

Strukturerad öppenvård viktig behandlingsform

Öppenvård baserad på kognitiv beteendeterapi har inneburit ett framsteg för den socialtjänstbaserade missbruksvården, menar Anders Arnsvik. Det rör sig om konkreta programverksamheter som fokuserar på missbruket. Att det sker på hemmaplan ökar socialtjänstens inflytande över vårdplaneringen.

Text: Anders Arnsvik.

Socialt arbete i allmänhet och missbrukarvård i synnerhet har under den senaste tioårsperioden varit föremål för debatt i medier och i forskningsområden. De åsikter som framkastats har bland annat varit att den vård som erbjudits missbrukare inte har någon effekt, att verksamheten bygger mer på tro än vetande. Under de senaste åren har man dock kunnat skönja olika strömningar vars syfte har varit att få i gång en mer kunskapsbaserad inriktning i både debatten och det praktiska arbetet. Socialstyrelsens satsning på kunskapsutveckling är ett bidrag i den riktningen. Även diskussionen om att i högre grad förankra det sociala arbetet i forskningskunskap har det syftet. Ett konkret uttryck för dessa ambitioner är tillkomsten och den påbörjade uppbyggnaden av Socialtjänstuniversitetet.

SBU-rapporten *Behandling av alkohol och narkotikaproblem – en evidensbaserad kunskapsomvärdering*, som presenterades i augusti 2001, kan ses som ett försök att bringa klarhet. Rapportgruppen gjorde en systematisk och kritisk granskning av olika behandlingsmodeller och underlaget för omvärderingen bygger både på nationella och internationella erfarenheter. Syftet med rapporten var att fokusera kring vad som är effektiv behandling (både kort och långsiktig) och för vilken typ av klienter. Trots den kritik rapporten fått i olika sammanhang, så var ansatsen lovvärd, det vill säga att öka kunskapen kring vad som är att betrakta som bra vård.

Även om kunskapen om vad som är effektivt missbruksarbete ännu är ofullständig så hör kognitiv beteendeterapi och CRA (Community Reinforcement Approach) till de arbetssätt som visat goda resultat i en mängd olika forskningsöversikter (inte bara SBU:s utan t ex även Hester&Miller, *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches; Effective Alternatives*; Boston 1995).

Jag menar att det är möjligt för den socialtjänstbaserade missbruksvården att bygga upp program som till innehåll och struktur är jämförbara med de program som kommunerna oftast ”köper” av privata entreprenörer.

Vad innebär då detta arbetssätt och hur omsätts det i praktiken? Vilka klientgrupper passar för programverksamhet och vad är viktigt att tänka på?

Nedan ges en generell beskrivning baserad på idag existerande öppenvårdsprogram med ovanstående inriktning.*

Inledningsvis är det viktigt att klargöra vilka organisatoriska förutsättningar som krävs för att öppenvårdsprogram skall bestå och inte minst kunna utvecklas;

- Chefers stöd för uppbyggnad och utveckling av öppenvårdsprogram kan inte nog understrykas eftersom de kan skapa de organisatoriska förutsättningarna. Framför allt måste det finnas en tro och insikt om att det är möjligt att arbeta med människor i närmiljön. Finns inte stödet får det konsekvenser för varaktigheten. Andra konsekvenser är att klienter inte placeras i de egna verksamheterna.

- Öppenvårdsprogram måste betraktas som en del av det ordinarie sektionsarbetet och således vara en sektionsangelägenhet. Inte enbart vara en angelägenhet för dem som arbetar med programmet. Sektionen skall så att säga ”äga” programmet.
- Innehållet måste vara realistiskt och begripligt för att få ett bra mottagande både av socialsekreterare och klienter.
- Det är viktigt att sektionen har kunskaper om innehållet i programmet och att socialsekreterarna fortlöpande hålls informerade om vad som händer med den klient som placerats i programmet.
- Ett sätt att stärka en verksamhets band till sektionen är att handläggande socialsekreterare erbjuds möjlighet att delta i och ansvara för olika programinslag.
- I möjligaste mån bör program finansieras inom ramen för den ordinarie budgeten, vilket utgör en garanti för programmets varaktighet över tid.

Ovanstående bör betraktas som grundförutsättningar. Finns inte dessa får programmet dag-sländekaraktär och löper stor risk att läggas ned i tider av besparingar. Öppenvård och programverksamhet är något som missbrukssektioner inte är tvungna att ha enligt socialtjänstlagen. Det är således ytterst väsentligt att öppenvårdsprogram har förankring och är i paritet med sektionens behov och inte minst att innehållet fokuseras kring behoven i klientgruppen.

Om detta är uppfyllt borgar det dels för att det rekryteras klienter till programmen, dels för att riskerna för nedläggning minimeras eftersom programmet är integrerat med sektionsarbetet.

Programmets styrka är att det är konkret och att det handlar om det som är flertalet klienters skäl till att de är aktuella på en missbrukssektion det vill säga miss-bruket och dess konsekvenser.

Under den senaste tioårsperioden har programverksamhet med konkret innehåll som fokuserar på missbruket och dess konsekvenser bedrivits på olika håll inom Sverige.

Gemensamt för dessa program är:

- att programmen är tidsbegränsade, 6 eller 8 veckor,
- att allt arbete med klienterna sker i grupp, 6–10 klienter,
- att socialsekreterare inom en missbrukssektion fungerar som gruppleddare och tar ansvar för olika programinslag
- att många av programpunkterna är temabaserade
- att klienterna aktivt involveras

Kunskapsbasen i programmen är hämtade från den kognitiva terapin. Olika därifrån kommande metoder och tekniker används. Gruppleddarna har rollen som lärare och ”igångsättare” av gruppen och använder sig också av olika aktiva åtgärder såsom presentation/introduktion av de olika teman som man skall arbeta kring.

Kognitiv terapi är en behandlingsprincip som inriktar sig på att förändra destruktivt eller dys-funktionellt tankemönster. Utgångspunkten är Ellis så kallade A B C-modell.

A
Omvärlden med alla positiva och negativa händelser.

B
Strömmen av tankar som uppträder vid kontakten med omvärlden som är påverkade av individens specifika övertygelser.

C
Tolkningen av situationen och åtföljande känsla (handling)

(Schematisk bild av Ellis ABC-teori. Modellen är hämtad ur Carlo Perris bok ”Kognitiv terapi i teori och praktik”, 1996)

Med denna modell som grund arbetar man konkret kring olika teman. Exempel på teman är:

- fördelar och nackdelar med att dricka alkohol/ använda droger respektive fördelar/nackdelar med att vara nykter/drogfri
- alkohol/drogsug
- att bli medveten om högrisksituationer
- återfallssignaler
- ge och ta kritik
- att bli medveten om negativt tänkande. Hur tankar påverkar hur vi känner och beter oss.

Syftet är att få gruppdeltagarna att reflektera kring sin situation utifrån ovanstående teman. Att arbeta med klienter i grupp innebär att de känner igen sig och att de känner samhörighet i problembilden, vilket många upplever som en lättnad. Flertalet som har problem med alkohol eller narkotika berättar om stor ensamhet, skam och skuld inför de konsekvenser som missbruket medfört både för dem själva och inte minst för den närmaste omgivningen. I gruppen får deltagarna ta del av andras erfarenheter av likartade upplevelser och känslor. Det kan också falla sig naturligt att ifrågasätta vad en annan deltagare säger i en diskussion, eftersom man ofta har samma referensramar. Detta kan ha bättre effekt än om gruppleddaren skulle säga samma saker.

Huvuddelen av tiden i ett program ägnas åt diskussioner kring teman som på ett konkret sätt berör missbruket och dess konsekvenser. Som komplement till diskussionerna får deltagarna ”hemläxor” och arbetsuppgifter kring till exempel sug – vad utlöser sug, återfallssignaler. Deltagarna tränas på så sätt i att bli medvetna om sitt beteende och att själva ta ansvar för sin situation.

Andra inslag kan vara medicinska föreläsningar om alkohol och andra drogers konsekvenser, friskvård, studiebesök, budgetrådgivning och AA/NA-möten. Variationen ger tillfällen att både informera om och göra studiebesök i olika nyktra/drogrfria sammanhang som efter avslutat program kan fungera som hjälp att stödja och stärka den nyfunna nykterheten/drogrfiheten.

En förutsättning för deltagande i programmet är nykterhet/drogrfihet. Det behövs ett nära samarbete med landstingets beroendevård/alkoholpoliklinik/primärvården, till exempel för kompletterande antabusbehandling. Under programtiden kan det också uppkomma frågeställningar och situationer där det kan vara angeläget att konsultera medicinskt kunnig personal

Vilka klarar då av att genomgå programverksamhet? Den erfarenhet som hittills gjorts är att flertalet alkoholmissbrukare klarar av det. Undantag finns alltid, en placering ska alltid föregås av individuella bedömningar. De faktorer som avgör om det är lämpligt med ett öppenvårdsprogram är missbrukets karaktär och behovet av andra skyddsnät än det som är möjligt organisera under öppna former, graden av psykisk störning samt förmågan att kunna sitta i grupp.

Hittills är erfarenheterna inte tillräckliga för att man ska kunna hävda att programverksamhet av det här slaget även fungerar för narkotikamissbrukare även om innehållet i verksamheten måste bedömas som lika angeläget för denna klientgrupp.

- Det kan inte nog understrykas att ett korttidsprogram inte är tillräckligt. Korttidsprogrammet kan ge de nödvändiga ”verktygen” som behövs för att själv kunna

handskas med sin situation. Men det är mycket viktigt att klienten direkt efter avslutat program knyts upp till olika meningsfulla stödjande sammanhang som till exempel AA/NA-möten, arbete/arbetsträning, eftervårdsgrupper osv. Öppenvårdsprogram i sig är inte lösningen på klientens problem. Däremot kan det innebära en början till en förändring på lång sikt.

* För närmare information hänvisas till 6-veckorsprogrammet, Maria Gamla stan/Stockholm, Psyko-sociala enheten / Ragnar Johansson, tel 08 – 508 11 335 samt Return, Sundbybergs kommun, Vuxensektionen / Mikael Lindström, Marie Göransson samt Brittinger Blom, tel 08 – 706 80 00.

Anders Arnsvik är samordnare vid vuxensektionen, Sundbybergs kommun och vice ordförande i Svenska Narkomanvårdsförbundet.

Källor

Perris C, *Kognitiv terapi i teori och praktik*, Natur och Kultur, 1986, 1996

Rönneberg, S, *Nya perspektiv på vård och behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare*, institutionen för socialt arbete, Socialhögskolan, Stockholms universitet, 1993

Behandling av alkohol och narkotikaproblem – en evidensbaserad kunskapsställning, SBU-rapport, 2001

Smith&Myers, *The Community Reinforcement Approach Handbook of Alcoholism Treatment, Approaches: Effective Alternatives*, Boston: Allyn and Bacon

Wistedt B, *Kognitiv terapi. Introduktion*, Kognitivt Centrum, Danderyds sjukhus 1999