

Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet

– integrerade insatser för vård och behandling

Dokumentation från heldagskonferens för politiker, chefer och medarbetare i kommuner, hälso- och sjukvård, kriminalvård och frivilligorganisationer med professor Kim T. Mueser. Göteborg, 2 april 2009.

Other Features of Dual Disorder Programs

- No "wrong door"
- Comprehensive services
- Minimization of treatment-related stress
- Harm reduction philosophy
- Motivational enhancement (e.g., stages of change, stages of treatment)

inledning

Konferensens huvudperson, Kim T. Mueser, är psykolog och professor vid Dartmouth Medical School. Där arbetar han vid avdelningarna för psykiatri samt samhälls- och familjemedicin. Han är också knuten till New Hampshire–Dartmouth Psychiatric Research Center.

Kim T. Mueser är en av de största auktoriteterna i världen när det handlar om integrerad vård och behandling av personer med missbruk och psykiatrisk samsjuklighet.

– Hans arbete har betytt mycket för oss som arbetar med de här frågorna och själv har jag influerats av hans arbete de senaste 15 åren, säger Sven-Eric Alborn, biträdande verksamhetschef vid beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Konferensen hölls den 2 april 2009 och var ett led i implementeringen av de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård i Västra Götalands län. Deltagare var närmare 600 politiker, chefer och medarbetare i kommuner, hälso- och sjukvård, kriminalvård och frivilligorganisationer.

– Intresset för konferensen har varit stort och det lovar gott för framtiden, sa Lennart Rådenmark, länsamordnare vid Länsstyrelsen Västra Götalands län och en av arrangörerna, när han inledde konferensen.

Han konstaterade också att det finns goda traditioner av att samverka inom länets gränser.

– En del är till och med lite avundsjuka på vårt samarbete i Västra Götaland – men vi delar gärna med oss, sa Lennart Rådenmark och hälsade särskilt välkommen till några långväga gäster, från bland annat Danmark och Norge.



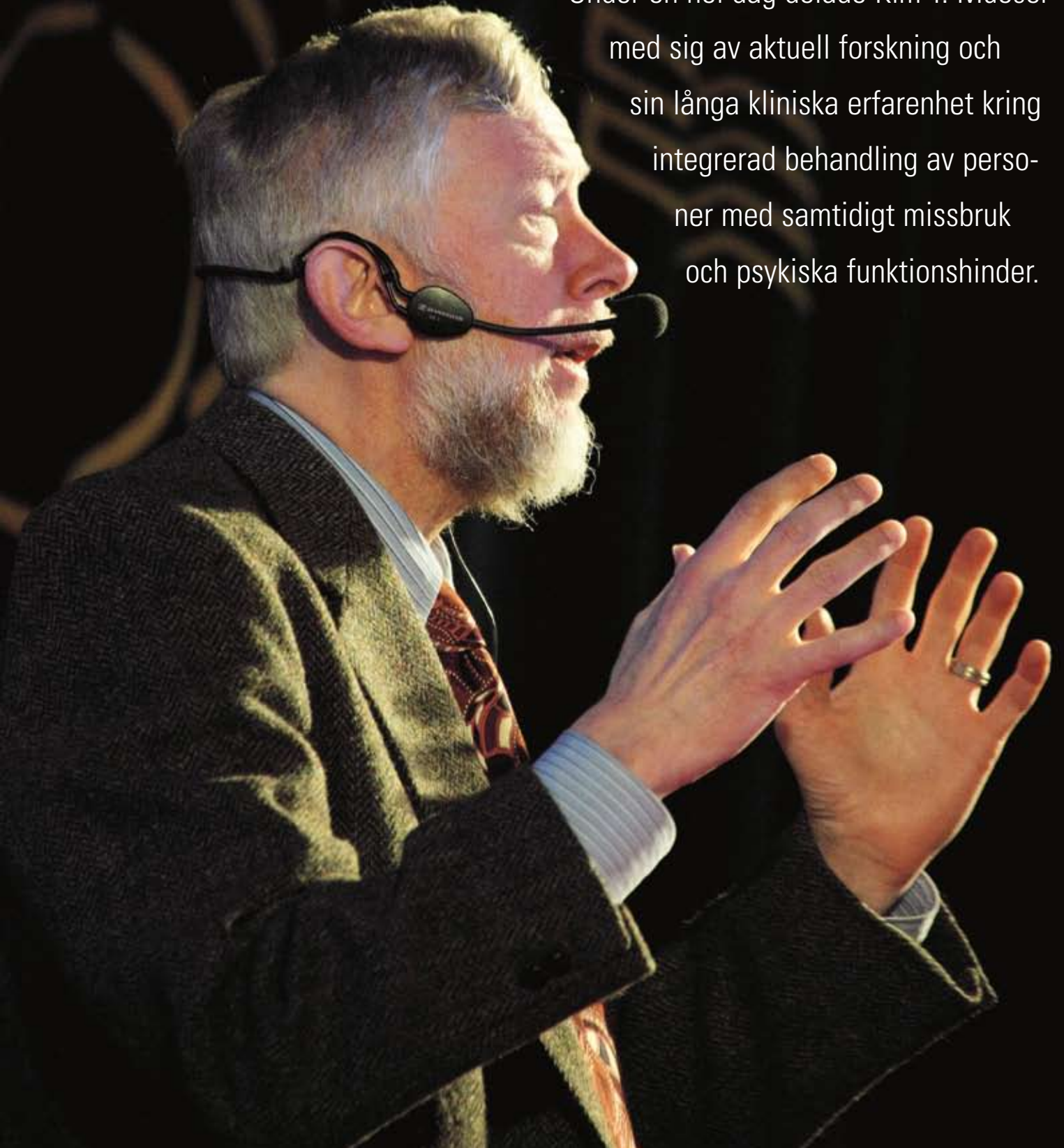
Lennart Rådenmark (till vänster) inledde konferensen och Sven-Erik Alborn var dagens moderator.

Konferensen var ett led i implementeringen av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.



När finns det risk för att människor drabbas av sam-
sjuklighet? Hur kan behandling av både missbruket och
den psykiska sjukdomen integreras? Vilka krav ställer
det på behandlarna?

Under en hel dag delade Kim T. Mueser
med sig av aktuell forskning och
sin långa kliniska erfarenhet kring
integrerad behandling av perso-
ner med samtidigt missbruk
och psykiska funktionshinder.



”Det som försummas mest är att hitta alternativ till drogerna för att må bra”

Missbruk av alkohol och droger är avsevärt vanligare bland människor som har någon form av psykisk sjukdom än bland allmänheten i stort. Ju svårare den psykiska sjukdomen är, desto större är risken för att också utveckla ett missbruk.

Omkring 16 procent av befolkningen som helhet bedöms ha problem med alkohol eller droger eller både och. Bland människor som har schizofreni eller bipolär sjukdom har omkring hälften ett samtidigt missbruk. Av personerna med de något mildare sjukdomarna, som depression, tvångstankar eller fobier, har mellan 25 och 35 procent också missbruksproblem.

– Men av dem som hamnar på sjukhus på grund av sin psykiska sjukdom har minst hälften också missbruk. Det gäller även dem som läggs in på grund av depression, påpekade Kim Mueser.

Muesers studier visar också att risken för missbruk ökar om personen är en ung, ensamstående man med låg utbildning. En bakgrund med beteendestörningar i barndomen eller att det fanns missbruk i familjen påverkar också.

Hur personen fungerade före insjuknandet har också betydelse och här handlar det om god förmåga att skapa kontakt med andra människor.

– De som fungerade bra socialt innan de blev sjuka, tenderade att använda mer droger. Det är de som kla-

rar av att skapa relationer som också har förmåga att komma i kontakt med droger, sa Kim Mueser.

Sammanhang där förekomsten av missbruk är högre än ”normalt” är på akutmottagningar, i fängelser och bland hemlösa.

Det finns flera skäl till varför det är viktigt att lyfta fram problematiken med samsjuklighet, menade Kim Mueser.

– Missbruk är det som är oftast förekommande tillsammans med svår psykisk sjukdom och risken är stor att det leder till en mängd andra problem. Det kan vara sjukhusvistelser, en pressad familjesituation, våldsamt beteende, hemlöshet, självmord, sjukdomar och infektioner, för tidig död.

Personer med psykisk sjukdom har dessutom svårt att tillgodogöra sig behandling mot missbruket. Fler hoppar av behandlingsprogram, de är beroende av fler droger, tar fler återfall och utnyttjar självhjäpsgrupper i mindre utsträckning är missbrukare utan psykisk sjukdom.

1. Prevalens = antalet individer med en viss sjukdom vid en viss tidpunkt i förhållande till totala antalet individer i befolkningen vid tidpunkten

en fråga till...

Solveig Olausson, beroendekliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Vilka är dina intryck av dagen?

Det känns som om vi inom beroendevården och psykiatri i Göteborg, tillsammans med socialtjänsten, är på rätt väg med ett integrerat arbetssätt.

Jag fick också bekräftat att det är viktigt att uppmärksamma klienternas sociala nätverk och vardagsliv – något som också kom fram i

min avhandling om kvinnor med substansmissbruk och psykisk ohälsa. Missbruket tenderar att bli en fritidssysselsättning och nätverket formas utifrån det.

Kim Muesers resonemang om att inte vara så bunden till diagnoser, utan i stället definiera tillfrisknande utifrån klientens egna förmågor, var också intressant.

Och så var det sympatiskt att ta upp behandlarnas behov av handledning och fortbildning för att orka. Det är sällan vi pratar om det.

Personer med psykisk sjukdom och missbruk löper stor risk att få andra problem, vilket är en av anledningarna till att gruppen måste uppmärksammas, menar Kim Mueser.



Det finns i huvudsak tre undergrupper av personer med samsjuklighet:

- Svårt psykiskt sjuka – psykotiska. Använder måttliga mängder av substanser. Redan små mängder får negativa konsekvenser.
- Ångest och/eller depression. Användning av substanser kan orsaka eller förvärra symtomen. Använder måttliga till stora mängder.
- Personlighetsstörningar. Antisocial och borderline är vanligast. Är högkonsumerter.

Kim Mueser presenterade flera teorier om varför samsjukligheten är så hög:

- Berkson's fallacy². Samsjuklighet är vanligare när man mäter personer i behandling jämfört med befolkningen i stort.
 - Självmedicinering
 - Personer med psykisk sjukdom kan vara mer känsliga för effekterna av droger och alkohol
 - Socialisering – att bli accepterad, grupptrösk, underlättar att komma nära andra människor
- Andra samverkande faktorer är fattigdom, neurokognitiva skador, beteendestörning eller personlighetsstörning.

Att droganvändningen är ett sätt att självmedicinera för att hantera känslor och symtom från den psykiska sjukdomen är en populär hypotes – men Kim Mueser

tycker inte att det är så självklart.

– Tittar vi närmare på den förklaringen så ser vi att medlen som patienten tar ofta inte passar med deras symtom. De använder de droger som de har tillgång till och som finns bland kamraterna. Och de byter drog, beroende på vad som finns att tillgå och vad som är populärt. En del patienter är medvetna om att drogen de använder förvärrar deras sjukdom, men de använder den ändå. Att till exempel använda alkohol vid depression är en temporär flykt, eftersom den på sikt förvärrar symtomen.

Att en biologisk överkänslighet gör människor med psykisk sjukdom mer känsliga för effekterna av droger, kan vara en delförklaring till den höga samsjukligheten. Deras tröskel för att "tåla" alkohol och droger är lägre, vilket behandlaren måste vara medveten om. Även stresståligheten tycks vara lägre.

Kim Mueser lyfte dock fram ytterligare skäl till att just personer med psykisk sjukdom använder droger. De kan lära sig att hantera sin sjukdom och att få det sociala livet att fungera någorlunda, men det mest försummade området är fritidsaktiviteter och rekreation – att hitta alternativ till drogerna för att må bra.

– I USA betonar vi vikten av att ha ett arbete och vi försöker hjälpa till att skaffa deltidsjobb. Det är ett sätt att få en roll i samhället och ger en känsla av att vara behövd.

2. Berkson's fallacy (Berksons fallgrop). När det uppstår falska eller oäkta samband eller slutsatser i en studie.

en fråga till...

Mats Fridell, institutionen för psykologi, Lunds universitet



Vilka är dina intryck av dagen?

Det är roligt att få lyssna till en så erfaren kliniker och forskare. Hans syn på människorna han arbetar med och ödmjuka framtoning kändes väldigt bra.

Det var också intressant att han pratade så mycket om gruppbehandling för den här klientgruppen. Det är en försummad arbetsform i

Sverige, vilket är en stor förlust. Gruppen och gruppaktiviteterna i en behandlingsorganisation speglar ofta de större processerna i organisationen. Etik, hållning mot patienterna, sätt att förmedla kunskaper och normer förmedlas ofta bättre på gruppnivå än i individuella behandlingssammanhang. När man inte arbetar i grupper tappar man möjligheterna att förstå processer och hinder som är helt avgörande för resultaten även i de individuella behandlingarna. Det var kul att han tog upp gruppbehandlingen så tydligt.



Ingen "wrong door" i integrerad behandling

Integrerad behandling innebär att både missbruket och den psykiska sjukdomen behandlas samtidigt och av samma behandlingsteam. Och integrationen är behandlarnas ansvar. Patienten/klienten ska aldrig riskera att gå in genom "fel dörr".

en fråga till...

Carina Johansson, Tillfället, Social resursförvaltning, Göteborg



Vilka är dina intryck av dagen?

Det jag tyckte var mest intressant var hur han beskrev förändringsstegen när man ska ta sig ut ur missbruk – att tänka igenom vilken fas personen befinner sig i när man sätter in en insats och vad det är som är mest verksamt.

Det var också bra att han tog upp att återfall är en del av återhämtningen. Det bör vara med i planeringen så att vi är beredda på att det sker och vet hur vi ska agera då. Vi ser ju ibland att personer blir utskrivna från ett drogfritt boende, men det finns inte alltid en plan för vad som ska ske då.

Att höra att de arbetar uppsökande bland hemlösa i tvärprofessionella team var också spännande. Jag blev också inspirerad att engagera nätverket runt omkring klienterna mer.

Det finns hinder på vägen för att få integrerad vård och behandling av samsjuklighet att komma till stånd. Psykiatri och missbruksbehandling har historiskt sett varit skilda åt, även organisatoriskt.

– Man har trott att om den ena åkoman behandlas så ger den andra med sig. Men de måste behandlas samtidigt, bland annat för att missbruket och den psykiska sjukdomen interagerar, sa Kim Mueser.

Ibland handlar diskussionen om vad som kom först, missbruket eller den psykiska sjukdomen.

– Det är svårt att avgöra vilket tillstånd som är primärt. Det kanske inte är möjligt över huvud taget utan bara försenar behandlingen. Då är det bättre att utgå från att båda är primära, sedan kan man ta ställning – om det behövs.

Kim Mueser exemplifierar med en person med psykisk sjukdom som i huvudsak använder droger för att få vänner och skapa relationer. Om han får social träning, behandlar man då sjukdomen eller missbruket?

“No wrong door” – att all behandling ges på samma ställe – är ett viktigt mål vid integrerad vård och behandling. Det ställer krav på teamet vad gäller bedömningar och dokumentation, men också att man är öppen och tar vara på varandras kompetens och kunskap.

– Det kan upplevas som ett hot mot den egna professionen, att man riskerar att förlora sin professionella identitet.

Ett annat kännetecken är att programmet ska se till personens hela situation och även kunna erbjuda bostad, arbete och sociala relationer.

Kim Mueser delar in behandlingen i olika stadier eller steg. De bygger på förändringsstegen som överförs till steg i behandlingen – engagemang, motivation (”persuasion”), aktiv behandling och återfallsprevention. Förändringen är inte linjär, efter framsteg kan det komma bakslag. Stadiet i behandlingen bestämmer det primära målet, som i sin tur avgör vilken insats som ska göras. Det finns flera möjligheter vid varje steg.

– När vi satt upp ett mål, väljer vi alltså den bästa interventionen för att nå just det målet. Steg ett kan vara att bygga en arbetsallians med patienten. För att nå dit träffar vi patienten regelbundet under några veckor eller månader.

Strategierna för att nå målet är flera. Behandlarna söker upp personen, möter honom på hans egen planhalva. Man försöker hjälpa till med praktiska problem som bostad, kontakter med familj och polis, engagera det sociala nätverket och i sista hand gäller tvångsåtgärder.

Nästa steg är motivation eller övertalning. Då handlar det om att få klienten att se missbruket som ett problem, inte att i första hand minska droganvändandet. En strategi är då att stabilisera det psykiska tillståndet, se till att medicineringen fungerar så att de akuta psykiatriska symtomen minskar. Det gör klienten mer mottaglig för information så att han förstår vad behandlingen går ut på.

Att få klienten att delta i ”persuasion groups” (motivations- eller övertalningsgrupper) är en annan strategi, liksom att utbilda familjen i vad den psykiska sjukdomen betyder och hur drogerna interagerar med sjukdomen. Genom att hitta klientens motiv till varför han använder droger är det möjligt att identifiera andra sätt att få de behoven tillgodosedda. Strukturerade aktiviteter ger mindre tid att ägna åt droger. Utbildning och motive- rande samtal (MI) används också för att få patienten att se sitt missbruk som ett problem.

I programmet är stegen aktiv behandling och återfallsprevention uppbyggda på liknande sätt: ett klart och tydligt mål som följs av ett antal strategier.

Återhämtningsberget (”recovery mountain”) är ett annat inslag i behandlingen. Det illustrerar att behandlingen är en berg- och dalbana. Framgång följs av återfall, det är en del av återhämtningen, men samtidigt får man inte tappa de vinster som gjorts mellan återfallen.

– Vi pratar inte så mycket om att bli frisk från missbruk eller sjukdom, mer om att ha ett friskt, fungerande liv för just den personen. Därför är det viktigt att fråga patienten vad tillfrisknande innebär för honom. Använd det som mål för att förändra livet, men sätt nåbara, operativa mål.

Man får inte tappa de vinster som görs mellan återfallen.

en fråga till...

Lars Erik Gotthard, socialenheten, Länsstyrelsen Västra Götalands län



Vilka intryck fick du med dig?

En väldigt spännande dag som bekräftade många av de bilder av situationen för målgruppen som jag har från mitt uppdrag gentemot psykiatrin och personliga ombud i länet. Det handlar bland annat om lyhördhet och att lyssna på människan. Vi vill så gärna tänka i organisa-

tion och rutor och passa in människorna där, i stället för att utgå från personen. Det fanns inte så mycket nytt i det Kim Mueser pratade om, så därför är det lite tragiskt att det inte hänt mer under de här åren.

Det var också spännande att höra om gruppkaktiviteterna. Det kanske är dags för den offentliga verksamheten att också titta mer på möjligheterna med självhjälpgrupper.

en fråga till...

Per Anders Hulten, PSL-teamet, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås



Vilka är dina intryck av dagen?

Jag hade inte lyssnat till Kim Mueser tidigare, men har både hört om och läst honom. Jag försöker följa hans principer både i patientarbetet och när jag undervisar.

Det känns bra att få bekräftat att det sätt vi försöker arbeta på är rätt. Beroendevården

och psykiatri i Borås har aldrig varit uppdelade så hos oss är det naturligt att behandla missbruk/beroende och psykisk sjukdom parallellt.

Som Kim Mueser betonade kan rätt bostad och sysselsättning vara avgörande för att en människa ska kunna bryta en ond cirkel. Här kommer kommunens ansvar in och därför måste vi ha ett gemensamt synsätt. Inte minst när ekonomin är ansträngd måste vi hjälpas åt att skapa ett värdigt liv för människor som fastnat i missbruk och beroende.

Gör en grundlig bakgrundsbeskrivning

Att upptäcka, klassificera och funktionsbedöma de personer med psykisk sjukdom som också har missbruksproblem är en viktig del i den integrerade behandlingen. Screeningsinstrument och en "pay off-matris" är hjälpmedel.

Screeningsinstrument som AUDIT används för att upptäcka alkoholmissbruk men ger också en bild av patientens livssituation. Att klassificera innebär att gradera bruket av droger eller alkohol efter en särskild skala, från avhållsamhet till tungt beroende.

Därefter görs en funktionsbedömning eller utredning för att få så mycket information som möjligt om varför och i vilka sammanhang som personen började använda droger.

– Vi måste försöka förstå varför patienten fortsätter med droger när det har så negativa effekter, sa Kim Mueser.

De sociala faktorer som kan finnas bakom missbruket kartläggs. Har personen vänner som inte använder droger? Är droganvändningen ett sätt att behålla ett socialt nätverk? Eller är det ett sätt att skaffa sig nya vänner? Kan personen säga nej till erbjudanden om droger?

Vanliga psykiatriska symtom, som depression, självmordstankar, ångest, sömnstörningar och tecken

på självmedicinering utreds också. Kopplingar mellan droganvändandet och fritid och nöjen ingår i bilden, liksom annat som motiverar till att använda droger, som tillgång till pengar eller behov av att fly från obehagliga upplevelser och minnen.

Funktionsbedömningen ligger till grund för den funktionsanalys som görs med hjälp av en "pay off-matris", där fördelar respektive nackdelar med att använda eller inte använda droger ställs upp. Patienten formulerar själv vad han upplever som fördelar respektive nackdelar. Bland fördelarna med att inte använda droger finns de argument som kan användas i motiverande intervju, medan nackdelarna med att inte använda droger kan ingå i rehabiliteringen.

– Patienten väljer minst en fördel och en nackdel med att inte använda droger och så fokuserar vi på dem.

Funktionsanalysen i matrisen ligger till grund för behandlingsplaneringen. Den har som mål att bestämma vilka insatser som har störst chans att lyckas och hur resultatet ska mätas.

en fråga till...

Anna-Carin Josefsson, Samverkansteamet Brofästet, Mölndal



Vilka är dina tankar om dagen?

Det var en väldigt inspirerande dag som väckte tankar om hur vi jobbar. Målgruppen är ju så komplex och behöver många olika slags insatser. Kim Mueser betonade också helhetsperspektivet.

Hans arbete med grupper var också intressant. Att man kan arbeta med peda-

gogiska insatser och ge kunskap om till exempel sömn, något som många har problem med. Familjens betydelse fick mig att fundera mer på om vi kan få våra klienter att bjuda in någon eller några från sociala nätverket som kan vara ett stöd i behandlingsarbetet.

I det stora hela fick jag bekräftelse på att vi gör rätt saker, genom att jobba med olika typer av insatser, anpassade efter individen. Att vi gör vårdplaner gemensamt och att målen ska vara klientens.

”Målet ska vara något patienten vill för sin egen skull”

Motiverande samtal och gruppbaserad behandling av olika slag är några av de metoder som Kim Mueser rekommenderar för personer med samsjuklighet.

Motiverande samtal (MI) är en metod där en av grundprinciperna är att visa empati och förstå patientens värld. Behandlaren måste vara en aktiv lyssnare, reflektera över svaren och ställa klagörande frågor. Han får inte döma, uttrycka tvivel och bör undvika utmaningar.

Vid MI är personliga mål viktiga. Målet ska vara något som patienten vill för sin egen skull. Ibland kan ordet ”mål” vara svårt att använda. När man det inte blir det ett så tydligt bevis på misslyckande.

– Fråga i stället hur patienten vill att livet ska förändras. Tala om förhoppningar, fantasier. ”Om du inte hade de här problemen, vad hade du gjort då?” Ta bort fokus från här och nu.

Ofta händer det saker på vägen som gör att målen och drömmarna omformuleras och får en annan riktning.

Nästa steg är att få patienten att se motsättningsarna mellan de personliga målen och användningen av droger.

– Undvik direkt konfrontation – patienten måste själv inse att droganvändningen påverkar möjligheten att nå målen, påpekade Kim Mueser.

Att komma över motståndet mot att ändra sitt missbruksbeteende och ingjuta hopp i personen att han kan åstadkomma de önskade förändringarna är nästa steg.

– Vi hjälper människorna att identifiera sina styrkor och möjligheter. De har så mycket med sig i bagaget av trauman, hemlöshet och mycket annat som gör att de ser sig själva som misslyckade. Många gånger har de haft en svår barndom och då kan vi hjälpa dem att hitta de styrkor och förmågor de använde då för att klara sig – få dem att inse att de kan använda samma förmågor igen.

Föräldraskap är en av de mest kraftfulla motiv man kan ha för att skapa förändring. Alla vill vara en bra förälder.

Behandling i grupp är en mer ekonomisk behandlingsform än individuell behandling, även om den här gruppen kräver en viss del individuellt arbete. Involveras familjen ökar chanserna än mer att lyckas, påpekade Kim Mueser.

Självhjälpsgrupper, som Anonyma Alkoholister, kan fungera även för personer med psykisk sjukdom, men det finns vissa problem kopplade till dem. Att ha en dåligt utvecklad förmåga till sociala kontakter, som personer med schizofreni har, fungerar inte i en självhjälpsgrupp. Även personer med paranoia kan ha svårt att klara en grupp på 20–25 personer.

– Ett tips är att ”go meeting shopping”. Presentera det som en möjlighet och följ med klienten till olika grupper för att hitta en som kan passa. Men glöm inte den psykiska sjukdomen och tryck inte på.



Det finns ett flertal olika modeller för strukturerad gruppbehandling:

- 12-steg
- Utbildning/stöd
- Social träning (social skills training)
- ”Stage-wise”
 - motivationsgrupper
 - aktiva behandlingsgrupper

I motivationsgrupperna (persuasion groups) utvecklas en medvetenhet om missbruket och personen kan prata om det. Det brukar finnas personer i olika stadier av sin behandling i samma grupp, vilket kan ge den som kommit en bit på vägen en känsla av att vara nyttig och behövd. De som inte kommit lika långt får en bild av vilka framsteg som görs.

Behandlingsgrupperna är till för dem som har kommit en bit på väg. Här tränas färdigheter som att hantera ilska, stress och ”högrisksituationer”.

Familjen kan bli en del av teamet

Involvera familjen så mycket det går i behandlingsarbetet.

– Mer än hälften av våra klienter med samsjuklighet har familjekontakter varje vecka. Deras medverkan är viktig för behandlingen av både missbruket och den psykiska sjukdomen, sa Kim Mueser.

När en familjemedlem har både missbruksproblem och psykisk sjukdom är pressen på familjen extra stor. Kunskapen om samsjuklighet är ofta dålig och det finns risk för att släktingar oavsiktligt uppmuntrar användningen av droger och alkohol.

– Om det inte går att få med alla familjemedlemmar är det ok, ha dörren öppen och låt de komma med när de är redo, sa Kim Mueser.

Programmet för familjearbetet måste först presenteras för klienten. Det är klienten som avgör om familjen ska bjudas in, men behandlaren kan rekommendera att familjen är med. Ungefär 80 procent vill ha familjegrupper.

– Förklara hur det går till, att det handlar om ömsesidig respekt och att det inte är fråga om traditionell familjeterapi där man skriker åt varandra och utser syndabockar!

Det krävs skickliga samtalsledare i gruppen för att hantera de frågor som kommer upp. En respektfull, empatisk och icke-dömande attityd är viktig.

– Förklara att familjen är experter och att de blir en del av behandlingsteamet. Deras kunskap behövs.

Målet för familjeprogrammet är utbildning, att minska återfall och hjälpa klienten/familjemedlemmen att bli oberoende.

Det är klienten som avgör om familjen ska bjudas in.



Ett arbete på lång sikt

Hur undviker man uppgivenhet hos behandlingspersonal? Det var den sista frågan som Kim Mueser kort resonerade kring under dagen.

– Tänk på att det är de "svåraste" patienterna som behöver oss mest.

Som behandlare kan man aldrig ge klienten skulden för att han inte kan sluta med droger eller tar ett återfall. Man kan inte heller skylla på patienten som blir apatisk eller får en depression – det är en del av sjukdomen.

Men om man inte kan skylla på klienten eller patienten – då är det väl ens eget fel om behandlingen misslyckas? Om inte patienten blir bättre måste det väl vara bevis på hur oduglig man är?

– Kom ihåg att integrerad behandling fungerar på lång sikt. Och tänk på att den bästa lösningen känner ingen till i förväg, sa Kim Mueser.

Han gav också rådet att se återfall som en oundviklig del av återhämtningsprocessen.

– Också klienterna gör så gott de kan.

en fråga till...

Ann-Christin Frylén, Rättspsykiatri, Göteborg



Vilka är dina tankar om dagen?

Det var en inspirerande dag med Kim Mueser som är så engagerad och generös med sin kunskap och erfarenhet. Jag har hört honom tidigare och läst boken om integrerad behandling. Denna gång hann han fördjupa sig inom vissa delar, vilket var bra, men jag

upplevde att det var mycket han inte hann med. Jag fick en del praktiska tips med mig, fick bekräftat det riktiga i arbetet med missbruk inom vår verksamhet samt att gruppbehandling och arbete med familjer skulle behöva utvecklas. Jag kan inte låta bli att reflektera över att det finns så lite om samsjuklighet i Socialstyrelsens riktlinjer, bland annat för att det finns begränsat med forskning kring problematiken. Därför behövs mer forskning, men också utvärderingar.



I den panel som i slutet av dagen gjorde några reflektioner och ställde frågor till Kim Mueser ingick (från vänster): Birgitta Ravens, Svenska Nätverket Dubbeldiagnoser, SN-DD, Lotta Westberg, Herrljunga kommun, Malin Östling, Kriminalvården, Mats Fridell, forskare vid Lunds universitet, Fredrik Spak, professor i socialmedicin, SU, Tim van Loo, läkare vid beroendekliniken, SU.

“Vi är på rätt väg”

Birgitta Ravens konstaterade att det har hänt mycket sedan nätverket bildades 2005 och att deras besök i New Hampshire hade stor betydelse för nätverkets arbete.

Lotta Westberg tyckte att det kändes som om de är på rätt väg och att kommunens satsningar på utbildning, sysselsättning och en meningsfull fritid är riktig.

Malin Östling kommenterade också att man gör mycket rätt saker, men att de även ska göras vid rätt tid.

Mats Fridell var imponerad av att Kim Muesers klinik arbetar med grupper och familjer – något som nästan inte förekommer alls i Sverige längre när det gäller personer med samsjuklighet.

Fredrik Spak påpekade att det finns en stor grupp med inte så allvarliga psykiska problem och missbruk som är svåra att nå.

Tim van Loo konstaterade att samarbetet mellan psykiatri och beroendevård har kommit en bit på vägen – nu gäller det att hålla kvar vid det och även gå vidare.

en fråga till...

Karin Aurell, frivården, Kriminalvården, Göteborg



Vilka är dina tankar om dagen?

Min första tanke är att vi aldrig kan få tillräckligt många sådana här dagar! Det är ovärderligt att vi, som kommer från olika organisationer men jobbar med samma människor, får höra samma sak. Vi får en gemensam referensram och det är en stor vinst i det. Ordna

gärna fler dagar! Och så var det roligt att få höra Kim Mueser som är en så erkänd auktoritet.

Det han sa bekräftar mycket av det vi vet om hur vi ska jobba. Men samtidigt är det rent praktiskt så svårt att komma till skott! Det tar tid, men borde gå fortare. Nu när ekonomin dras åt är det ännu viktigare att vi jobbar på ett smart sätt och använder oss av varandra. Det Kim Mueser sa bekräftade att vi är på rätt väg!



Läsa och lära mer

På webbplatsen www.riktlinjervast.se finns information om arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård i Västra Götaland och Göteborg. Där kan även **Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård** laddas ner.

På Socialstyrelsens forum (<http://forum.socialstyrelsen.se/>) kan man diskutera missbruks- och beroendevården med kollegor från hela landet.

Länsstyrelsen Västra Götalands län, www.lansstyrelsen.se/vastragotaland, har länkar till flera publikationer som pdf-filer:

- **Riskbruk, missbruk, beroende.** Forskning & vård. En rapport från Göteborgs universitet och Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2006–2007.
- **Hur kan vi hjälpas åt?** Dokumentation från regionala konferenser under 2007 om komplexa vårdbehov hos personer med psykisk sjukdom och missbruk. KPM-projektet. Där finns även projektets slutrapport med samma namn.
- **En heldag om nationella riktlinjerna.** Dokumentation från konferens om Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, 27 september 2007, Göteborg. Rapport 2007:64.
- **Rum³ – idéer • utveckling • möjligheter.** Inom missbruks- och beroendevården i Skåne, Stockholms och Västra Götalands län. Rapport 2008:39.
- **När, var, hur?** Dokumentation från konferens om implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, 10 april 2008. Rapport 2008:50.
- **Vägar ut ur missbruk och beroende.** Dokumentation från konferens 23 maj 2008, Göteborg. Rapport 2008:59.
- **Cannabissmissbruk.** Dokumentation från konferens 6 november 2008, Göteborg. Rapport 2008:84.

Kontaktperson: Länsamordnare Lennart Rådenmark, tel 031–60 52 89, lennart.radenmark@lansstyrelsen.se



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN

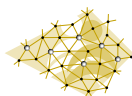
Rapport nummer 2009:29
ISSN 1403–168X



Kriminalvården



Göteborgs Stad
Social resursförvaltning



Svenska Nätverket för
Missbrukare med Psykisk ohälsa,
Dubbel diagnoser



GÖTEBORGS
UNIVERSITET
FMB

