



# SiS missbruks- och beroendevård

*– vård och behandling med stöd  
i de nationella riktlinjerna*

© Statens institutionsstyrelse  
Grafisk form: Svensk Information  
Illustrationer: Ida Bontin  
Tryckning: Edita Västra Aros, februari 2010

## Fokus på effekt och samsyn

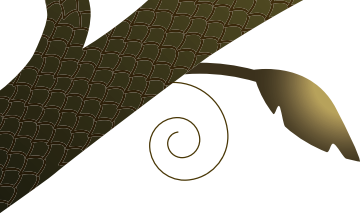
SiS ansvarar för vård och behandling av människor med mycket stora behov. Det är viktigt att vi använder effektiva insatser som har sin grund i forskning och beprövad erfarenhet.

I den här foldern beskriver vi de behandlingsmetoder myndigheten använder, och visar vilket stöd de har i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Riktlinjerna kom 2007 och är betydelsefulla på flera sätt. Inte minst för SiS. De omfattar medicinska och sociala insatser inom såväl socialtjänstens som landstingens beroendevård, vilket innebär att olika huvudmäns verksamheter för första gången förenas i liknande sammanhang.

Detta gynnar naturligtvis de personer som behöver vård för missbruk och beroende. Samsyn är en bra grogrund för vårdkedjor.





Gemensamma riktlinjer betyder inte bara en gemensam syn på vilka insatser och metoder som bör väljas. De leder också till gemensamma termer och begrepp. De nationella riktlinjerna innehåller två tydliga exempel:

- *Missbruks- och beroendevård* är termen för vård och behandling av personer med missbruk och beroendeproblem. Den internationellt använda diagnostiken skiljer på missbruk och beroende. *Missbrukarvård* som ofta använts anses peka ut och beskriva en hel grupp som just missbrukare. Termen *Missbruksvård* ställer i stället missbruket i centrum.
- *Abstinensbehandling* är en mer korrekt term än *avgiftning*. *Abstinensbehandling* beskriver bättre vad insatsen faktiskt består av.

Sex expertgrupper, bestående av disputerade forskare inom det sociala respektive medicinska området, står bakom det underlag som riktlinjerna bygger på. Expertgrupperna har framför allt utgått från de kunskapsöversikter som Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, och Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS, har tagit fram.

Forskarna har i flera fall själva gjort kompletterande litteratursökningar för att få ett så stort faktaunderlag som möjligt. När expertgrupperna slutfört sitt arbete har Socialstyrelsens projektgrupp tagit vid och utformat själva riktlinjerna.

Tanken är att de nationella riktlinjerna ska fungera som användbar handledning för alla som arbetar med missbruks- och beroendevård. Tydliga och översiktliga rekommendationer gör det lätt att se effekten av olika former av behandling. För bedömningsinstrument och dokumentation redovisas effekt och tillförlitlighet, liksom bland annat tillgänglighet och kostnad.

Även evidensgraden för de olika insatsernas effekt redovisas i riktlinjerna. Den starkaste evidensen, evidensgrad 1, innebär i de flesta fall att effekten stöds av minst två oberoende studier med högt bevisvärde eller en systematisk översikt av högt bevisvärde.



# Utredning och dokumentation – en förutsättning för vården

För att behandling ska bli effektiv och verksam krävs grundliga utredningar och en fungerande dokumentation. Här ligger SiS väl i linje med kvalitetskraven i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård.

SiS utredning LVM, som erbjuds alla klienter omhändertagna enligt 4 § LVM, innehåller en kartläggning av samtliga livsområden och innehåller såväl undersökningar som beteendeobservationer.

Utredningen utförs av särskilda team bestående av bland annat läkare och psykologer och sammanställs av en utredningsansvarig med högskolekompetens i beroendelära.

Klienternas sociala situation, behandlingshistorik, missbruk/beroende och psykiska och somatiska hälsa kartläggs i SiS utredning LVM och i vissa fall görs även en neuropsykiatrisk utredning. Resultatet från utredningsarbetet utgör grunden för den fortsatta behandlingsplaneringen.

De nationella riktlinjerna innehåller ett antal kvalitetskriterier fastställda för test- och bedömningsmetoder som SiS noga följer.

Bedömnings- och dokumentationssystemen ADAD (ungdomsvården) och DOK (LVM-vården) utgör grunden för SiS vårdplanering och uppföljning. Båda finns med bland de rekommenderade instrumenten. Det gör även ASI och MAPS som också används inom SiS.

Socialstyrelsen understryker betydelsen av standardiserade bedömningsinstrument i det direkta klientarbetet.

*”Beslutsunderlagen blir överskådliga, tydliga och öppna för de enskilda individerna. Underlaget får på detta sätt också en likformig karaktär vilket är viktigt ur ett klient- och patientperspektiv”*

Citat ur Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård



## **UPPFÖLJNING**

Ska vårdens kvalitet bibehållas och utvecklas krävs en gedigen dokumentation och uppföljning. SiS har utvecklat flera system för detta. Basen för klientuppföljningsarbetet är dokumentationssystemen DOK och ADAD. Förutom en utskrivningsintervju innehåller DOK även en uppföljning efter sex månader och ADAD en uppföljning efter tolv månader.

Verksamhetsuppföljning sker främst via enkäter som besvaras av institutionerna och socialtjänsten. Uppgifterna som lämnas utgör bland annat underlag för de nyckeltal som används i myndighetens uppföljnings- och planeringsarbete.

## **BRUKARINFLYTANDE**

Brukarnas inflytande är en viktig del av SiS missbruks- och beroendevård. Där spelar klienternas delaktighet i ADAD och DOK och i den egna behandlingsplaneringen en viktig roll.

SiS har på senare år skapat lokala brukarforum på både ungdomsinstitutioner och LVM-hem. Dessutom genomförs regelbundna träffar med företrädare för de olika organisationer som ingår i SiS centrala brukarråd.



# Metoder som används inom SiS



# Community Reinforcement Approach, CRA

## MÅLGRUPP

Vuxna och ungdomar med alkohol- och drogproblem inklusive personer med dubbeldiagnoser.

## BESKRIVNING AV METODEN

CRA beskrivs ibland som "samhällskongruent förändringsarbete". Kongruent kan översättas med överensstämmande och metoden har som mål att öka klientens anpassning till ett liv i samhället. Förändringsarbetet fokuserar på missbruket men även på boende, arbete, fritid och sociala kontakter. Metoden vilar på kognitiv beteendeterapeutisk grund (KBT). CRA utvecklades på 1970-talet i USA av George Hunt och Nathan Azrin och är idag en manualbaserad metod.

Utgångspunkten i CRA är en noggrann kartläggning av vad det är som får klienten att missbruka alkohol eller droger. Syftet är att skapa ett kraftfullt förstärkningssystem för ett drogfritt beteende. CRA-terapiens mål är en aktiv klient som lär sig upptäcka "utlösare" eller "triggers" (stimuli som föregår ett beteende) till missbruksbeteendet. De kan vara exempelvis människor, situationer, saker eller platser.

I Återfallsprevention, ett av inslagen i CRA, ligger fokus på att hitta avvärjande strategier för att stå emot just "triggers".

De huvudsakliga strategierna i CRA är funktionsanalys, färdighetsträning i form av självkontrollträning eller problemlösningsfärdigheter, kommunikationsträning och särskild tacka nej-träning samt Återfallsprevention.

I CRA används Motiverande samtal, MI, för att etablera kontakt med klienten och öka beredskapen till förändring under hela behandlingen.

En funktionsanalys av alkohol- eller drogbeteende kartlägger möjliga alternativ till missbruket och ger svar på vilka känslor, tankar och fysiska upplevelser som är inblandade i att dricka eller ta droger. Genom funktionsanalysen får klienten förståelse för sitt alkohol- eller drogbeteende så att han/hon kan hitta alternativ och därmed avstå.

För att uppnå behandlingsmålen används olika instrument och strategier. Nykterhets- och drogfrihetsprövningen är en förhandling där terapeut och klient enas om ett åtagande av nykterhet under en period för att kunna lägga märke till positiva förändringar i kognitiva, emotionella och fysiska symptom.

Med hjälp av en särskild "sug-almanacka" kan klienten förbättra kunskapen om vad som kan utlösa drogbeteendet och/eller lusten att dricka alkohol. Genom bland annat rollspel tränas kommunikationsfärdigheter i allmänhet och förmåga att tacka nej till alkohol och/eller droger i synnerhet.

Yrkesrådgivning och familjerådgivning är andra CRA-inslag som ligger nära traditionellt socialt arbete. Dit hör även utveckling av sociala kontakter och sysselsättning som ersättning för den tidigare alkohol- eller drogdominerade livsstilen.

## **KOMPETENS**

För att utöva CRA inom SiS krävs genomgången grundkurs i metoden.

## **LITTERATUR**

Hunt, G.M.; Azrin, N.H. (1973): Community Reinforcement Approach to Alcoholism. *Behavioral Research Therapy* 11: 91-104.

Roozen, H.G.; Boulogne, J.J.; van Tulder, M.W.; van den Brink, W.; de Jong, C.A.J.; Kerkhof, A.J.F.M. (2004): A Systematic Review of the Effectiveness of the Community Reinforcement Approach in Alcohol, Cocaine and Opioid Addiction. *Drug and Alcohol Dependence* 74 (1):1-13.

Socialstyrelsen (2007): Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2001): Behandling av alkohol- och narkotikaproblem - en evidensbaserad kunskaps-sammansättning. Rapport 156/1, II.



## **STÖD I DE NATIONELLA RIKTLINJERNA**

CRA är en av de psykosociala behandlingar som rekommenderas för klienter med missbruk av narkotika. Effekten är minskad narkotikaanvändning och förbättrad social situation, och metoden gör att klienterna stannar längre i behandling.

Evidensgraden för effekten är evidensgrad 1, alltså den högsta.

När det gäller alkoholberoende rekommenderar riktlinjerna åtta psykosociala behandlingar. CRA är en av dem. Effekten av metoden är nykterhet, minskad konsumtion, färre dagar med missbruk och förbättrad livskvalitet. Även här har effekten den högsta graden av evidens.

Enligt riktlinjerna finns det vissa gemensamma faktorer hos de metoder som visar bäst effekt. De har:

- Klar struktur
- Fokus på missbruket och beroendet
- Väldefinierade åtgärder
- Detaljerade riktlinjer (manual)

# Motiverande samtal, MI (Motivational Interviewing)

## **MÅLGRUPP**

Alkohol- och drogberoende ungdomar och vuxna.

## **BESKRIVNING**

Motiverande samtal, MI, är både en strukturerad metod som vilar på kognitiv beteendeterapeutisk grund och ett mer generellt förhållningssätt. MI är en klientcentrerad och målinriktad metod som höjer den inre motivationen för förändring genom att bland annat utforska och lösa ambivalens.

Att försöka hjälpa människor till förändring kan ofta upplevas svårt och frustrerande. Många väljer att leva på ett destruktivt sätt. Upphovsmännen till Motiverande samtal, William R Miller och Stephen Rollnick, vänder på det traditionella perspektivet. I stället för att undra varför många gör felaktiga val frågar de vad det är som får människor att trots allt faktiskt förändra sig och sina liv.

## **ARBETSSÄTT**

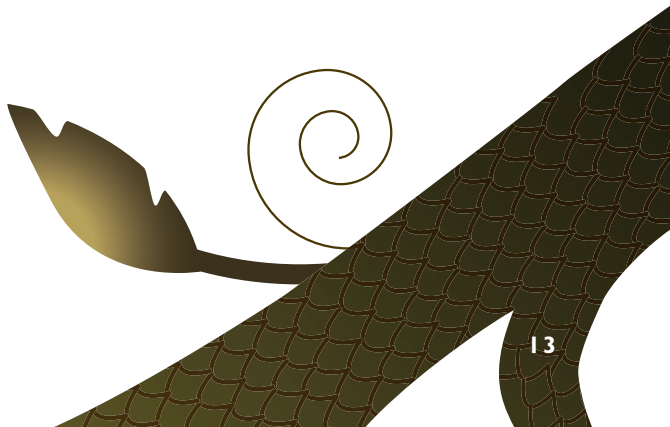
MI används vid strukturerade behandlingssamtal och som en kommunikationsstil och ett allmänt förhållningssätt vid den dagliga samvaron med klienter på institution. Det huvudsakliga målet är att hjälpa människor att komma vidare i en förändringsprocess.

Motiverande samtal beskriver hur vi som rådgivare kan göra för att öka möjligheten till förändring hos klienten. Det handlar dels om att rådgivaren har en samarbetande stil och ser sig som en jämlik samarbetspartner, dels om att söka efter och locka fram klientens egna tankar och idéer om det aktuella beteendet och hur det ska förändras, och dels om respekt för klientens autonomi och egen förmåga.

Motiverande samtal bygger på förståelse av samtalsprocessen och innebär ett tydligt förhållningssätt.

I motiverande samtal finns några grundläggande principer:

- *Visa empati.* Rådgivaren visar tydligt att han/hon vill och försöker förstå klienten, i första hand genom reflektioner och sammanfattningar.
- *Utveckla diskrepans.* Rådgivaren hjälper klienten att bli medveten om en skillnad mellan hur det är och hur det borde vara utifrån klientens mål och värderingar. Känslomässigt upplevd diskrepans är en stark drivkraft och "motor" för att börja en förändring, förutsatt att klienten har förmåga att genomföra den.
- *Undvik argumentation.* Motstånd respekteras som ett naturligt uttryck för klientens oro eller skepsis inför en förändring. Om rådgivaren konfronterar eller argumenterar ökar motståndet hos patienten. Rådgivaren ska "rulla med motståndet", när det inträffar, men försöker i första hand förebygga det.
- *Stöd självtillit.* Rådgivaren stödjer klientens självtillit genom att visa sin tilltro till klientens förmåga. Rådgivaren visar också att han/hon ser och uppskattar klientens ansträngningar. Klientens och rådgivarens tro på att förändring är möjlig är i sig motivationshöjande.



## KOMPETENS

För att få utöva MI inom SiS krävs genomgången grundkurs i metoden.

## LITTERATUR

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002): *Motivational Interviewing, Preparing People for Change*, 2<sup>nd</sup> edition. New York: Guilford Press.

Svensk översättning: *Motiverande samtal – Att hjälpa människor till förändring*. Kriminalvårdens förlag.

Socialstyrelsen (2007): *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2001): *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – en evidensbaserad kunskaps-sammansättning*. Rapport 156/1, II.

## STÖD I DE NATIONELLA RIKTLINJERNA

Motiverande samtal, MI, är en av de psykosociala behandlingar som de nationella riktlinjerna rekommenderar för klienter med missbruk av narkotika. Effekten är minskad narkotikaanvändning och förbättrad social situation, och metoden gör att klienterna stannar längre i behandling.

Evidensgraden för metodens effekt är 1, alltså den högsta.

Även när det gäller behandling av alkoholproblem rekommenderas metoden. Här nämns inte MI specifikt men ingår i samlingsnamnet "Motivationshöjande behandling". MI är även en del i CRA som är en av de åtta psykosociala behandlingar som riktlinjerna rekommenderar. Effekten av metoden är nykterhet, minskad konsumtion, färre dagar med missbruk och förbättrad livskvalitet. Även här har effekten den högsta graden av evidens.



# Tolvstegsbehandling

## MÅLGRUPP

Enligt de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård är målgruppen för tolvstegsprogrammet vuxna personer med alkoholberoende. Inom SiS används metoden även vid behandling av ungdomar med alkoholmissbruk, och vid behandling av såväl vuxna som unga med narkotikaberoende.

## BESKRIVNING

Tolvstegsprogrammet, eller den så kallade Minnesotamodellen, utgår från att beroendet är en sjukdom. Individen behöver därför inte lasta sig själv för sitt missbruk men är ansvarig för sitt tillfrisknande.

Behandlingen är uppbyggd i tolv steg, där det första steget innebär ett erkännande av beroendet. I en behandling enligt tolvstegsprogrammet ingår lektioner om "kemiskt" beroende ur olika synvinklar. Deltagarna får bland annat kännedom om sjukdomsbegreppet, om förnekande och om hur man förebygger återfall.

Behandlingen följs av regelbunden medverkan i självhjälpgrupper i AA (Anonyma alkoholister) eller NA (Anonyma narkomaner).

Institutioner som arbetar med unga utifrån tolvstegsprogrammet har modifierat programmet och AA:s tolv steg något så att de bättre passar ungdomars speciella behov.





## **ARBETSSÄTT**

I gruppterapi talar deltagarna om konsekvenserna av missbruket och hur det påverkar deras liv. Identifikationen med andra missbrukare ger insikt och styrka som gör det lättare att ta ansvar för det egna tillfrisknandet.

Inom tolvstegsprogrammet är det viktigt att även de anhöriga medverkar. Familjemedlemmar och andra närstående får kunskap om rollerna i en familj med drogberoende, och om vad självhjälpgrupper kan ge även anhöriga.

## **KOMPETENS**

För att få utöva tolvstegsbehandling inom SiS ska man som personal ha grundläggande kunskaper i själva metoden.

## **LITTERATUR**

Socialstyrelsen (2007): Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2001): Behandling av alkohol- och narkotikaproblem – en evidensbaserad kunskaps-sammansättning. Rapport 156/1, II.

## **STÖD I DE NATIONELLA RIKTLINJERNA**

Tolvstegsprogrammet är en av de psykosociala behandlingar som de nationella riktlinjerna rekommenderar vid alkoholproblem. Metoden leder till nykterhet, minskad konsumtion, färre dagar med missbruk och förbättrad livskvalitet. Effekten av tolvstegsbehandling har den högsta graden av evidens.

# Återfallsprevention

## MÅLGRUPP

Alkohol- och drogberoende ungdomar och vuxna.

## BESKRIVNING

Återfallsprevention är en kognitivt beteendeterapeutiskt baserad metod. Den utgår från att tolkningen av en händelse eller tanke leder till en känslomässig reaktion som i sin tur leder vidare till en handling. Metoden syftar till att upprätthålla ett nyktert/drogfritt beteende samt till att göra eventuella återfall så korta och lindriga som möjligt.

## ARBETSSÄTT

Kurserna i Återfallsprevention kan hållas individuellt eller i grupp, men metoden är klientcentrerad vilket innebär att varje deltagare får identifiera sina egna individuella risksituationer och handlingsmönster.

En kurs i Återfallsprevention består av åtta obligatoriska kärn-sessioner.

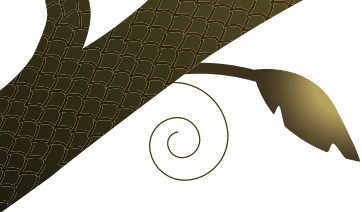
Deltagarna får bland annat lära sig att:

- Identifiera individuella högrisksituationer
- Hantera sug efter alkohol/droger
- Tacka nej (tränas bland annat i form av rollspel)
- Uppmärksamma tidiga varningssignaler
- Lösa problem
- Upprätta en nödplan och skriva ett så kallat stoppkort för "nödsituationer"

SiS har tagit fram en manual som är anpassad för institutionsvård (slutenvård). Den innehåller även ett kapitel om Återfallsprevention för ungdomar.

## KOMPETENS

Kursledare i Återfallsprevention ska ha genomgått minst grundkurs i metoden.



## LITTERATUR

Marlatt, G.A. & George, W.H. (1984): Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model. *Addiction* 79 (4): 261 - 273.

Socialstyrelsen (2007): Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.

## STÖD I DE NATIONELLA RIKTLINJERNA

Återfallsprevention tillhör gruppen psykosocial behandling med syfte att öka klientens färdigheter att hantera missbruk eller beroende. Metoden har i studier visat effekter på längre sikt.

Återfallsprevention ingår dessutom i CRA som är en av de psykosociala behandlingar som riktlinjerna rekommenderar för behandling av narkotikamissbruk. Metoden leder till minskad narkotikaanvändning, förbättrad social situation och till att klienter stannar längre i behandling. Effekten av CRA har den högsta graden av evidens.

Även när det gäller behandling av alkoholproblem hör CRA till de metoder som rekommenderas. CRA leder till nykterhet, minskad konsumtion, färre dagar med missbruk och förbättrad livskvalitet.

Effekten av CRA har den högsta graden av evidens.

Enligt riktlinjerna finns det vissa gemensamma faktorer hos de metoder som visar bäst effekt. De har:

- Klar struktur
- Fokus på missbruket och beroendet
- Väldefinierade åtgärder
- Detaljerade riktlinjer (manual)

**Mer information** om SiS behandlingsmetoder mot missbruk finns på [www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

**De nationella riktlinjerna** för missbruks- och beroendevård kan beställas eller laddas ner från Socialstyrelsens webbplats, [www.sos.se](http://www.sos.se)

