

En professionell alkohol- och drogterapeut ska kunna mycket – sannolikt mer än du anar!

Det finns faktiskt de som fortfarande tror att en typisk alkoholist sitter på parkbänken och super. Kunskaperna om missbruk och beroende är fortfarande låga i Sverige. Ännu sämre är kunskaperna om vad som motiverar och hjälper en alkoholist eller beroendeperson till positiv förändring. Mest skrämmande är att även flertalet behandlare har låga kunskaper om missbrukare och deras behandling. Det innebär att professionell behandling nästan inte går att hitta.

Om professionell beroendebehandling var lika vanlig och normalt förekommande som en behandling för blindtarmsinflammation så skulle fler bli varaktigt nyktra, färre ta återfall, mindre våld utövas, mindre trafikolyckor uppstå, fler barn ha trygg uppväxt, färre lida av ångest och psykiska störningar. Men det är tvärtom – fler dricker mer, återfall efter behandling är mer normalt än ovanligt, våldet ökar både innanför och utanför hemmens väggar, trafikolyckor p g r a alkohol ökar, alltfler barn söker sig till BRIS och andra som fångar upp hur dåligt de mår, ångest och depressioner ökar (trots mediciner).

Det finns två diken som man till att börja med måste undvika på vägen till bättre beroendebehandling. I det ena diket tror man att det överlag erbjuds god behandling i Sverige. I det andra förmodar man att det finns tillräckligt med professionell personal som utför denna goda behandling. Med beroendebehandling menas här alla åtgärder i form av kontakter, samtal, undervisning, vård, omsorg och uppföljning som riktas till målgrupper som alkoholister, narkomaner, läkemedelsmissbrukare, spelmissbrukare, blandmissbrukare, "dubbeldiagnoser" med flera grupper.

Trots att kunskaperna om hur man ska behandla beroendepersoner funnits under mer än trettio år har de inte använts på yrkesmässiga, kvalificerade och beprövade sätt. Istället har man gissat, följt gamla ineffektiva metoder, duperats av personliga erfarenheter och inte gett tillräckliga ekonomiska medel då något bra börjat ta form. Dessutom har man till råga på allt aldrig erkänt AA-rörelsen som den **största enskilda** faktorn (men inte den enda) i tillfrisknandet från dessa tillstånd. Man har däremot utnyttjat AA-möten som sin egen eftervård utan att införskaffa AA:s synpunkter på det.

Fortfarande kan man inte som professionell alkohol- och drogterapeut söka arbete via arbetsförmedlingen. Orsaken är att svenska samhället inte räknar det som ett yrke fristående från andra yrken. Man får istället leta inom yrket behandlingsassistent. Som de flesta vet kan det yrket återfinnas inom barnavård, ungdomsvård, äldrevård, psykisk och fysisk omsorg samt missbruksbehandling. Varför denna stora grupp inte ska delas upp i mindre är ofattbart – vill man inte att specialkunskande ska få utvecklas? I många andra branscher, bl a de tekniska och ekonomiska, är man noga med att skilja den ena specialyrket från det andra. Genom att inte låta alkohol- och drogterapeuter få utgöra ett eget yrke så kan arbetsförmedlingen inte ta emot arbetsgivarnas efterfrågan och önskan om att få anställa dem och därför kan ingen säga om det är överskott eller underskott på just det yrket. Ett resultat blir att samhället signalerar "Ingen efterfrågan finns från arbetsgivarhåll", vilket är missvisande. Jag får nästan veckovis samtal från någon behandlingsverksamhet som undrar om jag har tips på var det finns en kvalificerad alkohol- och drogterapeut ledig för uppdrag hos dem.

Sedan 1987 har vi utbildat professionella alkohol- och drogterapeuter på högskolenivå, sannolikt fler än 750 personer. Fler har inte kunnat finansiera sina studier - eftersom yrket inte finns fick de inte studiestöd från studiemedelsnämnden. Våra försök att påkalla det samhällsnyttiga i att acceptera yrket och erbjuda studiestöd till eleverna har besvarats med fraser som "Det finns inga siffror på att yrket skulle behövas", d v s arbetsförmedlingen uppfattar att ingen efterfrågar arbetskraften alkohol- och drogterapeuter. Nej, det går inte att få siffror på efterfrågan av en yrkesgrupp som inte finns. Det är ett effektivt sätt att hindra en för samhälle och människor positiv utveckling! De vi frågat som t ex utbildningsdepartementet och socialdepartementet under socialdemokratiska regeringstiden samt KY-myndigheten de senaste åren har sagt att utbildningen skulle vara tveklaktig på något sätt, tvärtom har de lovordat innehållet, men de ser inte att behovet finns!

Flertalet av de vi utbildat har idag trots allt arbete inom behandlingshem och öppenvårdsinrättningar. Det är bara det att ytterligare minst 2000 yrkesverksamma skulle behövas med just de kunskaper som våra alkohol- och drogterapeuter har.

En alkohol- och drogterapeut bör kunna

1. skilja alla olika missbruk och beroenden från varandra = diagnostik
2. se och sortera all tilläggsproblematik av psykologisk, psykiatrisk, social, existentiell, medicinsk och fysisk art = diagnostik
3. förutse rimliga möjligheter för klienten beroende på val av insatser = prognostisera
4. välja behandlingsprogram, målsättning och personal (i samråd med klienten) = matcha
5. detaljplanera behandlingen med hjälp av successiva precisioner vartefter klienten utvecklas
6. utföra olika behandlingsinsatser, använda varierade tekniker (inleda, genomföra, avsluta behandling)
7. utvärdera behandlingen, både resultat- och processmässigt = evaluera
8. informera, motivera och utbilda klienter

Punkt 6 är det som flertalet fokuserar på. Att behandla tar ju oftast mest tid i anspråk jämfört med de övriga. Behandling innehåller många möjligheter. Vi lär ut några av de behandlingsformer som vi uppfattar ger bra resultat i många klientgrupper. De är även i forskningsrapporter beskrivna som mer resultatrika än en del andra. Det är i dagsläget de kognitiva, existentiella, och tolvstegsbaserade behandlingsprogrammen. Till dessa kommer förmågan att hjälpa personen tolka och hantera sin ångest, vilket ingår i ANGCOP-modellen. Även kunskapen att tolka och hjälpa personen att förstå och använda sin personlighet, sin historia, sin livssituation, sina relationer och sitt hopp. Vi använder den utbyggda Matchningsmodellen för att sammanväga alla detaljer, ge kontinuitet och sammanhang i behandlingen.

Punkt 1 ovan är mycket väsentlig och slarvas en del med eftersom få behärskar god beroendediagnostik. Det behövs gedigen kunskap, erfarenhet och kontinuerlig handledning samt goda bedömningsverktyg innan diagnostiken fungerar. Det räcker inte med att konstatera om klienten är missbrukare, beroende eller ingetdera. Det räcker inte heller med ett landsomfattande till alla behandlingsinstanser pålagt intervjuformulär som ingen använder när det väl är ifyllt, utan det behövs olika tester och instrument samt kunnig personal som kan välja och tolka dessa och använda resultaten successivt i behandlingsplanering och behandling.

Missbruk och beroende är multivariata syndrom* och när de så behandlas får man resultat. Det finns många vetenskapliga discipliner som tävlar om rätten att äga problemområdet. Verkligheten har visat att ingen disciplin ensam kan avhjälpa problemet! En del tycks tro att det är en medicinsk fråga och att läkarna kan svara på frågan "Hur behandlas och botas beroendesjukdomen?". De försöker med mediciner reducera "suget" efter alkohol och annat. Det kan vara en initial hjälp men kan inte ses som tillräcklig behandling. Lika lite som utdelning av Antabus är behandling – men kan vara ett stöd för den som inte litar på sig själv riktigt. Läkare träffar inte klienterna så lång tid att man kan tala om behandling. Det gäller oftast även psykologer som bedömer en beroendepersoner utefter psykologiska test men sällan genom beroende- och missbrukstest. Det är väsentligt att ha dessa yrkesgrupper med i beroendevården men de är inte professionella alkohol- och drogterapeuter om de inte har den utbildningen.

Landstingen har enligt lag egentligen bara ansvar för avgiftning så att livshotande tillstånd hävs. Vi brukar kalla det "fyradagarssjukan", d v s fyra dygn efter sista intaget av alkohol eller drog är personen "frisk" i den meningen att han eller hon torde kunna tänka och fungera fysiskt på ett ganska normalt sätt. Men det betyder ju inte att man är frisk och fortsättningsvis inte överkonsumerar alkohol eller tar droger. Långt efter det att man tillfrisknat fysiskt är fortfarande den psykiska och existentiella hälsan i olag. Ångest, känsloliv, gamla inlärda "handlingsprogram" och automatiska tankar ger inte upp så lätt!

Multivariata syndrom innebär att en professionell person behövs som inte företräder någon speciell disciplin, utan är just professionell alkohol- och drogterapeut som kan överblicka alla de variabler som är inblandade i syndromet och som kan beröra områden som

* **syndrom** =, *symptomkomplex*, en grupp av sjukdomssymtom som hör ihop och som uppträder tillsammans hos en och samma patient mer frekvent än som kan förklaras av slumpen Syndromnamnet fungerar ofta som ett sjukdomsnamn. Vissa syndrom kan emellertid förekomma vid mer än en sjukdom. Av hävd används benämningen syndrom även om vissa kombinationer av dels symtom, dels ett eller flera sjukdomstecken eller fynd vid laboratorieundersökning, röntgenundersökning etc.

medicin, fysik, psykologi, psykiatri, existentiellt, socialt, ekonomiskt, relationsmässigt, kognitivt, kunskapsmässigt, existentiellt, andligt beteendemässigt, droganvändning, alkoholanvändning (t ex de fem alkoholstadi diagnoser som E M Jellinek förespråkade), tidsaspekter, miljöaspekter och en del annat.

Det innebär att i en behandlingsverksamhet, som vill erbjuda *alla* tjänster som en missbrukare eller beroendeperson skulle kunna tänkas behöva, finns tillgång till läkare, sjuksköterskor, psykologer, psykoterapeuter, anhörigterapeuter präster, diakoner, familjeterapeuter, lärare, coacher, massörer, gympaledare, rehabiliterare, friskvårdare, dietister, jurister, ekonomer, yrkesvägledare, arbetsförmedlare m fl, men framförallt just beroendebehandlare och tolvstegsbehandlare. Det är klokt att tillsammans med klienten placera en professionell alkohol- och drogterapeut i mitten av behandlingen. De utgör då det naturliga nav som behövs för att klienten ska få just den behandling som han eller hon behöver. ***Alkohol- och drogterapeuten kan sitt eget område, missbruk och beroende, men har också kunskap om alla de andra yrkenas räckvidd och användbarhet för klienten. Det finns inget annat yrke som har sådant djup i beroendetillstånd parallellt med bred överblick och ändå vill myndighetsverige inte godkänna yrket!!!***

Att samhällets ekonomiska medel för missbruksbehandling enligt lag finns inom socialtjänsten är ju allom bekant. Men det är mindre bekant att dessa medel ofta tar slut under budgetåret och att alla som önskar god effektiv behandling får inte det eller det dröjer orimligt länge. I stället används pengarna till att sända samma person, om personen i fråga är relativt ung, till den ena behandlingen efter den andra, men det blir dyrt i längden. Till slut har beroendepersonen varit på så många olika behandlingar och blivit så gammal att nu ges inte fler resurser! Varför finns inte de kunniga och professionella alkohol- och drogterapeuterna som komplement och kollegor till socialsekreterarna så att ***rätt behandling ges till rätt person med rätt personal i rätt tid och i rätt miljö*** redan från början? Det skulle vara mindre resursslöseri både ekonomiskt och mänskligt sett!

Hur ska beslutsfattare och tjänstemän kunna skilja ineffektiv behandling från effektiv? Man har de senaste åren varit villig att lägga hundratals miljoner skattekronor på behandling som sägs vara bra men som visar sig ge nästintill nollresultat. 1,6 miljarder kronor har specialavsatts till bättre behandling av missbruk och beroende. Ändå är resultaten få. Antingen har pengarna plöjts ner i redan befintlig verksamhet eller lämnats till projekt som inte håller måttet i kunskap och kvalitet. Socionomernas kunskaper från högskolan dominerar fortfarande över alkohol- och drogterapeuternas! Man använder därför fortfarande förlegad beroendelära, psykodynamisk grundsyn på missbrukare, beroendepersoner och deras närstående, beroendebehandlingstekniker som baseras på process (visserligen inte helt fel i andra sammanhang när man vet vad man gör!) men kan knappt skilja på bruk, missbruk, beroende. Syndromperspektivets möjligheter är inte självklara än mindre kunskapen om manualbaserad behandling med föregången av modern matchning. Personlighetens inverkan på tillfrisknandet reduceras till ***en*** missbrukspersonlighet.

Hade man anställt professionella alkohol- och drogterapeuter i stället för andra yrkesgrupper med några veckors kurs i missbruksteori så hade vi sett resultat. För att ta en liknelse: de ser inte "luften i dubbelmackan", d v s de ser inte att mellan den översta brödskivan (forskare, teoretiker, universitet, högskolor, psykologer, läkare) och den understa (personal utan tillräcklig kunskap som vårdare, behandlingsassistenter, socialsekreterare) finns det ingenting då det gäller missbruksbehandling! Där osten, skinkan eller det matnyttiga pålägget ska finnas så är det tomt!

Man har hoppats på att frivilla, ideella, ofta religiösa organisationer skulle fylla tomrummet. Det skulle de kunna göra (och gör ibland, då klienten är mycket illa därän) om de hade resurser, organisering och kunnsighet. Många har inte det utan anlitar allmänt kärleksgivande idealister som lätt blir medberoende, utbrända och tillslut slutar p gr a för låg betalning med bitterhet, ledsenhet och ilska. Tomrummet i luftmackan vill vi fylla med professionella alkohol- och drogterapeuter så att liknelsen inte längre går att använda!

Tolvstegsbehandlarna är inte så likartade som man tro. Varje behandlingshem har sin egen uppfattning om vad i tolvstegsprogrammet som är effektivt och vad hos den beroende som ska behandlas och vad som kan lämnas åt beroendepersonen att själv ta tag i efter avslutad behandling. Ofta används bara tre eller fyra av tolvstegsprogrammet programsteg. Varför det då heter "tolvstegsbehandling" är en gåta. Även här behövs professionella alkohol- och drogterapeuter som kan göra multivariata bedömningar och som kan individanpassa behandlingsmoment då så är befogat.

Etik och moral är viktiga frågor som ofta glöms bort i vardagen men som skrivs och talas om i anbud och offerter. Likaså kvalitetsbeskrivningar och -uppföljningar. En

professionell alkohol- och drogterapeut ska ha mognat som människa så mycket att hon talar sanning och betar sig så som hon talar. Det har varit lite så och så med den saken i branschen under årens lopp. Idag är mycket åtgärdat men fortfarande har många, ofta med eget tidigare missbruk bakom sig, svårt med ärligheten – både då det gäller sin kompetens och förmåga och då det gäller avtalsuppfyllelse och att inte sko ekonomiskt. De privata aktörer med lång erfarenhet som idag finns kvar är sannolikt kvar för att de inte fallit till föga i etiskt och moraliskt hänseende.

När nu alltfler kommuner ordnar egen öppenvård för missbrukare så sker det oftast för att bättre hushålla med sina ekonomiska resurser. Hur deras moral ser ut då det gäller att anlita professionell personal är mycket olika. Vissa kommuner anställer nyktra alkoholister utan annan utbildning inom ämnesområdet än sin egen tillnyktring. De kan således hjälpa de som liknar dem själva men inte så många fler. Andra kommuner anställer legitimerade psykoterapeuter eller socionomer inom sin missbruksbehandling. De kan mycket men inte det primära i kvalificerad missbruksbehandling. De kan oftast inte heller skilja ut vilka som kan tåla öppenvård och vilka som bör ges dygnet-runt-behandling eller annan behandling.

Nyktra beroendepersoner bör förutom en treårig utbildning till alkohol- och drogterapeut ha minst fyra års egen nykterhet eller drogfrihet innan han eller hon ger sig till att behandla andra. Under alla omständigheter bör de ha handledning av en erfaren professionell alkohol- och drogterapeut, men de är svåra att hitta!

Den som vuxit upp i en missbrukarfamilj eller en tydligt dysfunktionell familj kan ha svårt att vara professionell just i yrkesrelationer med missbrukare och beroendepersoner. Det är då lätt att bli möjliggörare istället för professionell behandlare. Det är också lätt att bli alltför känslomässigt avstängd eller tvärtom för känslös, vilket inte är till gagn för den som söker hjälp och behandling.

Sammanfattningsvis menar vi att det inte finns några standardsvar på missbruks- och beroendeproblem, även om många tycks tro det. Det finns även personer som trots att de genomgått vår utbildning ibland haft svårt att ta till sig komplexiteten i yrket och har därför försökt förenkla. Det är lockande att förenkla så att det blir tilltalande för den som inte kan bedöma skillnaden i kvalitet utan tvingas lyssna till floskler och snygga uttryck. Efteråt visar sig få eller dåliga resultat men det är då för sent att inse sina misstag. Eftersom pengar är styrande så kan man ju lyssna om den som utger sig för att kunna något verkar ta överpriser och håller sig med uttryck som t ex "det är ok att tjäna pengar snabbt för att sedan vila sig efter 50 år fyllda".

Vi menar att den som vill människorna, landet och beroendepersonerna väl genom att höja nivån på missbruks- och beroendebehandling (inkl anhörigbehandling) lär sig *multivariat* diagnostik, matchning, behandlingsplanering, behandling och evaluering samt ser till att leva en mogen ansvarsfull människas liv och släpper idén att bli rik på andras bekostnad. Den personen har rätt att kalla sig alkohol- och drogterapeut!

Stockholm 2008-01-11

Lennart och Maria Bergström
Bergströms Kunskapsföretag
info@bergstroms.org
www.bergstroms.org