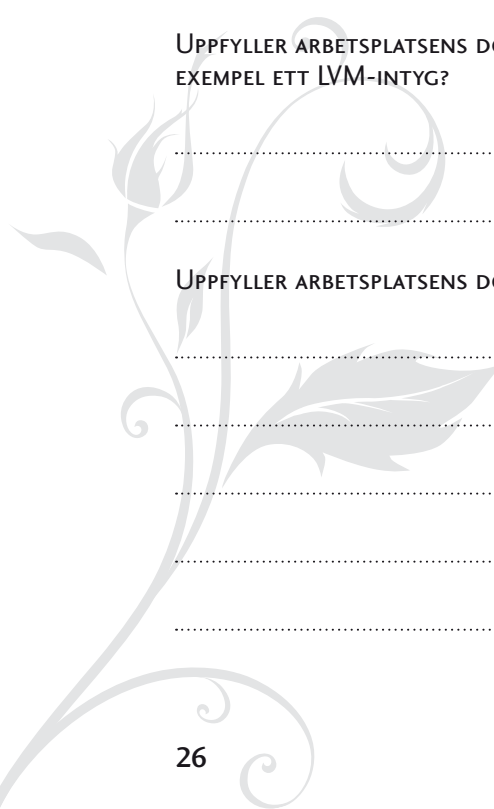
UPPFYLLER ARBETSPLATSENS DOKUMENTATION DET SOM KRÄVS FÖR ATT UTARBETA EN SAMORDNAD VÅRDPLAN?

.....

.....

.....

.....



Evidensbaserade metoder

(Inspelade föreläsningar nummer 23, 24, 25 och 26, se bilaga 1)

Vi skiljer mellan evidensbaserade metoder och evidensbaserad praktik. Med evidensbaserade metoder menar vi metoder som det finns vetenskapligt stöd för, medan evidensbaserad praktik handlar om att väga samman bästa rådande evidens, med brukares erfarenhet och önskemål och de professionellas erfarenhet och yrkeskompetens. Detta avsnitt avgränsas till evidensbaserade metoder.

Val av behandling styrs av en mängd faktorer som vägs ihop, exempelvis kön, ålder, typ av drog profil och omfattning, somatiska, sociala och psykiska faktorer liksom brukarens insikt, ambivalens och tidigare behandlingserfarenheter.

För all behandling vid missbruk eller beroende, oavsett om det rör alkohol eller narkotika, är det fyra punkter som står fram som de allra viktigaste:

- Fokus på kärnproblemet – missbruket
- Hög grad av struktur
- Tillräckligt lång tid
- Fokus både på psykisk störning och missbruk

Psykosociala metoder

I de nationella riktlinjerna har begreppet psykosocial behandling inom missbruks- och beroendevården definierats. Dels ska vissa grundkriterier vara uppfyllda som rör evidens, intention, kompetens och terapeutisk kontext. Dels ska interventionen rikta sig till den enskildes psykologiska och sociala (psykosociala) livssituation med fokus på missbruket. Interventionen ska främst syfta till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar med fokus på missbruket.

Metoder – evidensbaserade eller inte - står endast för en liten del av de faktorer som förklarar förändring vid missbruk eller beroende. För att ge goda resultat vid behandling av alkoholproblem krävs till exempel att personen avstår från alkohol, personen finner redskap för att hantera positiva förväntningar, sug och negativa känslöstämningar, livsstilen ändras, närstående involveras och att man får stöd och behandling även för andra problem. Arbets- och behandlingsalliansen mellan den professionelle och brukaren är grundläggande för all behandling.

Särskilda behandlingsformer som rekommenderas i de nationella riktlinjerna är rådgivande och motivationshöjande behandling, KBT, psykodynamisk terapi, familjeterapi, 12-stegsbehandling – utan inbördes ordning. Ett gemensamt drag är att behandlingen ska ha ett klart och uttalat fokus på missbruket. Det sker hela tiden en utveckling av kunskap om vad som ger effekt, nya studier görs, och vad som på senare tid framkommit som lovande vid narkotikamissbruk är när behandling efter institution (till exempel i kriminalvård) är upplagd i obrutna kedjor.

Specifika arbetssätt har större effekt än sådana som är ospecifika. Med specifika menas att metodens komponenter och arbetssätt är väl beskrivna, ofta i manual, att metoden ger struktur och är teoribaserad samt att det finns utbildade behandlare som ges handledning.

Många människor med missbruks-/beroendeproblem söker inte vård. För dem kan en positiv utveckling ändå ske utan behandlingsinsatser. Detta brukar kallas "sjävläkning". I jämförelse med personer som fått behandling har personer som klarat sig ur ett missbruk eller beroende på egen hand oftare någon eller några fungerande sociala kontakter. För att underlätta hjälp till självhjälp är det viktigt att skapa hopp om att sjävläkning är möjlig och att omgivningen är viktig. Det bör finnas lättillgänglig information om Internetbaserat stöd.

För brukare som kommer tillbaka gång på gång till en vårdverksamhet kan man behöva diskutera att gå ”från intensitet till extensitet”. Istället för oregelbundet återkommande intensiva insatser (tvångsvård, behandlingshem etcetera) kan kontinuerlig lågintensiv kontakt, återkommande socialt och medicinskt stöd, mobilisering av läkande krafter i levnadsmiljön och snabbt ingripande i akuta lägen vara nödvändigt.

Farmakologiska metoder

I samband med abstinens finns ett antal läkemedel som dämpar de fysiska och psykiska symptom som uppstår då alkoholen eller narkotikan lämnar kroppen. Vilket läkemedel som rekommenderas är avhängigt av vad som orsakat abstinensen, i kombination med individrelaterade faktorer.

I behandlande syfte vid alkoholmissbruk/- eller beroende är det vanligast förekommande förskrivna läkemedlet Disulfiram (Antabus), med syftet att förhindra alkoholkonsumtion genom att medlet i kombination med alkohol ger negativa effekter. Preparatet har effekt om det ges under övervakning som t.ex. av en behandlare eller arbetskamrat. Andra läkemedel är Naltrexon, som dämpar själva effekten av alkohol och Akamprosat som dämpar merbegäret, ”suget”. Båda preparaten har i utvärderingar visat sig ha god effekt med minskad risk för återfall, minskat alkoholsug och fler helnyktra dagar som resultatkriterier. Förskrivningen i Sverige är dock mycket låg i relation till antalet personer med alkoholberoende. För ett positivt behandlingsresultat förordas att den läkemedelsassisterade behandlingen kombineras med någon form av psykosocial behandling.

Vid opiatmissbruk sker underhållsbehandling med metadon eller buprenorfin (Subutex, Suboxone). Preparatens verkansmekanism är att ersätta den illegala narkotikan. Därmed skapas en möjlighet till att bygga upp en stabil livssituation. Detta förutsätter ett nära samarbete mellan specialistklinik och socialtjänst.

Lästips

BEHANDLING AV ALKOHOL- OCH NARKOTIKAPROBLEM – EN EVIDENSBASERAD KUNSKAPSSAMMANSTÄLLNING STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK UTVÄRDERING (2001)

BLOMQVIST, J (2009) BEHÖVS BEHANDLING? OM SJÄLVLÄKNING OCH DESS IMPLIKATIONER FÖR HJÄLPSYSTEMET I RED BILLINGER & HUBNER ALKOHOL OCH DROGER – SAMHÄLLSVETENSKAPLIGA PERSPEKTIV GLEERUPS

LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING AV HEROINMISSBRUKARE- EN KUNSKAPSÖVERSIKT SOCIALSTYRELSEN (2004)

NATIONELLA RIKTLINJER FÖR MISSBRUKS- OCH BEROENDEVÅRDEN - VÄGLEDNING FÖRSOCIALTJÄNSTENS OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS VERKSAMHET FÖR PERSONER MED MISSBRUKSPROBLEM SOCIALSTYRELSEN (2007)

SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD OM LÄKEMEDELSASSISTERAD UNDERHÅLLS -BEHANDLING VID OPIATBEROENDE SOSFS 2004:8

Frågor som för framåt

Hur enkelt är det för personer som besöker er hemsida att hitta länkar till självhjälsprogram till exempel www.alkoholhjalpen.se eller www.e-screen.se?

VILKA ARBETSSÄTT/METODER ANVÄNDS VID ARBETSPLATSEN? LISTA ARBETSSÄTT OCH METODER SOM ANVÄNDS, EXEMPELVIS "PARSAMTAL", "ASI- ELLER DOK". SAMMANSTÄLL TILL EXEMPEL PÅ DET HÄR SÄTTET (ETT EXEMPEL HAR ANGETTS)

Vad?	För vem? (målgrupp)	Av vem?	När?
ASI/DOK	Alla besökare där ett missbruk eller beroende konstaterat	Kurator och sjuk-sköterska	Helt klart vid fjärde besöket

DISKUTERA VAD INNEHÅLLET ÄR I ARBETSSÄTTEN/METODERNA, MENAR NI SAMMA SAK? VAD INNEBÄR EXEMPELVIS "SAMTAL"?

.....

VILKA AV DE ARBETSSÄTT/METODER NI LISTAT ÄR SPECIFIKA? (ÉN DEFINITION AV VAD SOM MENAS MED SPECIFIK FINNS I TEXTEN OVAN).

.....

HAR SAMARBETSÅKTÖRER TILLGÅNG TILL ANDRA ARBETSSÄTT/METODER ÄN VAD NI HAR OCH HUR KAN I SÅ FALL BESÖKARE HOS ER FÅ TILLGÅNG TILL DEM?

.....

KAN NI ERBJUDA ETT DIFFERENTIERAT VÅRDUTBUD OCH ETT PSYKOSOCIALT STÖD I ERT NÄROMRÅDE (ALLT IFRÅN ABSTINENSBEHANDLING TILL BOENDE OCH SYSSÄTTNING)? VILKA MÖJLIGHETER HAR NI ATT ERBJUDA INSATSER SAMTIDIGT OCH INTEGRERAT? HUR SER DET UT?

.....

VILKA ARBETSSÄTT/METODER ANVÄNDS FÖR ATT INVOLVERA NÄRSTÅENDE OCH ANDRA VIKTIGA PERSONER I BRUKARENS OMGIVNING?

.....

HUR GÖR NI FÖR ATT ERBJUDA KONTINUITET NÄR DET GÄLLER PERSONAL, METOD, STRUKTUR OCH INFORMATION INOM MISSBRUKS- OCH BEROENDEVÅRDEN?

.....

.....

HUR OFTA OCH NÄR FÖLJER NI UPP BEHANDLINGSRISULTATEN?

.....

VAD GÖR NI OM NI UPPTÄCKER ATT BEHANDLINGEN INTE LETT TILL AVSETT RESULTAT? BERODDE DET PÅ ATT INSATSEN VAR FEL FÖR PERSONEN?

.....

ERBJÖDS DEN VID FEL TILLFÄLLE? VAR DEN FÖR KORT? TOG DEN INTE HÄNSYN TILL RÄTT FAKTORER? HAR BRUKARENS ÖNSKEMÅL VÄGTS IN? HADE NI TAGIT REDA PÅ VAD BRUKAREN HADE FÖR FÖRVÄNTNINGAR?

.....

VEMS ÄR "MISSLYCKANDET"? BRUKARENS? ÖPPENVÅRDENS/BEHANDLINGSINSTITUTIONENS? PLACERARENS?

.....

KAN ABSTINENSBEHANDLING ERBJUDAS I ERT NÄROMRÅDE?

.....

TILL VILKA MÅLGRUPPER ÄR DET RELEVANT ATT FÖRSKRIVA DISULFIRAM(ANTABUS)? NALTREXON? AKAMPROSAT?

.....

VAD TROR NI ÄR SKÄLET TILL ATT NALTREXON OCH AKAMPROSAT FÖRSKRIVS I SÅ LITEN OMFATTNING?

.....

VAD KAN GÖRAS FÖR ATT FLER PERSONER SKA FÅ ETT MEDICINSKT STÖD TILLSAMMANS MED PSYKOSOCIAL BEHANDLING? VAD HAR NI SOM VÅRDGIVARE FÖR INSTÄLLNING TILL DENNA TYP AV KOMBINERAD BEHANDLING?

.....

PÅ FLERA STÄLLEN I SVERIGE ÄR DET LÅNGA KÖER FÖR ATT FÅ FÖRSKRIVNING AV METADON OCH BUPRENORFIN (SUBUTEX OCH SUBOXONE). HUR ÄR DET HOS ER?

.....

LEVER NI UPP TILL VÅRDGARANTIN(FÖR DEFINITION SE WWW.VARDGUIDEN.SE) NÄR DET GÄLLER PERSONER MED MISSBRUKS- OCH BEROENDEPROBLEM?

.....

I VILKA SITUATIONER ÄR DET RELEVANT ATT SJUKSKRIVA EN PERSON FÖR ALKOHOL- ELLER NARKOTIKARELATERADE PROBLEM? FÖLJS SOCIALSTYRELSENS NYLIGEN UTGIVNA RIKTLINJER?

.....

.....

.....

.....

Lagstiftning

(Inspelade föreläsningar nummer 27, 28 och 29, se bilaga 1)

Lagar inom socialtjänstområdet respektive hälso- och sjukvården som man bör ha kännedom om vid arbete i missbruks- eller beroendevård är följande:

- Förvaltningslagen
- Hälso- och sjukvårdslagen, HSL
- Sekretesslagen
- Socialtjänstlagen, SoL
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM
- Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU
- Lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- Patientdatalagen

Observera att det pågår översyner av flertalet lagar och att det kan ha lämnats förslag eller fattats beslut om ändringar under 2009 och 2010.

För hälso- och sjukvården samt socialtjänsten gäller enligt huvudregeln i 7 kap 14 § sekretesslagen, sekretess för uppgifter om en enskilds personliga förhållanden om det inte står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Det finns situationer där sekretess bryts. Det är när det föreligger en uppgiftsskyldighet, vid särskilt uppräknade fall exempelvis vid brott mot barn, samt vid brukares medgivande.

Med en ny bestämmelse som infördes år 2008 i 14 kap 2 § sekretesslagen hindrar inte sekretessen att uppgift om enskild, eller närstående till denne, lämnas från myndighet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten till annan sådan myndighet, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd i fyra uppräknade fall. Det gäller om den enskilde inte har fyllt arton år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård eller lagen om rättspsykiatrisk vård eller är gravid, och det behövs för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla det till socialtjänsten. Myndigheter har skyldighet att anmäla till socialtjänsten när det handlar om missförhållanden som rör barn (14 kap 1 § SoL).



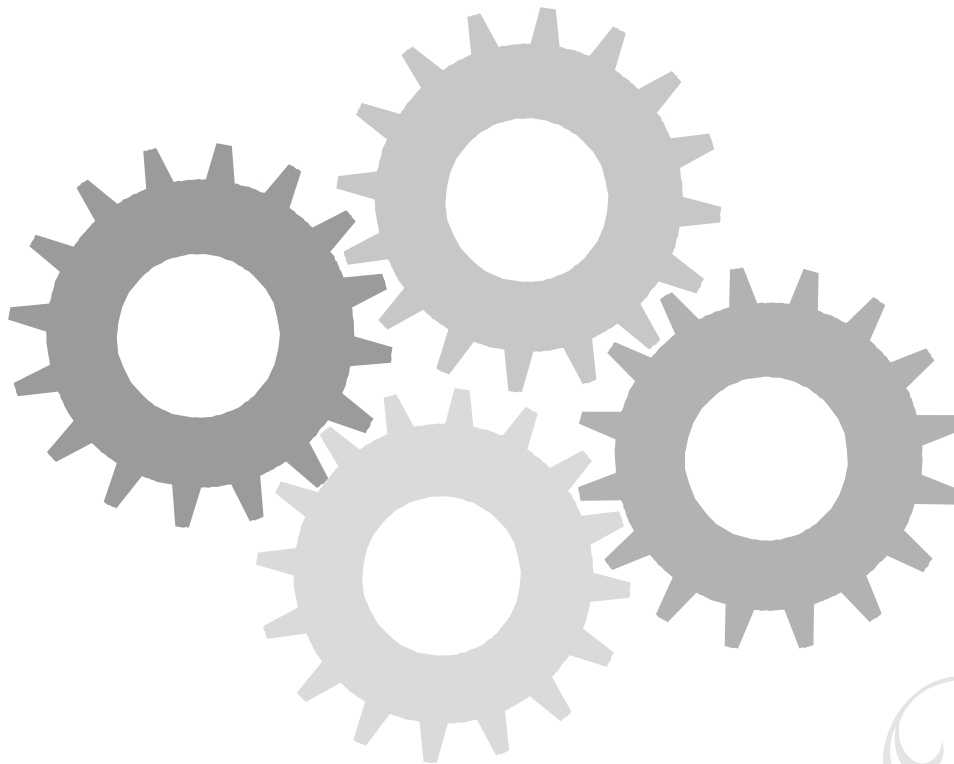
Samverkan

(Inspelad föreläsning nummer 30, se bilaga 1)

Människor med en missbruks- eller beroendeproblematik behöver ofta insatser från olika håll. Och för att de professionella ska kunna möta människor utifrån en helhetssyn på behov och insatser måste de aktörer som finns runt brukaren samarbeta. De viktigaste faktorerna för fungerande samverkan är att det finns:

- Strukturella betingelser för samverkan
- Respekt och förståelse för varandra
- Samverkanskompetens

Kunskap om varandra är en viktig förutsättning för respekt och förståelse och för att inte skapa onödiga hinder för samverkan. Den kunskap man kan behöva kan handla om regler, uppdrag, organisatoriska restriktioner, synsätt, kompetenser, resurser med mera. I grunden handlar det också om kunskapen om det egna uppdraget.



Lästips

DANERMARK, B (2004) SAMVERKAN – EN FRÅGA OM MAKT ÖREBRO: LÄROMEDIA

HUR KAN VI HJÄLPAS ÅT?- OM SAMVERKAN OCH UTVECKLINGSARBETE BLAND VERKSAMHETER SOM ARBETAR MED PERSONER MED KOMPLEXA VÅRDBEHOV PÅ GRUND AV PSYKISK SJUKDOM OCH MISSBRUK - SLUTRAPPORT FRÅN KPM-PROJEKTET (2007). KAN LADDAS NER FRÅN WWW.SN-DD.SE

SAMVERKAN, VÅRDKEDJOR OCH STANDARDISERADE BEDÖMNINGSTRINOR I MISSBRUKARVÅRDEN- UTVÄRDERING AV MODELLKOMMUNPROJEKTET MOBILISERING MOT NARKOTIKA (2006)

STRATEGI FÖR SAMVERKAN – KRING BARN OCH UNGA SOM FAR ILLA ELLER RISKERAR ATT FARA ILLA MYNDIGHETEN FÖR SKOLUTVECKLING, RIKSPOLISSTYRELSEN, SOCIALSTYRELSEN (2008)

Frågor som för framåt

Arbetet inom missbruks- och beroendevården ska ha brukarens behov i fokus, utgå från en helhetssyn och erbjuda olika insatser samtidigt. Det kräver gränsöverskridande samverkan.

VILKA ÄR DE AKTÖRER SOM NI OFTAST HAR ANLEDNING ATT SAMARBETA MED?

.....

DISKUTERA VILKET UPPDRAG NI HAR VID DEN EGNA ARBETSPLATSEN. VAD FÅR NI OCH VAD FÅR NI INTE? FINNS UPPDRAGET UTTRYCKT I NÅGOT DOKUMENT? ÄR UPPDRAGET TILLRÄCKLIGT TYDLIGT ELLER BEHÖVS DET KLARLÄGGANDEN?

.....

.....

DISKUTERA VIDARE VAR GRÄNSERNA GÅR FÖR DEN EGNA YRKESROLLEN VID ARBETSPLATSEN. VAD GÖR NI OCH VAD GÖR NI INTE (SE OCKSÅ AVSNITTET OM EVIDENSBASERADE METODER)? FINNS DETTA UTTRYCKT I NÅGOT DOKUMENT? ÄR DET TILLRÄCKLIGT TYDLIGT ELLER BEHÖVS DET KLARLÄGGANDEN?

.....

.....

HAR NI KUNSKAP OM ERA SAMVERKANDE AKTÖRERS UPPDRAG, RESURSER MED MERA? HAR DE KUNSKAP OM ER? HUR KAN NI GÅ TILLVÄGA FÖR ATT KLARLÄGGA DETTA?

.....

DET ÄR NÖDVÄNDIGT ATT HA "SAMVERKANSKOMPETENS", VAD INNEBÄR DET OCH HUR SKAFFAR MAN SÅDAN KOMPETENS?

.....

HUR FUNGERAR SAMARBETET MED OLIKA AKTÖRER I ERT NÄROMRÅDE (INKLUSIVE FRIVILLIGORGANISATIONER)? DISKUTERA VAD NI TROR ATT ANDRA SAMARBETS AKTÖRER UPPFATTAR FÖR STYRKOR RESPEKTIVE FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN I SAMARBETET MED ER. ANVÄND GÄRNA DEN HÄR RUTAN, BEGREPPEN AVSPEGLAR MÖJLIGA FAKTORER SOM KAN STYRA SAMARBETET MELLAN OLIKA AKTÖRER. VAD STYR HOS ER? VAD VILL NI ATT ANDRA SKA SÄGA OM SITT SAMARBETE MED ER?

.....

.....

.....

Idéal?	Verklighet?
Brukarens bästa	Organisationens intresse
Konsensus	Personliga intressen
Jämlikhet	Maktförhållanden
Delat ansvar	Prestigehierarkier
Professionalism	Motverkande belöningssystem
Utveckling	Gruppmotsättningar
Ökad effektivitet	

.....

.....

.....

.....

.....

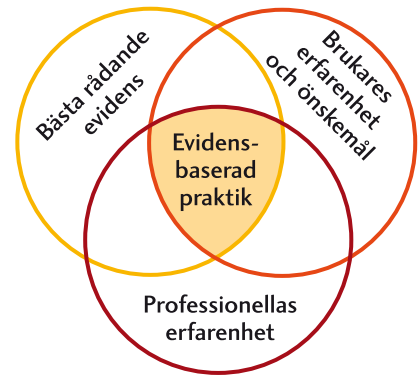
.....

Att arbeta evidensbaserat

(Inspelade föreläsningar nummer 31, 32 och 33, se bilaga 1)

Kunskap till praktik ska tillsammans med kommuner och landsting bygga upp ett kvalificerat stöd för utveckling av en evidensbaserad praktik. Den evidensbaserade praktiken vilar på tre dimensioner:

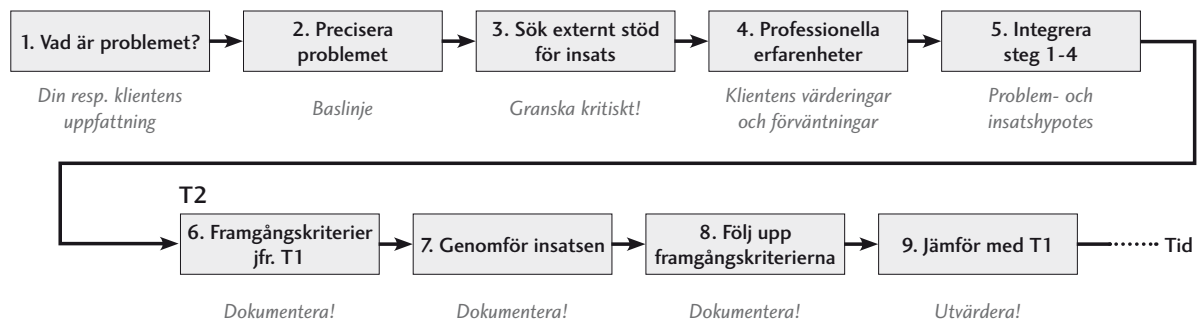
- Bästa möjliga vetenskapliga underlag
- Brukarnas erfarenhet och önskemål
- Professionell erfarenhet och yrkeskunskap



Att arbeta evidensbaserat betyder att professionen i vardagsarbetet ska kunna integrera dessa tre delar; att söka stöd i forskning (bl.a. de nationella riktlinjerna) och annan extern evidens, att involvera brukaren samt att använda den egna erfarenheten. Det betyder bland annat att det måste finnas systematisk dokumentation och uppföljning. Grunden för förändringsarbetet tillsammans med brukaren är en arbets- eller behandlingsallians där man som professionell är uppmärksam på de etiska frågorna.

Det här är ett schematiskt exempel på tillämpning av idén med evidensbaserad praktik i mötet med en brukare (Oscarsson, L (2009) Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten; En introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter)

T1



Brukarens erfarenhet och önskemål

En av de tre dimensionerna för en evidensbaserad praktik är brukares erfarenheter och kunskaper. Med ett starkare stöd i lagstiftning, uppmärksamheten i samband med betydelsen för en evidensbaserad praktik och nya brukarorganisationer finns ett starkare intresse för ett brukarperspektiv nu än tidigare. I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård (2007) rekommenderas att begreppet "personer med missbruks- eller beroendeproblem" ska ersätta "klient" eller "patient", i syfte att motverka objektifiering och stigmatisering. Brukarbegreppet står för en person som inte är passiv mottagare av tjänster utan någon som vill påverka sin situation, som är delaktig, har inflytande och är medansvarig till det som händer. Brukare är kunskapsbärare och intressenter, man inte bara nyttjar tjänsterna, man är också med och utvecklar dem. Steinholtz Ekecrantz (2008) säger så här: "Att definiera den hjälpsökande som brukare kan därför ses som ett led i att stärka den enskildes ställning." Begreppet "brukare" används i det här arbetsmaterialet, omväxlande med "personer med missbruks- eller beroendeproblem".

Praktikerns erfarenhet och yrkeskompetens

Praktikerns erfarenhet och yrkeskompetens är en sammanvägning av deras utbildning och den kunskap som genereras ur vardagsarbetet och som synliggjorts genom exempelvis lokal systematisk dokumentation och uppföljning. Grunden för en systematisk dokumentation och uppföljning är att verksamheten är väl definierad, exempelvis utifrån vilken den tänkta målgruppen är, vilka insatser som ska ges och vilka resultat som kan förväntas. På individnivå sker kontinuerligt en dokumentation av de personer som besöker verksamheten med uppgifter som exempelvis anledningen till kontakt, tidigare insatser och hur personens situation ser ut i olika avseenden (kan framgå av ASI, DOK). Insatser och resultat på individnivå dokumenteras också. För en uppföljning av verksamheten ställs uppgifterna om individerna samman på gruppnivå.

I bilaga 2 finns två fallbeskrivningar för att diskutera tillämpningen av evidensbaserad praktik tillsammans mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Fallbeskrivning A utgår från socialtjänsten och fallbeskrivning B från vårdcentral/beroendevård. Vilken roll borde samverkan spela i dessa fall? Om ni byter ut "Per" mot "Malin" eller "Karin" mot "Gunnar" – blir det någon skillnad?

Lästips

ALEXANDERSON, K (2006) VILJA, KUNNA, FÖRSTÅ OM IMPLEMENTERING AV SYSTEMATISK DOKUMENTATION FÖR VERKSAMHETSUTVECKLING I SOCIALTJÄNSTEN ÖREBRO: STUDIES IN SOCIAL WORK ÖREBRO UNIVERSITET

DINA RÄTTIGHETER OCH MÖJLIGHETER I BEROENDEVÅRDEN(2008): RFHL I SAMVERKAN MED SKL

JERGEBY, U RED (2008) EVIDENSBASERAD PRAKTIK I SOCIALT ARBETE STOCKHOLM: GOTHIA

NORDEN, H(2008) KUNSKAP ATT HÄMTA – BRUKARMEDVERKAN FÖR EN BÄTTRE PSYKIATRI NSPH, GOTHIA FÖRLAG

OSCARSSON, L (2009) EVIDENSBASERAD PRAKTIK INOM SOCIALTJÄNSTEN EN INTRODUKTION FÖR PRAKTIKER, CHEFER, POLITIKER OCH STUDENTER STOCKHOLM: SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

STEINHOLTZ EKECRANTZ, L (2008) BRUKARINFLYTANDE I RED JERGEBY, U EVIDENSBASERAD PRAKTIK I SOCIALT ARBETE STOCKHOLM: GOTHIA

SVENONIUS, C(2009) BRUKARRÅD – VAR MED OCH PÅVERKA BEROENDEVÅRDEN DÄR DU BOR! FÖRÄLDRAFÖRENINGEN MOT NARKOTIKA OCH RIKSFÖRBUNDET FÖR HJÄLP ÅT NARKOTIKA OCH LÄKEMEDELSBEROENDE, FINANSIERAD AV NSPH

Frågor som för framåt

HUR SER NI PÅ BEGREPPET BRUKARE UTIFRÅN ER VERKSAMHET? SPELAR DET NÅGON ROLL HUR MAN BENÄMNER DE PERSONER MAN MÖTER I SIN YRKESUTÖVNING?

.....

BRUKARENS AKTIVA MEDVERKAN KRÄVS FÖR EN EVIDENSBASERAD PRAKTIK I ALLA DELAR, FRÅN UTREDNING TILL UTVÄRDERING AV INSATSERNA. DISKUTERA HUR VÄL BEHOVET AV AKTIV BRUKARMEDVERKAN ÄR TILLGODOSETT I DE ARBETSSÄTT NI HAR PÅ INDIVIDNIVÅ OCH PÅ VERKSAMHETSIVÅ.

.....

BRUKARORGANISATIONER FRAMFÖR PÅ VISSA STÄLLEN I LANDET ATT DEN ERBJUDNA INSATSEN SNARARE STYRS AV KOMMUNENS EKONOMI ÄN DET VERKLIGA BEHOVET. ÄR DET SÅ HOS ER OCH VAD KAN NI I SÅ FALL GÖRA ÅT DET?

.....

.....

VILKA BRUKARORGANISATIONER FINNS I ERT OMRÅDE OCH VILKA HAR NI KONTAKT MED?

.....

PÅ EN HEARING INOM KUNSKAP TILL PRAKTIK FRAMFÖRDE BRUKARORGANISATIONERNA ATT DE STÖRSTA PROBLEMEN VAR VÄGEN IN TILL VÅRD OCH BEHANDLING OCH VÄGEN UT. TILLGÄNGLIGHET ÄR ETT BRISTOMRÅDE ENLIGT BRUKARORGANISATIONER. HUR SER DET UT HOS ER? HUR INFORMERAR NI OM DE INSATSER NI KAN ERBJUDA OCH HUR STÖDJER NI PERSONER SOM VARIT I VÅRD?

.....

.....

HUR SÖKER NI EXTERN KUNSKAP IDAG (TILL EXEMPEL FRÅN FORSKNING)?

.....

HUR SYNLIIGGÖR NI ERA EGNA PROFESSIONELLA KUNSKAPER? HUR ARBETAR NI FÖR ATT SYSTEMATISERA ERFARENHETERNA?

.....

HUR FÖLJER NI UPP VAD INSATSERNA LEDER TILL? HUR DOKUMENTERAS UPPFÖLJNINGEN?

.....

I VILKEN UTSTRÄCKNING ANVÄNDS TEORI FÖR EN EVIDENSBASERAD PRAKTIK I HANDLEDNINGSSITUATIONER PÅ ARBETSPLATSEN?

.....

HUR SAMVERKAR NI MED LOKALA FOU-VERKSAMHETER INOM SOCIALTJÄNST OCH HÄLSO- OCH SJUKVÅRD?

.....

.....

.....

Bilaga 1 – Förteckning över inspelade föreläsningar

Inspelade föreläsningar som ligger till grund för regionala fortbildningsinsatser samt texten i detta arbetsmaterial. Samtliga inspelningar har under våren 2009 gjorts på uppdrag av Kunskap till praktik. Rubriker och föreläsningarna följer upplägget av den nationella baskursen.

Inledning

Alkohol- och drogsituationen nationellt och lokalt

1. Ramstedt, M Nuläget för alkoholkonsumtion och skador i Sverige
2. Leifman, H Narkotikaanvändning och skador i Sverige, samt kort om samsjuklighet
3. Intervjuer med panel De nationella riktlinjerna – avstamp för evidensbaserad praktik

Bio-psyko-sociala faktorerens betydelse för missbruks- och beroendeutveckling och behandling

4. Söderpalm, B Biologiska faktorer – hjärnan och dess belöningssystem
5. Fahlke, C Psykologiskt perspektiv på missbruk och beroende – en del i ett mångfaktoriellt perspektiv
6. Skärner, A Sociala faktorer/teorier – samhällsfaktorer, faktorer i närmiljön, kultur, etnicitet, kön

Riskbruk skadligt bruk och beroende – kriterier

7. Andreasson, S Riskbruk, skadligt bruk och beroende

Alkohol/droger och psykisk hälsa

8. Öjehagen, A Samsjuklighet, psykisk störning, sjukdom och samtidigt beroende, missbruk samt Riskbruk av alkohol vid psykisk sjukdom, störning
9. Fridell, M Samsjuklighet vid drogberoende

Bemötande, motivation och förändring:

10. Gerdner, A Motivation och bemötande vid missbruk och beroende
11. Granefelt, B Motiverande samtal och förändringsprocesser i behandlingsarbetet
12. Fridell, M Behandlingsallians – bemötande av olika problemgrupper

Människosyn och etik

13. Blennberger, E Människosyn och etik – några kommentarer
14. Jenner, H Inledning till diskussion i tvärgrupper rörande värdegrundsfrågor

Somatiska komplikationer

15. Nilsson, L H Kroppsliga komplikationer vid hög alkoholkonsumtion/alkoholberoende

Screening och utredning av alkohol- och drogproblem

16. Melin, A Behandlingsplanering
17. Berman, A. H Screening för alkohol- och drogrelaterade problem: AUDIT; DUDIT och CAGE-formulären
18. Gerdner, A Diagnosinstrument när det gäller missbruk och beroende av alkohol och droger (ADDIS, SCID och MINI)
19. Gustavsson, J ADAD - en strukturerad intervju för ungdomar
20. Jäderland, A ASI-intervjun – beslut på bättre grunder
21. Gren, B Orientering i bedömningsinstrumentet DOK
22. Minell, M Systematisk dokumentation inom socialtjänsten

Evidensbaserade metoder – psykosociala

- 23. Öjehagen, A Orientering i behandlingsmetoder för alkoholmissbruk, beroende
- 24. Fridell, M Psykosocial behandling av drogberoende
- 25. Blomqvist, J Forskning om "sjävläkning" och dess implikationer för hjälpsystemet

Evidensbaserade metoder - farmakologiska

- 26. Nilsson, L H Läkemedelsbehandling vid beroendetillstånd
– evidensbaserade metoder –farmakologiska

Organisation och lagstiftning för de olika huvudmännen

- 27. Lönnquist – Endre, U Hälso- och sjukvårdslagen och sjukvårdssekretessen
- 28. Ödman, P Socialrätten – en översikt
- 29. Lönnkvist - Endre, U Patientdatalagen
- 30. Danermark, B Samverkan – främjande och hindrande faktorer

Att arbeta evidensbaserad

- 31. Oscarsson, L Evidensbaserat arbete i praktiken med fokus på professionell kompetens och brukarmedverkan
- 32. Kristiansen, A Att arbeta evidensbaserat – om brukarmedverkan
- 33. Brännström, J En evidensbaserad praktik – lokala förutsättningar och samverkan



Bilaga 2 – Fallbeskrivningar

A. Fallbeskrivning

Fallbeskrivningen är ur Oscarsson, L (2009) Evidensbaserad praktik i socialtjänsten En introduktion för praktiker, chefer, politiker och studenter Sveriges kommuner och Länning sidan 53 – 56.

Fallbeskrivningen följer den schematiska bild som finns för tillämpning av evidensbaserad praktik i avsnittet Att arbeta evidensbaserat.

Steg 1 - Skapa en allmän problembild

Per, som är knappt 40 år, ensamstående och arbetslös, söker hjälp på kommunens missbruksenhet. Han har halkat efter med hyran och riskerar också att på grund av för mycket frånvaro mista sin plats i ett arbetsmarknadsinriktat program för långtidsarbetslösa. Per är känd på missbruksenheten sedan en tid tillbaka och det finns en akt som i huvudsak innehåller uppgifter om olika perioder då Per haft problem med ekonomin, missbrukat alkohol och fått visst försörjningsstöd.

Per har via arbetsförmedlingen också fått en plats i det arbetsmarknadsprogram han nu är orolig att mista sin plats i och därmed ytterligare försämra sin ekonomi. Hans beskrivning är delvis känd av handläggaren på missbruksenheten, socialsekreteraren Anna, och kan i övrigt bekräftas via några telefonsamtal till bland annat arbetsförmedlingen.

Steg 2 - Precisera, bekräfta och dokumentera bilden

Eftersom Per har problem med både ekonomi och arbete och återkommande också med missbruk, genomför Anna en intervju med Per med stöd av bedömningsinstrumentet ASI (Addiction Severity Index).

Intervjun bekräftar Pers arbetslöshets- och missbruksproblem men visar också att Per i stor utsträckning saknar närmare vänner och bekanta och att personerna i hans bekantskapskrets också har missbruksproblem.

I samtalet efter ASI-intervjun framkommer att Per missbrukar alkohol i perioder och att återfallen ofta sker tillsammans med hans bekanta som också missbrukar. Att han deltar i arbetsmarknadsprogrammet och har ekonomiska problemen beror på perioder av missbruk. Han är också rädd för att lockas till återfall genom att träffa andra med missbruksproblem som deltar i programmet.

Eftersom Pers problem i stor utsträckning verkar vara kopplade till hans alkoholbruk fyller Per också i ett AUDIT-formulär. Detta instrument ger en mer differentierad bild av hans missbruksmönster än ASI-intervjun.

Steg 3 - Kritiskt granska forskningsstödet

Handläggaren söker information om lämpliga insatser för Per genom att bland annat titta i några forskningsöversikter om behandlingseffekter vid alkoholmissbruk¹. Av dem framgår bland annat att återfallsprevention och så kallad motiverande intervju kan ha god effekt vid inte alltför allvarliga missbruksproblem och att socialt stöd också är en viktig faktor för framgång i behandlingen.

I och för sig verkar Pers sociala situation sämre än de klienter som ingår i studierna i forskningsöversikten. Alternativet skulle vara ett mer omfattande insatsprogram, CRA (Community Reinforcement Approach), men som man dels inte har tillgång till vid missbruksenheten, dels verkar vara en insats i överkant innan man prövat något annat.

¹ T ex Berglund, m fl Socialstyrelsen, 2000 Behandlingseffekter vid alkoholproblem. En kunskapsöversikt.

Steg 4 - Kritiskt granska den professionella erfarenheten och klientens förutsättningar

I några tidigare klientärenden har man på Annas missbruksenhet prövat just återfallsprevention. Erfarenheten av detta är att det ger klienterna insikter i deras missbruksmönster och att de också får vissa kunskaper om hur de hantera olika risksituationen, men att klienterna har svårt att över en längre tid använda sig av metoden. De umgås för det mesta med andra missbrukare och ser inte några alternativ till sociala kontakter. ASI-intervjun och samtalet med Per tyder på att det också här skulle kunna vara en likartad situation. Både Anna och Per ser det också som viktigt att Per kan behålla sin plats i arbetsmarknadsprogrammet medan man arbetar med hans problem.

Steg 5 - Formulera hypoteser för orsak och insats

Anna och Per är överens om att Pers problem bland annat har sin grund i hans alkoholproblem och att det tycks finnas en koppling mellan alkoholproblemen och hans sociala situation. Anna föreslår därför att Per deltar i ett återfallsprogram som missbruksenheten genomför tillsammans med landstingets beroendemottagning. Parallellt med återfallsprogrammet ska de arbeta med att försöka hitta alternativ till Pers idag i stort sett enbart missbrukande umgängeskrets.

Per är positiv till förslagen. Genom återfallsprogrammet hoppas man att Per ska få ökade insikter om hur, när och varför han använder alkohol och också strategier för hur han kan hantera dessa situationer. Och genom att söka alternativa sociala sammanhang ska Per ha lättare att använda sig av insikterna från återfallsprogrammet.

Steg 6 - Formulera kriterier för effekt och framgång

Utifrån den problembild som framkom i steg 2 (precisera, bekräfta och dokumentera problembilden) sätter Anna och Per upp målen att insatserna minst ska leda till att tiden mellan Pells återfall i alkoholmissbruk ökar och att, om och när de inträffar, han snabbare ska kunna bryta missbruket. Över tid ska också Pers sociala kontakter utanför missbrukskretsar öka.

Som mått på framgång används positiva förändringar i ASI och AUDIT där man jämför resultatet vid steg 2 och situationen tre månader senare. Det man kommit fram till i steg 5 och 6 skrivs in i Pers akt.

Steg 7 - Genomföra och dokumentera insatser

Återfallsprogrammet genomförs under en 8-veckorsperiod och parallellt med detta träffas Per och Anna först en gång per vecka och sedan varannan vecka de fyra sista veckorna av programmet och fram tills det att de ska följa upp effekt-/framgångskriterierna. Vid träffarna kollar de av att återfallsprogrammet flutit på såsom det var tänkt, hur Per fungerar i det arbetsmarknadsinriktade programmet, samtidigt som de diskuterar Pers situation på fritiden med olika tänkbara aktiviteter och sociala initiativ. Samtalen dokumenteras i Pers akt.

Steg 8 - Uppföljning

Efter tre månader genomför Per och Anna en förnyad ASI-intervju och Per fyller i en ny AUDIT.

Steg 9 – Utvärdering av hela processen

När Per och Anna sätter sig ned och tillsammans går igenom resultaten från ASI och AUDIT kan de se att instrumenten visar en positiv utveckling när det gäller Pers alkoholmissbruk. Det stämmer också med både Pers egen upplevelse Annas bild från träffarna med Per under den gångna tremånadersperioden.

Per genomförde återfallsprogrammet såsom det var tänkt förutom en gång då han var frånvarande ("på grund av sjukdom"). Hans frånvaro från arbetsmarknadsprogrammet minskade också radikalt och han har fått en visstidsanställning i ett privat företag. Pers ekonomi har därför också blivit mindre skakig.

Men Per upplever fortfarande problem med att hålla sig nykter, att han på fritiden ofta får kämpa för att inte umgås med andra med missbruksproblem eller själv hamna i återfall".

ASI visar heller ingen uppenbar förbättring när det gäller socialt umgänge. Både Per och Anna ser här en koppling till att Per fortfarande i stor utsträckning saknar umgänge utanför missbrukskretsar och att deras samtal inte lett till några nya öppningar. De är överens om att deras tidigare bild av orsakerna till Pers problem (steg 2) och vilken typ av insatser och förändringar som behövs (steg 5) fortfarande stämmer. De kommer därför överens om att ha fortsatta regelbundna träffar och att då helt fokusera på Pers fritid och sociala liv i övrigt.

Samtidigt kan de stämma av att det fungerar med arbete och ekonomi och Anna kan stötta Per i att fortsätta att använda sig av insikterna från återfallsprogrammet.

B. Fallbeskrivning

Karin, 33 år, söker vårdcentralen för nedstämdhet, sömnsvårigheter och hjärtklappning. Hon är gift, har två söner, 3 och 5 år gamla. Sin arbetssituation som lärare på en grundskola beskriver hon som ytterst stressande. Karin önskar en längre tids sjukskrivning samt tabletter för att kunna sova.

Förutom provtagning av olika slag försöker läkaren få en bredare bild av hennes livssituation och levnadsvanor och ber henne även att fylla i ett AUDIT formulär. Svaren på AUDIT resulterar i 15 poäng vilket föranleder en fördjupad anamnes rörande alkoholvanorna. Karin beskriver att hon tidigare drack alkohol på kvällstid för att kunna varva ner, men uppger att hon nu är beroende av en daglig konsumtion. I mängd innebär det minst 2-3 glas vin per kväll vardagar och 1-2 flaskor vin per dag fredag - söndag. Hon har stora skuld känslor för sitt drickande och har på senare tid närmast isolerat sig från sina tidigare vänner. Det framkommer också att rektorn vid skolan ifrågasatt hennes alkoholvanor utifrån en personalfest där Karin tappade kontrollen. Hon har också haft en hel del kortare frånvaro.

Familjesituationen är ansträngd på flera sätt. Maken har en hög alkoholkonsumtion och har tidigare fått behandling för alkoholmissbruk. I dagsläget är han arbetslös. Karin antyder också att hans häftiga humör ofta går ut över både Karin och barnen. Vid tre tillfällen senaste halvåret har hon tagit med sig sönerna och tillfälligt flyttat hem till sin mor.

Distriktsläkaren föreslår kontakt med beroendeklinikens öppenvårdsmottagning för fortsatt bedömning och behandling. Karin vill gärna få en samtalskontakt för att prata både om sina alkoholvanor, sin arbets- och familjesituation, förutsatt att hon är sjukskriven och får sömnmedel. Hon tror att familjen behöver se över sin ekonomi men hon vill inte att socialtjänsten ska lägga sig i något som rör barnen.

Egna anteckningar

A series of horizontal dotted lines for taking notes.



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning most of the page width.



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



Sveriges Kommuner och Landsting

118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se

