



Åt var och en vad hen behöver?
Om möjligheter att utveckla den lokala missbruks- och beroendevården

Konferens 30 maj 2013, RFMA

2013-05-30 © Jan Blomqvist, SoRAD

10.25



Åt var och en vad hen behöver?
Nostalgi, utopi eller självklarhet?

Konferens 30 maj 2013, RFMA

2013-05-30 © Jan Blomqvist, SoRAD



- **Rusmedelsproblem - ett par tänkbara scenarier**

2013-05-30 © Jan Blomqvist, SoRAD

Evert är 45 år gammal och har ett mångårigt injektionsmissbruk av framför allt amfetamin, som under senare år alltmer övergått till ett omfattande drickande. Han har en lång rad av, oftast avbrutna, behandlingshemsvistelser och andra vårdinsatser bakom sig. Han står sedan länge utanför arbetsmarknaden och brukar dryga ut sin sjukpension med smärre kriminalitet. Han saknar egen bostad och har nyligen blivit utslängd av den jämnåriga kvinnan – också med alkoholproblem – som han brukar bo hos. Han blev för två veckor sedan intagen på sjukhus på grund av problem med lever och bukspottkörtel, men skrev ut sig själv efter tre dagar. Sedan dess har han druckit dagligen. I kontakt med socialtjänsten menar han att han inte behöver några behandlingsinsatser, men anser att han måste få hjälp med ett ordnat boende.

Petra är 35 år och har sökt hjälp på grund av begynnande alkoholproblem. Hon är sedan länge gift och har två barn i förskoleåldern. Både hon och maken yrkesarbetar och de har en egen bostadsrättslägenhet. Petra har sedan ungdomen druckit alkohol till fest och hon och maken brukar dricka en flaska alkohol eller två till maten under helgerna. Paret har också ett ganska stort umgänge och i festliga sammanhang kan det ofta bli lite mer alkohol. Under det senaste året har Petra allt oftare börjat dricka vin också på vardagkvällarna, ibland i så stor mängd att det gått ut över hennes prestationer på arbetet nästa dag. Vid några tillfällen har hon också på fest blivit så berusad att hon fått hjälpas hem av maken. Maken tycker också att hon börjat bli alltmer initiativlös och lättirriterad och är rädd att hennes humörsvingningar ska gå ut över barnen. Själv känner hon sig fysiskt och psykiskt sig frisk, utöver att hon på senare tid haft vissa sömnsvärigheter. Hon söker nu med viss tvekan hjälp, dels för att maken uppmanat henne, dels för att hon själv känner att läget i familjen inte är som det varit och som hon skulle önska.



Vad bör göras? Den officiella bilden.

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD



Tre centrala initiativ för att förbättra vården....

- **Socialstyrelsens riktlinjer (2007; revision 2014)**
- **Missbruksutredningen (2011)**
- **Regeringens ANDT-strategi (2011)**

10.30

Nationella riktlinjer – rekommenderade metoder:



Alkohol :

- **Psykosocial behandling:**
12-stepsprogram (manualbaserat)
KBT (fokus på missbruk)
Community Reinforcement Approach
Kortinterv./Motivational interviewing
Interaktionell terapi
Dynamisk terapi
Familjeterapi (fokus på missbruk)
Bet.ter. + ind. anp. stöd ("tunga")
- **Läkemedelsbehandling:**
Akramprosats/naltrexone (+ samtal)
(+ antabus under kontroll)
- **Bör ej användas:**
"ospecifik stödbehandling"
öronakupunktur
antabus (utan kontroll; implantat)

Narkotika:

- **Psykosocial behandling:**
KBT (kokainmissbruk)
Avhållsamhet/kognitiv påverkan (cannabis)
I övrigt: samma metoder som för alkohol
(men evidensen oklar)
- **Läkemedelsbehandling:**
Metadon och subutex (opiatmissbruk);
komb.med psykosoc. behandling)
Antabus (kokain)
- **Bör ej användas:**
"ospecifik stödbehandling"
- **Inga godtagbara RCT av behandling för amf. missbruk**

Några problem med riktlinjerna:



- **Fokuserar "extern evidens" (specifika metoder) på bekostnad av "clinical experience" och "patient's choice"**
- **Bortser från att ingen metod bättre än någon annan ("the outcome equivalence paradox") – och att praktiken inte ges någon konkret vägledning**
- **Evidensbegreppet har blivit ett honnörsord med oklart innehåll**
- **Implementeringen har engagerat många och riktat fokus mot missbruks- och beroendevården, men avsatt ganska få spår i praktiken**

(t.ex. Blomqvist, 2009; Christophs m.fl., 2009; Fridell & Holmberg, 2013, Blomqvist & Christophs, kommande)

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD

Missbruksutredningen, 2011



- **Tillsatt 2008, förslag 2011, beslut 2013**
- **Några av förslagen:**
- **"Individens ställning" i vården bör stärkas (val av utförare, lagstiftning)**
- **Missbruk och beroende bör ses som "sjukdom"**
- **Farmakaanvändning i vården bör öka**
- **Hälso- och sjukvården bör ges huvudansvaret för behandling (psykosocial och farmakologisk) av missbruks- och beroendeproblem**
- **Socialtjänsten bör svara för "psykosocialt stöd"**
- **Specifika program för olika målgrupper bör utvecklas**
- **Tvångsvården bör överföras till psykiatri (LPT)**
- **Totalt åtta "reformområden"; drygt 70 förslag, flera nya lagar)**

Några problem med MU – en subjektiv bild



- **Berörde många viktiga frågor, men gapade kanske över för mycket**
- **Olyckligt att fokusera huvudmannafrågan så hårt**
- **Sjukdomsperspektivet för snävt och för onyanserat**
- **"Byråkratisk" syn på att stärka individens ställning**
- **Att "dela upp" individens problem på olika aktörer är inte i hens intresse**
- **Långtgående målgruppsindelning skapar fler problem än det löser (och har inte forskningsstöd)**
- **Utvecklade inte missbruksproblemens sociala aspekter tillräckligt**

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD

Debatt och beslut



- **Remissvaren gav mycket splittrad bild**
- **Debatten kom mest att handla om huvudmannaskap och underhållsbehandling**
- **Regeringen avfärdade flertalet förslag som obehövliga**
- **Socialtjänst och beroendevård ålades göra gemensamma behandlingsplaner**
- **Regeringen hänvisar främst till sin ANDT-strategi**

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD

Åtgärdsprogram för ANDT-politiken 2013

Regeringens bedömning: Vård och behandling samt rehabiliteringsinsatser utgör grunden när det gäller att hjälpa personer med missbruksproblem. Befintlig kunskap måste omsättas i praktiken men även kunskapsutveckling och förstärkt brukarinflytande är viktiga förutsättningar för en missbruks- och beroendevård av hög kvalitet som är anpassad till olika behov.

Under strategiperioden bör

1. en fortsatt satsning på kunskaps- och metodutveckling prioriteras samt kompetenskraven för personal inom missbruks- och beroendevården preciseras,
2. ökad prioritet ges till att säkerställa att erbjuda vård till dem som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda – det gäller t.ex. personer med samsjuklighet,
3. stöd och vårdinsatser vidareutvecklas som är särskilt anpassade för kvinnor,
4. former utvecklas för att tillvarata brukarnas erfarenheter.

**Sammanfattningsvis om den officiella
bilden av vad som bör göras:**



Abstrakt och splittrad

Ger föga ledning för praktiken

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD

Vad som styr tänkandet idag



New Public Management :

- **Ekonomisk rationalitet**
- **Outsourcing**
- **Utvärdering / uppföljning /kontroll**
- **Accountability**
- **Mätbarhet**

2013-05-30 © Jan Blomqvist, SoRAD



En lokal vård på individens villkor – ett diskussionsunderlag

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD

10.35



Tre centrala frågor:

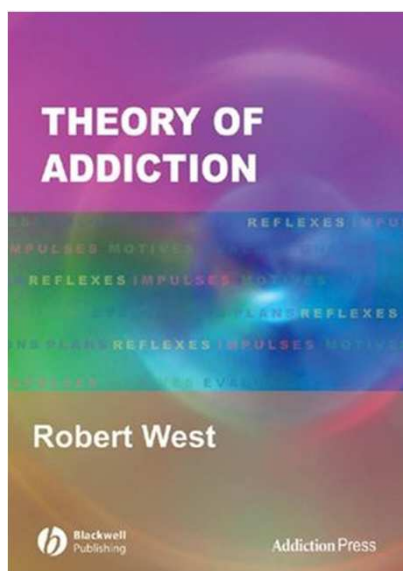
- **Vad är missbruk och beroende för slags problem?**
- **Hur går mänsklig förändring till?**
- **Vilka är de potentiella klienterna/brukarna?**



Tre centrala frågor:

- **Vad är missbruk och beroende för slags problem?**
- **Hur går mänsklig förändring till?**
- **Vilka är de potentiella klienterna/brukarna?**

En samtida exempel



<http://www.primetheory.com/slides/Theoryofaddictionfirsthalf.pdf>
<http://www.primetheory.com/slides/Theoryofaddictionsecondhalf.pdf>



The PRIME theory

/Plans, Responses, Impulses, Motives, Evaluations/

Starting point:

“Humans are more or less instinctive, habit-driven, emotional decision-makers with a propensity to make and break plans, powerfully influenced by our social world, with a sense of identity which can act as a source of self-control.”

(<http://aspsilverbackwebsites.co.uk/prime/Slides/070124leeds.ppt>)

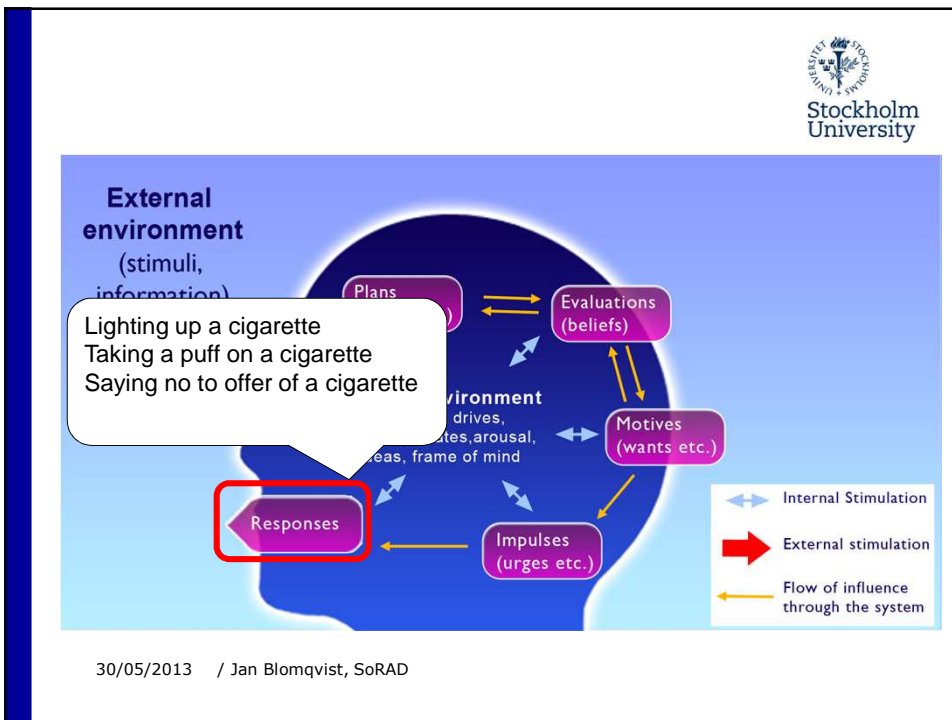
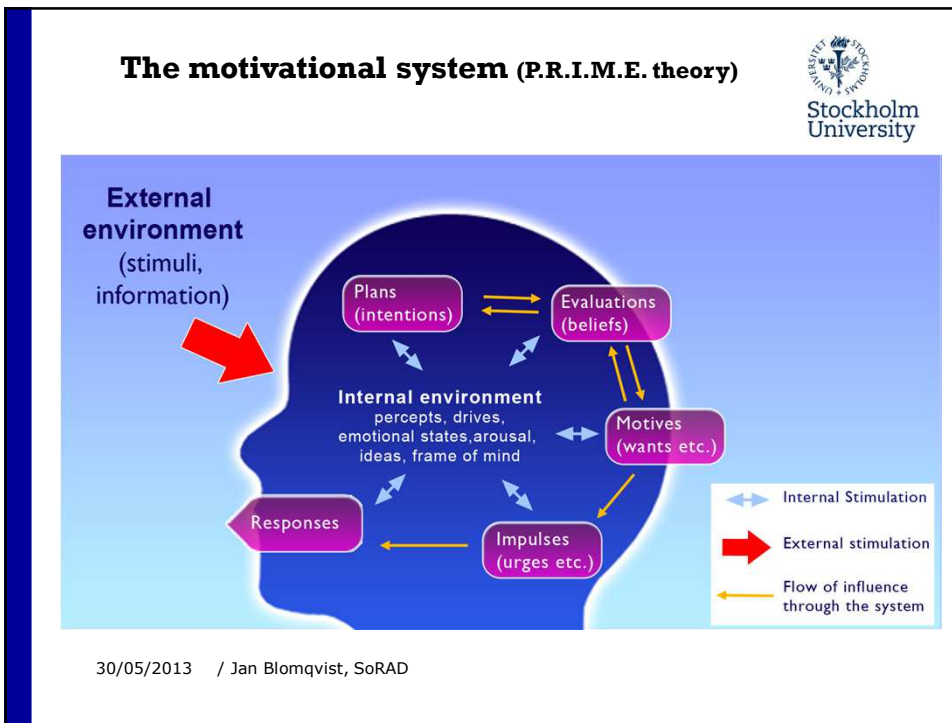
30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD

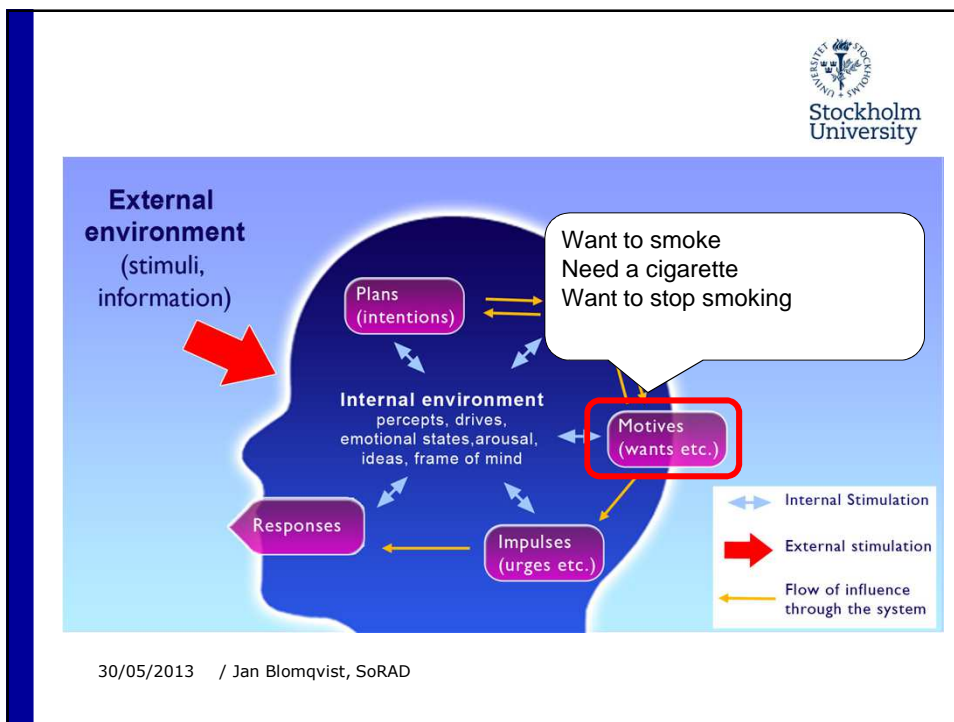
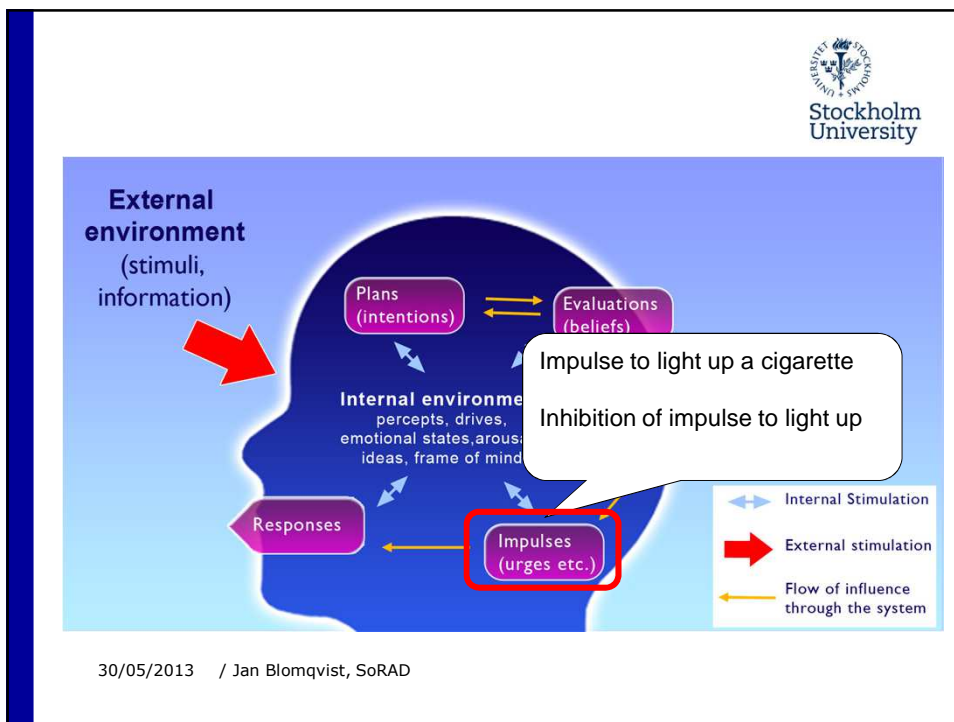


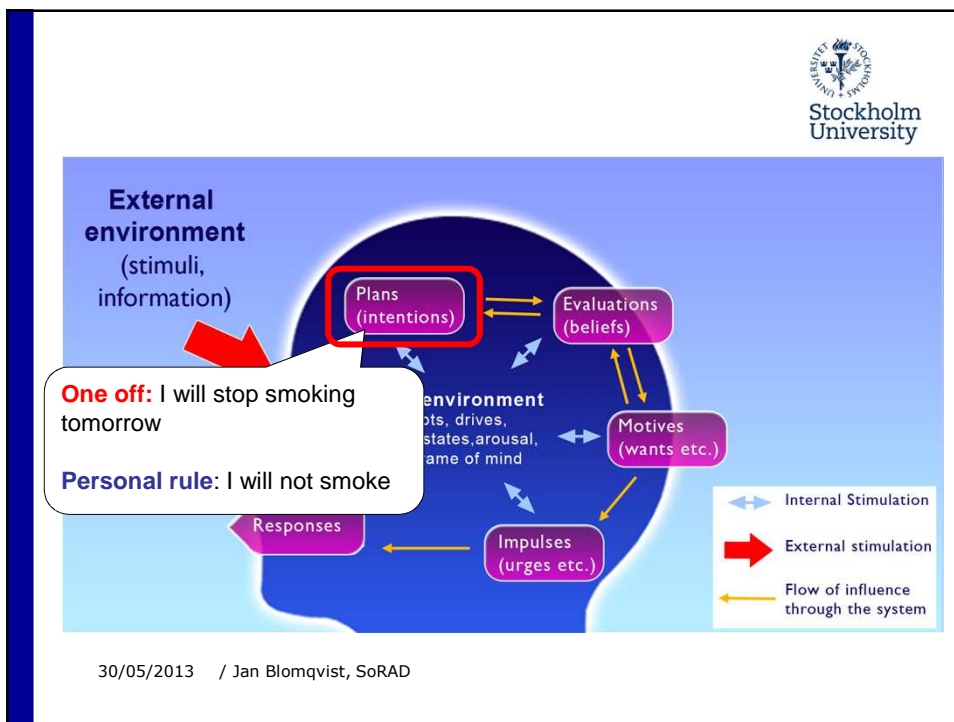
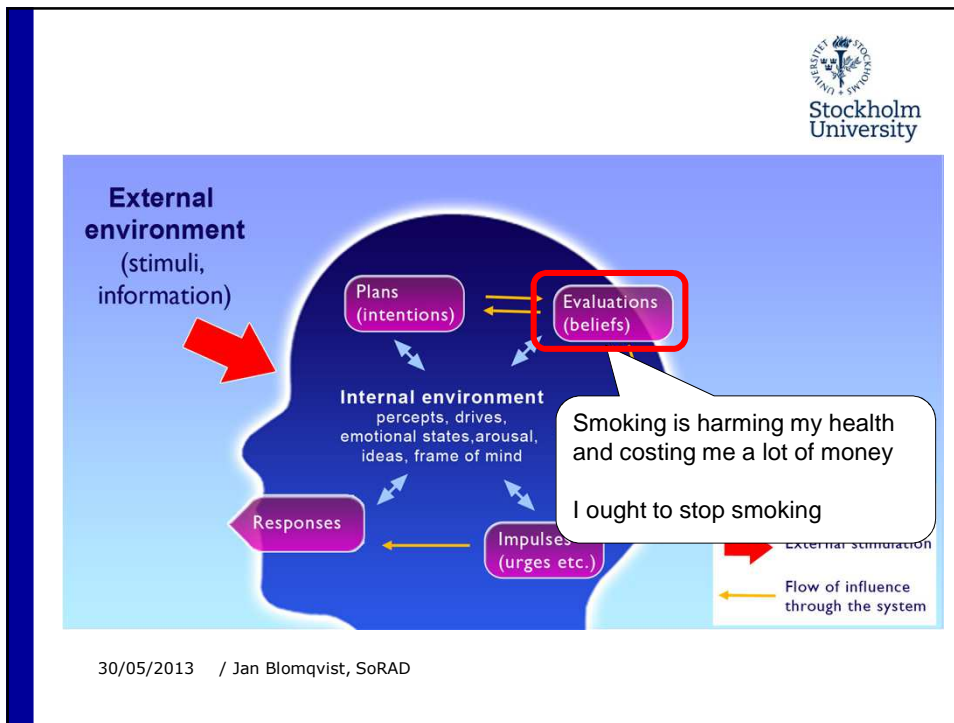
”Addiction” – ett motivationssystem ur balans, p.g.a.

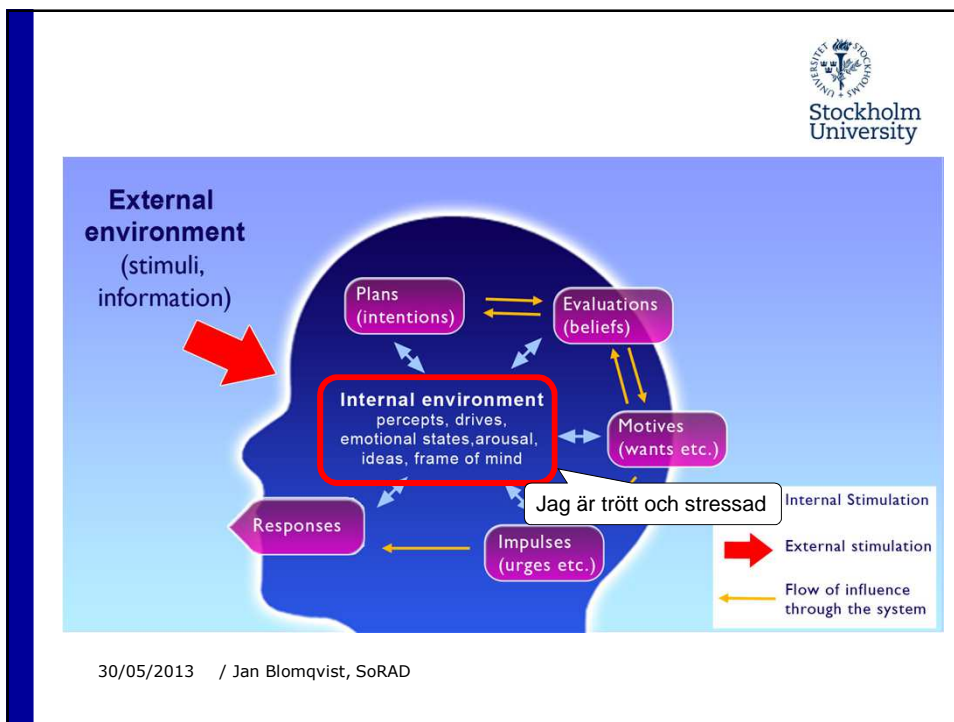
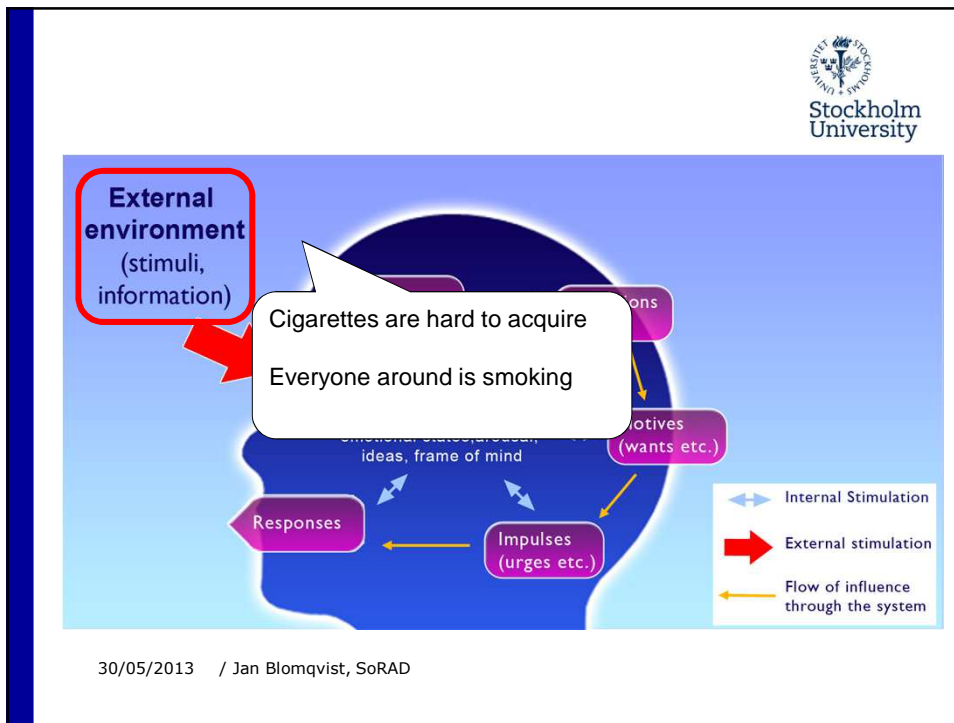
1. Grundläggande – medfödda eller tidigt förvärvade - störningar i individens motivationssystem (benägenhet för ångslan, depression, impulsivitet etc.)
2. Störningar i motivationssystemet som är en följd av ”addiktionen” (neuropsykologiska förändringar /ökad ”drift”, ingrodda vanor etc.)
3. Störningar i individens sociala eller fysiska omgivning (social press, tillgänglighet etc.)

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD









Några implikationer



- **Missbruk och beroende uppstår i ett komplext samspel mellan individuella förutsättningar, omgivningsförhållanden och ofta oförutsedda händelser**
- **Vägarna in i missbruk och beroende är många och olika**

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD



Tre centrala frågor:

- **Vad är missbruk och beroende för slags problem?**
- **Hur går mänsklig förändring till?**
- **Vilka är de potentiella klienterna/brukarna?**

10.42



Förändringens dynamik

- **Kan ske *plötsligt* eller *gradvis***
- **Kan ske av *olika skäl* och på *olika sätt*:**
 - ibland till synes överraskande
 - ibland efter en dramatisk yttre händelse
 - ibland i samband med en vardaglig utlösande händelse
 - ibland i samband med psykologiska, medicinska eller andra insatser
 - ibland i samband med förändringar i levnadsmiljön etc.
- **Kan avse *symptomet* eller hela *motivationssystemet***

(Baumeister, 1994; Blomqvist, 1999; 2002; West, 2006)

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD



Behandling är inte allt.....

2013-05-30 © Jan Blomqvist, SoRAD

Hur vanlig är "sjävläkning" (exemplet alkohol)?



Andel som förbättrat sina dryckesvanor utan behandling; N = 339

Drickande då:

Drickande nu:	"Riskkonsumtion"	"Problemkonsumtion"	Beroende (ICD-10)
"Normal"	94 %	90 %	83 %
"Måttlig"	85 %	72 %	44 %
Helnykter	55 %	48 %	28 %

(Blomqvist m.fl., 2007)

"Sjävläkning" vid narkotikaproblem (färre data)



CADS-studien: Befolkningsurval i Kanada (12.000 pers.; Cunningham m.fl., 1999);

Andel av dem som slutat använda olika droger som fått behandling:

- LSD – drygt 10 %
- Marijuana – ca 20 %
- Crack / kokain – ca 20 %
- Opiater – drygt 30 %

NLAES-studien i USA (ca 43.000 personer; Cunningham, 1999);

Andel f.d. drogberoende som varit med om drogrelaterad behandling:

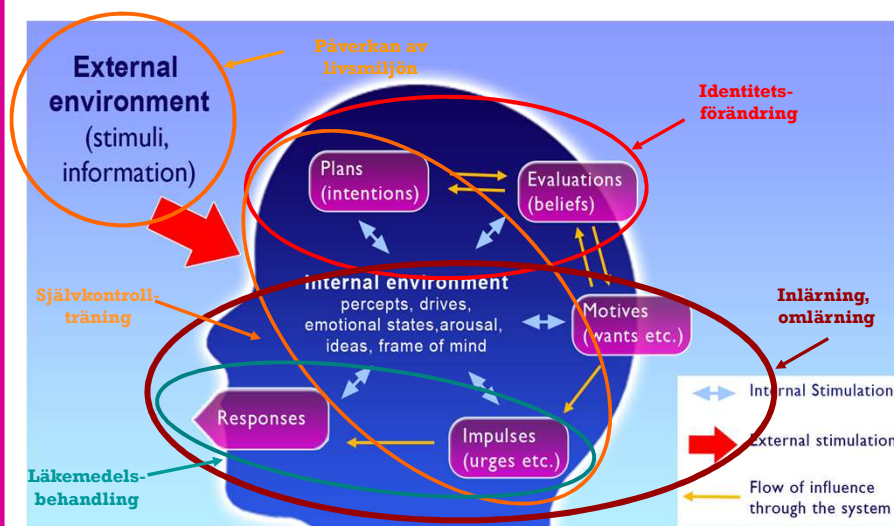
- Cannabis – 27 %
- Amfetamin – 38 %
- Crack / kokain – 45 %
- Hallucinogener – 46 %
- Heroin – 70 %

Behandling är inte allt...

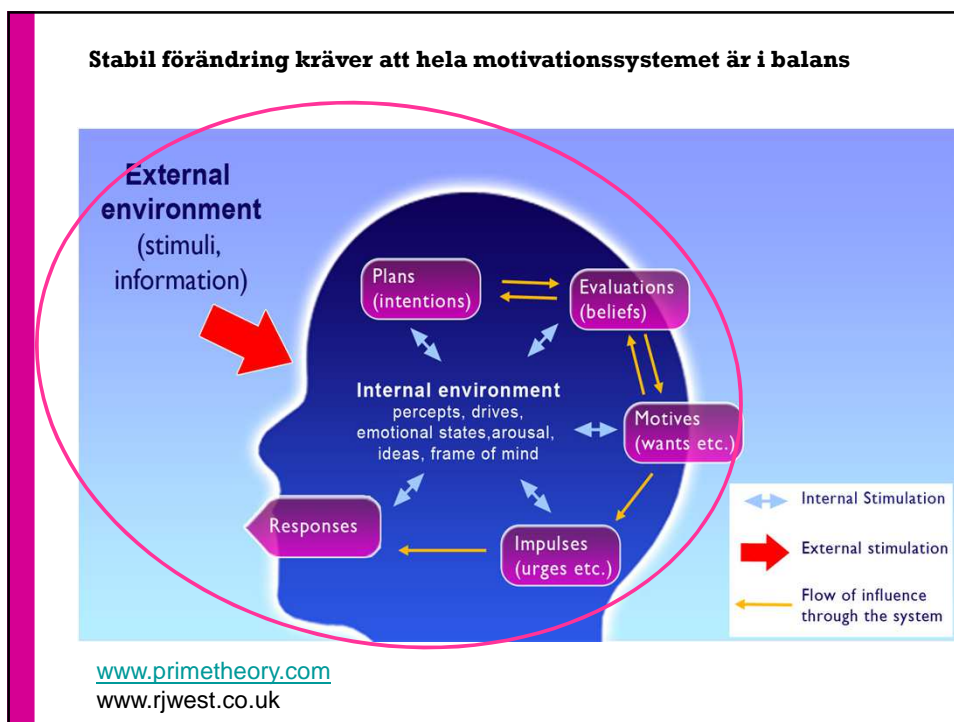
....men kan påverka olika delar av motivationssystemet

2013-05-30 © Jan Blomqvist, SoRAD

Möjliga behandlingsingripanden – beroende på person/situation



2013-05-30 © Jan Blomqvist, SoRAD
www.rjwest.co.uk



Några implikationer för hjälpsystemet



- **Missbruk och beroende uppstår i ett komplext samspel mellan individuella förutsättningar, omgivningsförhållanden och ofta oförutsedda händelser**
- **Vägarna in i missbruk och beroende är många och olika**
- **Det finns många omständigheter och insatser som kan bidra till att människor hittar en väg ut ur missbruket**
- **Behandling är inte nödvändig, men kan underlätta och stödja "naturliga läke- eller förändringsprocesser" (initiera, bana väg för, vidmakthålla)**
- **Behandling måste "börja där klienten är" och interagera med och stärka olika "läkande krafter" i hennes/hans levnadsmiljö**

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD



Tre centrala frågor:

- Vad är missbruk och beroende för slags problem?
- Hur går mänsklig förändring till?
- **Vilka är de potentiella klienterna/brukarna?**

10.47

Missbruksvårdens klienter historiskt



- ❖ "En social särgrupp" (Nykterhetsvårdens läge; 1967)
- ❖ Socialtjänstklienter i Stockholms län 2002: 74 % män; 79 % ensamstående; 85 % ej arbete; 54 % ej egen bostad; 38 % högst grundskola (Eriksson m.fl., 2003)
94 % av alla besökare har varit med om missbrukarvård tidigare (ibid.)
- ❖ Klienter i beroendevården, Stockholms län 2002: 70 % män; 73 % ensamstående; 77 % ej arbete; 35 % ej egen bostad; 30 % högst grundskola (Palm & Storbjörk, 2003)
91 % av alla besökare har varit med om missbrukarvård tidigare (ibid.)
- ❖ Tidigare vård och yttre påtryckningar – inte hur mycket man dricker – viktigaste prediktor för vård för alkoholmissbruk (Storbjörk & Room, 2008)

Missbruksutredningen:



- ❖ **Ca 330 000 svenska uppfyller kriterierna för alkoholberoende**
- ❖ **Närmare 30.000 svenskar är "tungt narkotikamissbrukare"**
- ❖ **Ca 65.000 svenskar är läkemedelsberoende**
- ❖ **Ca 10.000 missbrukar eller är beroende av dopningsmedel**
- ❖ **Blandmissbruk är vanligt**
- ❖ **Ca 2 procent av befolkningen har spelmissbruk och ½ procent spelberoende (FHI)**
- ❖ **Vården når bara var femte person med beroendeproblem**

Så hur ser förutsättningarna ut?



- Det stora flertalet som tar sig ur missbruksproblem gör det utan professionell hjälp (Blomqvist, 1999, 2002; Blomqvist m.fl., 2007)
- Många av dem som löser sina problem på egen hand skulle göra snabbare och till priset av mindre lidande med adekvat hjälp (ibid., Humphreys & Tucker, 2002)
- Stora resurser läggs på liten grupp med stora sociala och psykiska problem, som återkommer gång på gång (Palm & Storbjörk, 2003; Eriksson m.fl., 2003)
- Brist på professionell konsensus och kollegial dialog i vården /insatsen beror på vem man träffar och var man bor (Blomqvist & Wallander, 2004)
- Ideologi, ekonomi och "tradition" styr lika mycket som, eller mer än, dokumenterad kunskap och klientens behov / önskemål (ibid.)
- Personer med lindrigare problem / tidigare i problemutvecklingen och/eller som är mer socialt stabila / nås ej av eller drar sig för att söka vård (svårtillgänglighet /rädsla för stigmatisering /låg tilltro)

Åtgärdsprogram för ANDT-politiken 2013

Regeringens bedömning: Vård och behandling samt rehabiliteringsinsatser utgör grunden när det gäller att hjälpa personer med missbruksproblem. Befintlig kunskap måste omsättas i praktiken men även kunskapsutveckling och förstärkt brukarinflytande är viktiga förutsättningar för en missbruks- och beroendevård av hög kvalitet som är anpassad till olika behov.

Under strategiperioden bör

1. en fortsatt satsning på kunskaps- och metodutveckling prioriteras samt kompetenskraven för personal inom missbruks- och beroendevården preciseras,
2. ökad prioritet ges till att säkerställa att erbjuda vård till dem som har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda – det gäller t.ex. personer med samsjuklighet,
3. stöd och vårdinsatser vidareutvecklas som är särskilt anpassade för kvinnor,
4. former utvecklas för att tillvarata brukarnas erfarenheter.



”Thinking outside the box” – ett par exempel

Leicestershire Community Alcohol Services

(Cameron, 1995; 2010)



Startade under sent 1970-tal för att serva hela lokalbefolkningen

Några grundteser:

- "Alkoholism" finns inte - "beroende" är oviktigt
- Folks dryckesvanor går att begripa
- Människor är olika
- Folk söker hjälp när de upplever problem
- Remiss till specialister sker för att "bli av med folk"
- De flesta konventionella behandlingar är värdelösa
- Vissa hjälpare är bättre än andra
- Empati, engagemang och social kompetens viktiga egenskaper
- Behandlingsmål måste vara förhandlingsbara, föränderliga, uppnåbara och meningsfulla

Leicestershire Community Alcohol Services - struktur



Leicester Community Alcohol Services - erbjudanden



- **Avgiftning**
 - hemma
 - på sjukhus
- **Träning i avhållsamhet/nykterhet**
- **Träning i kontrollerat drickande**
- **Alkoholutbildning**
- **Time out**
 - dagverksamhet
 - hostel
 - sjukhusavgiftning
- **Rådgivning och stöd (allmän)**
- **Parrådgivning**
- **Sexualrådgivning**
- **Familjeterapi**
- **Individuell terapi**
- **Gruppterapi för kvinnor**
- **Arbetsträning**
- **Självförtroendeträning**
- **Avslappning**
- **Desensitisering**
- **Social färdighetsträning**
- **Yrkesrådgivning**
- **Hjälp med bostad**
- **Juridisk rådgivning/rättigheter**
- **Medicinsk undersökning**
- **Psykologisk undersökning**
- **Medicinering (inkl. antabus)**
- **Uppföljning**
- **Öppen kontakt**
- **Hänvisning till andra verksamheter (inklusive AA)**

Allt utifrån frågan:

Vad tror du själv att du skulle ha hjälp av?

Leicester Community Alcohol Services – några resultat



Utveckling på alkoholområdet i Leicestershire perioden 1975 - 1995:

- **Tredubbling av antalet hjälpsökande**
- **Färre inläggningar för alkoholberoende och alkoholpsykos**
- **Nästan halvering av alkoholrelaterad dödlighet**
- **Klart sjunkande antal fylleriförseelser**

10.55

Andra exempel



- **Harold Mulford's "naturalistiska approach" för att hantera missbruksproblem**
(Mulford, 1979; 1988)
 - några kommuner i Iowa på 1960- och 1970-talen
 - målet: att involvera omgivningen – familj, arbetsplats, vänner, olika service-organ - maximalt i varje missbrukares rehabilitering
 - inte ta över ansvar men på alla plan stärka berörda individers motiv
 - lokala samordnare som "katalysatorer"
 - ingen manual men fortlöpande dokumentation ("lära av erfarenheten")
 - klart kostnadseffektivt i jämförelse med traditionell sjukhusbehandling
 - effekter också på kommunnivå
- **Community Reinforcement Approach (CRA)**
som organisationsmodell snarare än manualbaserad "metod"



New Public Management :

- **Ekonomisk rationalitet**
- **Outsourcing**
- **Utvärdering / uppföljning /kontroll**
- **Accountability**
- **Mätbarhet**



En möjlig svensk tillämpning?

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD

11.00

Fyra strategiska uppgifter



- **Personer med "tungt missbruk": mer resurser eller nya tankar?**
- **Att nå de "de många": screening eller attraktiva erbjudanden?**
- **Att hjälpa människor att hjälpa sig själva**
- **Den yttre ramen: att skapa motiv och alternativ**

Personer med "tungt" missbruk



I stället för oregelbundet återkommande intensiva insatser

(tvångsvård, behandlingshem etc.):

Case managers eller personliga ombud som svarar för

- kontinuerlig lågintensiv kontakt,
- återkommande socialt och medicinskt stöd,
- mobilisering av "läkande krafter" i levnadsmiljön
- snabbt ingripande i akuta situationer

(Humphreys & Tucker, 2002; Blomqvist, m.fl., 2007)

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD


Att nå "de många"



- **Lokala mottagningar**
- **Hög tillgänglighet ("on demand"; motivation är färskvara)**
- **Tvärdisciplinära team (gemensam organisation/samfinansiering kommun-landsting)**
- **Bred meny av beprövade metoder och stödinsatser (efter lokala behov)**
- **Flexibilitet / individen som utgångspunkt**
- **Utredning/planering/val av insats i dialog med klienten**
- **Insats efter behov – inte färdiga "vårdkedjor"**
(utredning/rådgivning/behandling/långvarigt stöd)
- **Uppföljning/revidering - i dialog med klienten**
- **Samverkan med omgivningen**
(andra hjälpsystem; krafter i den "naturliga miljön")

(Blomqvist, t.ex. 1999; 2003)




Stockholm
University

Underlätta "sjävläkning" / "hjälp till självhjälp"

- **Motverka moralism och enkla kategoriseringar. Se problemen som livsstilsproblem/"omgivningsinfluerade, beteendemässiga hälsoproblem"**
- **Lära ut att "sjävläkning" är möjlig och vad omgivningen kan bidra med (ca 2/3 har någon nära som har/haft alkoholproblem; mindre än hälften av dessa har försökt hjälpa)**
- **Möjligheter testa egna rusmedelsvanor / lättillgänglig rådgivning / vederhäftigt självhjälpsmaterial (interaktiva webbsidor, "helplines" per telefon etc.)**
- **Stimulera olika slag av "mutual help"- och stödgrupper**
- **Lättillgängliga/kortvariga/attraktiva stödinsatser (ingen klar gräns mellan "sjävläkning" och "behandling")**

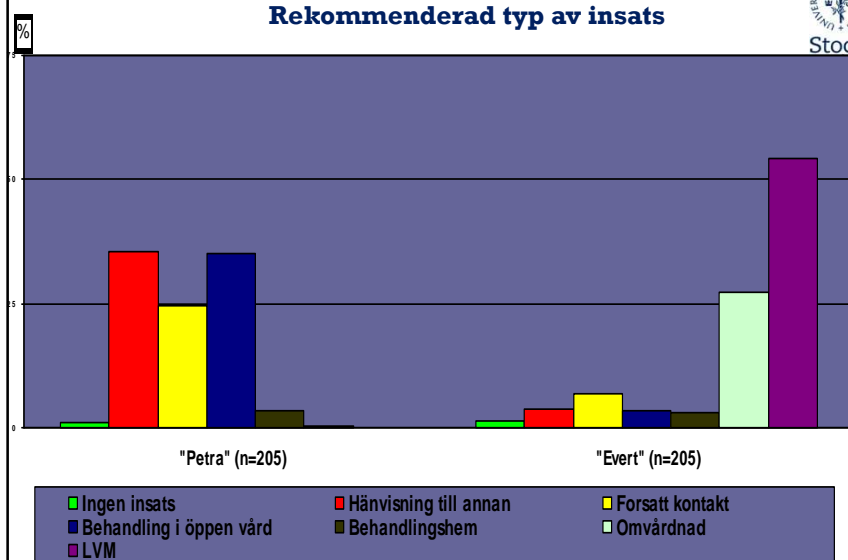
(Humphreys & Tucker, 2002; Blomqvist, 2006; Blomqvist m.fl., 2007)

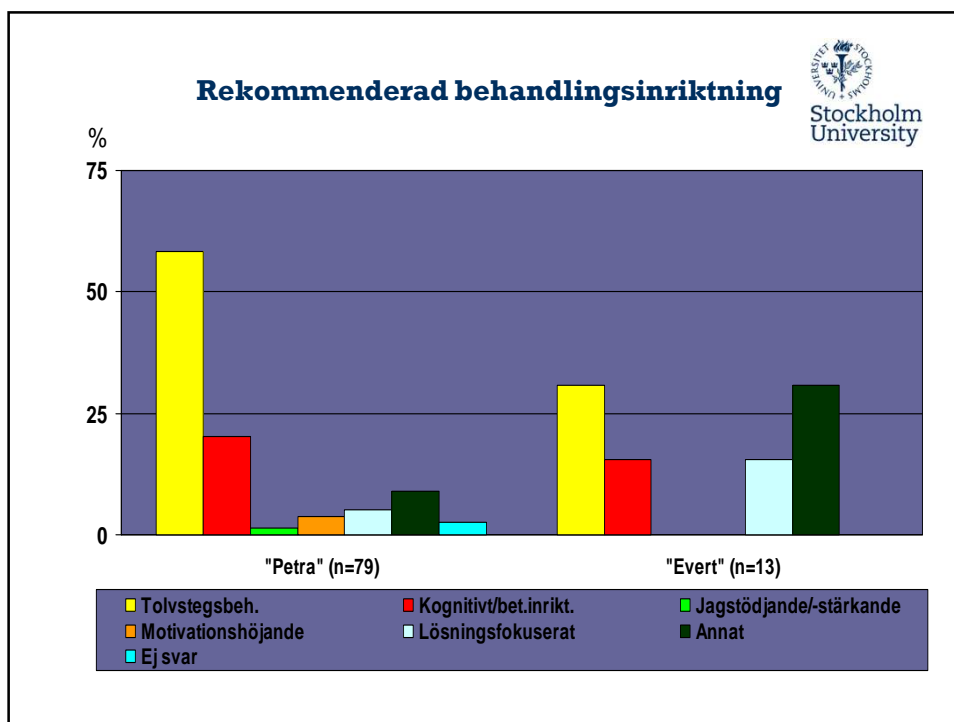
Det sociala sammanhanget:

“för att ‘säga nej’ till missbruk krävs något annat och
bättre att ‘säga ja’ till”

Ur “Coming Clean” (Granfield & Cloud, 1999)

Evert och Petra – vad sa man då (för tio år sen)? Rekommenderad typ av insats






Stockholm University

Nostalgi, utopi eller självklarhet?

30/05/2013 / Jan Blomqvist, SoRAD

11.10