

Bättre missbruksvård kräver professionella alkohol- och drogterapeuter!

Det finns de som fortfarande tror att en typisk alkoholist sitter på en parkbänk och super. Kunskapen om missbruk och beroende är fortfarande förvånansvärt låg i Sverige inte bara hos allmänheten utan även hos de flesta behandlare som ska hjälpa missbrukare till en positiv förändring. Detta innebär att professionell behandling nästan inte går att hitta i Sverige idag.

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, fler barn ha trygg uppväxt och färre lida av ångest och psykiska störningar.

Men det är tvärtom – fler dricker mer, återfall efter behandling tycks vara mer vanligt än ovanligt, våldet ökar både innanför och utanför hemmens väggar, alkoholrelaterade trafikolyckor ökar och antalet människor som drabbas av ångest och depressioner stiger trots ökad medicinering.

Myterna om den goda behandlingen

Det finns två seglivade myter om beroendebehandling i Sverige. Den ena är att det erbjuds god beroendebehandling och den andra är att det finns tillräckligt mycket professionell personal som kan utföra denna "goda behandling".

Beroendebehandling är alla åtgärder i form av kontakter, samtal, undervisning, vård, omsorg och uppföljning som riktas till målgrupper som alkoholister, narkomaner, läkemedelsmissbrukare, spelmissbrukare, blandmissbrukare med mera.

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 sig fram, följt gamla ineffektiva metoder, duperats av personliga erfarenheter och inte gett tillräckligt ekonomiskt stöd när något bra mot alla odds börjat ta form.

Till råga på allt har man aldrig erkänt **den största enskilda faktorn** (men inte den enda) i tillfrisknandet från missbruk: AA-rörelsen. Man har däremot utnyttjat AA-möten som eftervård utan att ta emot AA:s synpunkter på det. Såklart AA vill ta emot alla som behöver AA, men ibland blir behandlingshemmens modebegrepp viktigare än AA:s egna.

Magra resultat trots storsatsningar

De flesta vet att samhällets ekonomiska medel för missbruksbehandling enligt lag finns inom socialtjänsten. Men det många inte vet är pengarna ofta tar slut under budgetåret och att alla som önskar god och effektiv behandling inte får det – i vart fall inte inom rimlig tid. I stället används pengarna till att skicka samma person, om personen i fråga är relativt ung, i blindo till den ena behandlingen efter den andra med samma magra resultat. Ofta har beroendepersonen till slut varit på så många olika behandlingar och blivit så gammal att man inte anslår mer resurser för den enskildes behandling! Han lämnas utan hjälp, vilket ofta innebär stort lidande och en för tidig död.

Varför används inte de kunniga och professionella alkohol- och drogterapeuterna som kompletment 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 åtminstone minska slöseriet med människoliv och ekonomiska resurser!

Hur ska beslutsfattare och tjänstemän utan närmare kunskaper om behandling kunna skilja en ineffektiv behandling från en effektiv? Man har de senaste åren varit villig att lägga hundratals miljoner skatte kronor på behandling som sägs vara bra men som visar sig ge nästintill nollresultat. 1,6 miljarder kronor har satts av till bättre behandling av missbruk och beroende. Ändå är resultaten mycket magra. **Ingen annanstans inom vården skulle man acceptera så dålig utdelning för investerade medel!** Hade man använt professionella alkohol- och drogterapeuter från början istället för andra yrkesgrupper som bara har några veckors kurs i missbruksteori, så hade vi sett resultat.

Istället domineras missbruksvården av socionomernas kunskaper från högskolan. Man använder förlegad beroendelära, psykodynamisk grundsyn på missbrukare, beroendepersoner och deras närstående. Man tillämpar beroendebehandlingstekniker som bygger på process (visserligen inte helt fel i andra sammanhang när man vet vad man gör!) men kan knappt skilja på bruk, missbruk och beroende.

Istället för att använda kunskapen hos alkohol- och drogterapeuter förlitar man sig på att frivilliga, ideella och religiösa organisationer ska hjälpa till. Det skulle de kunna göra (och gör det ibland, då klienten är mycket illa där) om de hade resurser och rätt kunskaper. Många har inte det utan anlitar allmänt kärleksgivande idealister som lätt blir medberoende, utbrända och tvingas sluta.

En alkohol- och drogterapeut ska kunna mycket

Så, vad utbildas en alkohol- och drogterapeut till att kunna göra?

1. **Diagnostisera:** skilja alla olika missbruk och beroenden från varandra. Se och sortera all tilläggsproblematik av psykologisk, psykiatrisk, social, existentiell, medicinsk och fysisk art
2. **Prognostisera:** förutse rimliga möjligheter för klienten beroende på val av insatser
3. **Matcha:** välja behandlingsprogram, målsättning och personal i samråd med klienten
4. **Planera:** detaljplanera behandlingen med successiv precision i takt med att utvecklas
5. **Genomföra:** utföra olika behandlingsinsatser, kunna använda varierade tekniker (inleda, genomföra, avsluta behandling) inkl efterbehandling och grundläggande anhörigbehandling
6. **Evaluera:** utvärdera behandlingen, både vad gäller resultat och process
7. **Utbilda:** motivera och undervisa ev blivande klienter
8. **Stötta:** informera och motivera personer på företag, organisationer och myndigheter till goda beslut och planer utifrån gällande lagstiftning

Punkt 5 är det som flertalet fokuserar på. Att behandla tar ju oftast mest tid i anspråk jämfört med övriga punkter. Behandling innehåller många möjligheter. Vi lär ut några av de behandlingsformer som ger bra resultat i många klientgrupper. Dessa är även i forskningsrapporter beskrivna som mer resultatrika än en del andra. Det är i dagsläget de kognitiva, existentiella och tolvstegsbaserade behandlingsprogrammen.

Till detta tillkommer förmågan att hjälpa klienten att tolka och hantera sin ångest, vilket ingår i ANG COP-modellen (Ångestbehandling i samverkan med missbruksbehandling). Vi ser för övrigt att beroende till stora delar är ångestsyndrom. Vi lär även ut kunskapen att tolka och hjälpa klienten att förstå och använda sin personlighet, historia, livssituation, relationer och hopp. Vi använder den utbyggda Matchningsmodellen för att sammanväga alla detaljer, ge kontinuitet och sammanhang i behandlingen.

Punkt 1 ovan är mycket viktig men är eftersatt 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 att använda ett pålagt allmänt intervjuformulär som inte är användbart i praktisk behandling när det väl är ifyllt. Det behövs olika tester och instrument samt kunnig personal som kan välja rätt instrument efter situationen och därefter tolka resultaten för att planera behandlingen.

Missbruksbehandling kräver många discipliner

Missbruk och beroende är multivariata syndrom* och när de behandlas som sådana får man goda resultat. Det finns många vetenskapliga discipliner som tävlar om rätten att äga problemområdet. Verkligheten har dock visat att ingen enskild disciplin ensam kan avhjälpa problemen.

En del tycks tro att det är en medicinsk fråga och att läkarna har svaret på frågan "Hur behandlas och botas beroendesyndromen?". Läkarebehandling är ofta medicinering, vilket innebär att med medicin hjälpa klienten minska "suget" efter alkohol och annat. Det kan vara en bra början men är inte på långa vägar en 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 sina klienter under korta och få möten, vilket inte är tillräckligt för att det ska kunna räknas som beroendebehandling. Det gäller även psykologer som bedömer beroendepersoner med hjälp av psykologiska tester men sällan använder beroende- och missbrukstest. Det är självklart viktigt att ha dessa yrkesgrupper med i beroendevården men de är inte professionella alkohol- och drogterapeuter om de inte utbildat sig till det.

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 skulle kunna tänka och fungera fysiskt på ett relativt normalt sätt. Men det betyder definitivt inte att man är frisk och inte kommer att överkonsumera alkohol eller ta droger. Långt efter det att man tillfrisknat fysiskt är fortfarande den psykiska och existentiella hälsan i olag. Ångest, känsloliv, gamla inlärd handlingsprogram och automatiska tankar ger dessvärre inte upp så lätt!

Behandlingen av multivariata syndrom innebär att det krävs professionell personal, som inte bara företräder en speciell disciplin, utan också kan överblicka alla de variabler som är inblandade i syndromet. Det kan gälla områden som medicin, fysik, psykologi och psykiatri samt förmåga att ta

* **Syndrom** = symtomkomplex, 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.

upp existentiella, sociala, ekonomiska, relationsmässiga, kognitiva, andliga och beteendemässiga aspekter. Och inte att förglömma frågor gällande drog- och alkoholanvändning, tid, och miljö.

Det innebär att en behandlingsverksamhet, som vill erbjuda *alla* tjänster som en beroendeperson skulle kunna tänkas behöva, ska ha tillgång till läkare, sjuksköterskor, psykologer, psykoterapeuter, anhörigterapeuter, präster, familjeterapeuter, lärare, coacher, massörer, gympaledare, rehabiliterare, friskvårdare, dietister, jurister, ekonomer, yrkesvägledare, arbetsförmedlare m fl, men framförallt just beroendebehandlare och tolvstegsbehandlare.

Alkohol- och drogterapeuten kan sitt eget område, missbruk och beroende, men har också kunskap om alla de andra yrkenas räckvidd och användbarhet för den enskilde klienten. Det finns inget annat yrke som har sådant djup i beroendetillstånd parallellt med bred överblick över problemområdet. Ändå vill man inte erkänna yrket som sådant i Sverige!

En professionell alkohol- och drogterapeut är det naturliga navet i behandlingen för att klienten ska få just den behandling som han eller hon behöver.

Alkohol- och drogterapeut – ett eget yrke

Fortfarande kan man inte som professionell alkohol- och drogterapeut söka arbete via arbetsförmedlingen. Anledningen är man i Sverige inte räknar det som ett yrke fristående från andra. På arbetsförmedlingen får man istället leta inom yrket behandlingsassistent. Här buntar man ihop allt från barnavård, ungdomsvård, äldrevård, psykisk och fysisk omsorg till missbruksbehandling. Att denna stora grupp inte delas upp i specialområden är ofattbart. Visste man inte bättre, skulle man kunna tro att denna statliga myndighet har till uppgift att stävja utvecklingen av specialistkompetens inom området.

Eftersom man inte definierar alkohol- och drogterapeuter som ett eget yrke kan arbetsförmedlingen inte ta emot arbetsgivarnas förfrågan och önskan om att anställa dem. Därmed kan ingen heller säga om efterfrågan är hög eller låg inom området. Det är snarare så att man signalerar att "Ingen efterfrågan finns från arbetsgivarhåll", vilket är helt missvisande. Av samtal vi ofta får från behandlingshem vet vi att behovet av kvalificerade alkohol- och drogterapeuter är skriande.

Sedan 1987 har vi utbildat fler än 750 professionella alkohol- och drogterapeuter på högskolenivå. Fler har velat utbilda sig men inte kunnat finansiera studierna eftersom yrket inte finns som sådant och studiemedelsnämnden därmed inte beviljar studiemedel. När vi försökt påkalla det samhällsnyttiga i att erkänna yrket och erbjuda studiestöd till eleverna har vi hamnat i ett Moment 22-läge där svaret blir: "Det finns inga siffror på att yrket skulle behövas", d v s arbetsförmedlingen uppfattar inte någon efterfrågan på alkohol- och drogterapeuter. Givetvis kan de inte göra det eftersom yrkesgruppen inte existerar enligt dem.

Flertalet av dem vi utbildat har idag, trots allt, arbete inom behandlingshem och öppenvårdsinrättningar. Men det behövs minst ytterligare 2000, sannolikt fler, professionella alkohol- och drogterapeuter för att tillfredsställa behovet i samhället.

Granska vårdgivarna

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 varierar mycket. Vissa kommuner anställer nyktra alkoholister utan annan utbildning inom ämnesområdet än sin egen tillnyktring. De kan således i bästa fall hjälpa de som liknar dem själva men inte så många fler. Andra kommuner anställer legitimerade psykoterapeuter eller socionomer. De kan mycket men inte det primära i kvalificerad missbruksbehandling. De kan oftast inte heller

skilja ut vilka som klarar öppenvård (som finns i olika former) och vilka som bör ges dygnet-runt-behandling eller annan form av behandling.

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 för en person med bristfällig beroendebildning att bli alltför känslomässigt avstängd eller tvärtom för känslös, vilket inte är till gagn för den som söker hjälp och behandling.

Etik och moral är viktiga frågor som ofta glöms bort i vardagen men som det skrivs och talas om i anbud och offerter. Vi har även under de senaste åren sett både andeutdrivare, kinesioterapeuter och kristallterapeuter ha uppdrag att behandla beroendeklienter. En professionell alkohol- och drogterapeut ska dessutom ha mognat så mycket som människa att hon talar sanning och betar sig så som hon talar. Under årens lopp har det varit lite så och så med den saken i branschen. Idag är mycket åtgärdat men fortfarande har många, ofta med eget tidigare missbruk bakom sig, svårt med ärligheten – både då det gäller sin kompetens, förmåga och avtalsuppfyllelse.

Likaså skrivs det vackert om kvalitetsbeskrivningar och -uppföljningar, vilket ibland får större fokus än själv behandlingen. Att fördjupa sig i kvalitetsarbetet på bekostnad av behandling är inte meningen men ändå bedöms anbud och offerter ofta efter verksamhetens tillgång till kvalitetsprogram, vilket är lättare att köpa in för kommuner och mycket stora organisationer. Resultatutvärderingar ska inte vara "finprodukter" för sig utan användbara återkopplingar till praktisk behandling och ska kunna hanteras av alkohol- och drogterapeuter utan problem.

Nyktra beroendepersoner bör förutom en treårig utbildning till alkohol- och drogterapeut ha minst fyra års egen nykterhet eller drogfrihet bakom sig 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 dessa är som vi vet svåra att hitta!

Inga standardlösningar

Vi vet att det inte finns några standardsvar på missbruks- och beroendeproblem, även om många tycks vilja tro det. 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 resultaten vara alltför dåliga men då är det för sent att inse sina misstag.

Vi menar att den som vill beroendepersonerna, deras anhöriga och samhället i övrigt väl kan höja nivån på missbruks- och beroendebehandling (inklusive anhörigbehandling) genom att lära sig multivariat diagnostik, matchning, behandlingsplanering, behandling och evaluering samt se till att leva en ansvarsfull mogen människas liv. Den personen har rätt att kalla sig alkohol- och drogterapeut!

Lennart och Maria Bergström
Bergströms Kunskapsföretag AB
(tidigare Svenska Jellinekstitutet)
info@bergstroms.org
www.bergstroms.org