

Dokumentation  
**Göteborgs Implementeringsarbete**  
av de  
**Nationella Riktlinjerna**

Tuves bibliotek, 090507



GÖTEBORGS IMPLEMENTERING  
AV RIKTLINJER

*Text/bild: Kia Benroth*

# Hur använder vi Nationella Riktlinjerna inom missbruks- och beroendevården?

## Tuves bibliotek, 090507

Målet med de nationella Riktlinjerna är att skapa en gemensam plattform med evidensbaserad kunskap som grund. Varje stadsdel skall själva svara för implementeringen. Denna dag har personal från primärvården och socialtjänsten samlats på Tuves bibliotek för att delta i processen kring implementeringsarbetet.

Målet med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården är att skapa en gemensam plattform för sjukvård och socialtjänst, med god kunskap som grund. Inte minst påvisar riktlinjerna behov av tidig upptäckt och tidiga insatser. På Hisingen har flera stadsdelar tagit initiativ till gemensamma insatser mellan primärvård och socialtjänst. Träffar hålls med socialtjänst och primärvård, där GIR – projektet och riskbruksprojektet informerar om riktlinjerna och hur man kan arbeta med tidig upptäckt – tidiga insatser. Denna dag har personal från primärvården och socialtjänsten i Tuve samlats på Tuves bibliotek för att delta i processen kring implementeringsarbetet. Tanken är att man på sikt skall ha en lokal plan för arbetet, där det för personalen exempelvis ingår gemensam utbildning.

*Britt-Marie Finbom Forsgren, sjuksköterska och riskbrukscoach inleder med att berätta om riskbruk:*

Att dra gränsen mellan vad som är "normalkonsumtion" och riskbruk är kanske inte alla gånger det lättaste. 2 av 10 personer som besöker vårdcentralerna är riskbrukskonsumenter och det kan vara precis vem som helst, du eller jag. Steget från riskbruk till alkoholberoende är inte stort, och det är självklart viktigt att fånga upp dessa personer i tid. Riskbruk innebär att man som kvinna konsumerar minst 9 standardglas\* per vecka, för män är motsvarande siffra 14 glas/vecka.

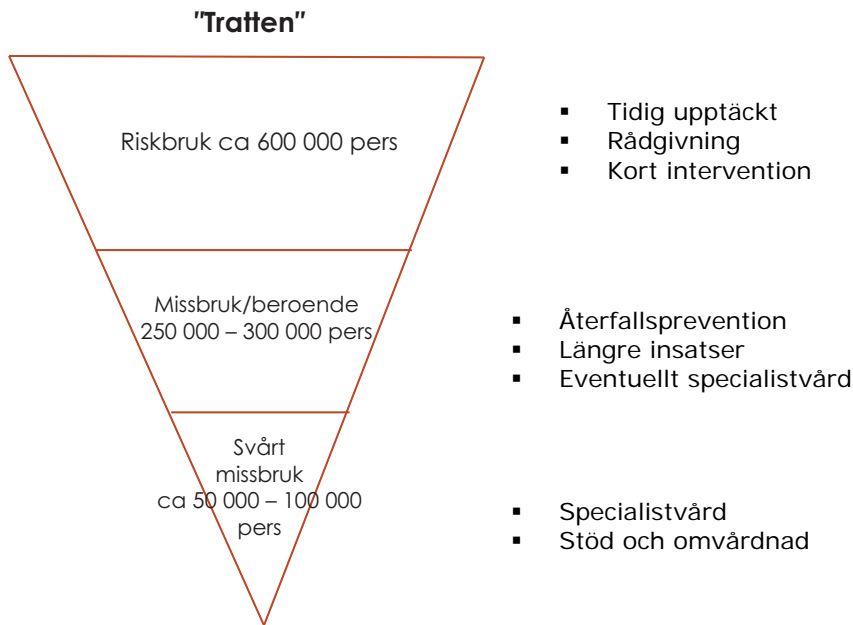


*Britt-Marie Finbom Forsgren*

Intensivkonsumtion/berusningsdrickande är en annan form av riskbruk som innebär att man dricker minst 4 glas (kvinnor) eller 5 glas (män) vid samma tillfälle (baserat på en normalviktig person i medelåldern).

\*1 standardglas är lika med 12 gram alkohol och finns exempelvis i:





I Sverige dricker vi fortfarande procentuellt sett mindre än i övriga EU-länder. Men vi har en större andel berusningsdrickare, vilket innebär risk för skadligare effekter.

Mest dricker unga män, men alkoholkonsumtionen har under flera år stigit i alla led. Den största ökningen bland storkonsumenter står kvinnor mellan 50 och 75 år för, de har mellan år 1996-2002 ökat sin konsumtion med hela 323 %. 37 % fler män och 64 % fler kvinnor söker idag hjälp mot för bara några år sedan. Baginboxvinet och medlemskapet i EU tros vara bidragande orsaker. De senaste 2 till 3 åren har konsumtionsökningen stagnerat och idag förbrukar svenskarna (över 15 år) i snitt ca 10 liter ren alkohol (motsvarar 26 liter 40%-ig starksprit) per person och år.

Det borde vara naturligt att väva in frågor om alkohol i samband med läkarbesök, men undersökningar visar att vårdpersonalen ofta känner sig obekväma med att ställa frågor i ämnet. Att inte fråga om alkohol är dock ett stort fel och misstag. En undersökning från 2002 visar att 70 % av primärvårdspatienterna aldrig tillfrågats om sin alkoholkonsumtion. Men enligt intervjuundersökningar tycker över 80 % av patienterna att det vore rimligt att frågor om detta ställdes. Färre än 3 % uppger att de skulle ta illa upp om de blev tillfrågade, de allra flesta ansåg att de snarare skulle känna att de blev sedda och väl omhändertagna. Detta naturligtvis beroende på hur frågorna ställs.

## Sjukdomar

Tar man sig ett glas vin i tron att alkoholen har en välgörande effekt på de inre organen, så bör man tänka på att detta endast gäller för små doser. Alkoholens effekt kan ha en möjlig profylax på hjärta, kärl och diabetes, men detta gäller förmodligen endast personer över 60 år, och det handlar dessutom om så låga doser som matskedsvis, säger Britt-Marie Finbom Forsgren.

Däremot kan alkohol relateras till ett 60-tal olika sjukdomar och exempel på dessa är:

- Hjärtsjukdomar (rubbad hjärtrytm, försvagad hjärtmuskulatur och hjärtsvikt) och högt blodtryck
- cancer i munhåla, svalg, luftstrupe, matstrupe, ändtarm, bröst och lever
- leversjukdomar (fettlever, leverinflammation och skrumplever vilket även kan leda till levercancer, övervikt- alkohol stimulerar till att äta mer och levern prioriterar alkohol framför fett)
- sjukdomar i mag-tarmkanalen (magsmärtor, sura uppstötningar, illamående, kräkningar, irritation och sår i magsäck och tolvfingertarm, diarré, näringsbrist och viktnedgång samt blödningar etc.)
- sjukdomar i bukspottkörteln (bukspottkörtelinflammation, diabetes, insulincoma pga. sänkt blodsockerhalt i blodet)
- hudsjukdomar (hudrodnad pga vidgade blodkärl, hudinfektioner, eksem, psoriasis)
- sjukdomar i muskler, leder och skelett (benskörhet, gikt, förtvinade muskler)
- nervskador (känsl och rörelseförmåga drabbas, kramp, krypningar, medvetlöshet, impotens, balanssvårigheter)
- psykiska störningar och sjukdomar( personlighetsstörningar, depression, oro, ångest, sömnstörningar, delirium tremens, alkoholhallucinos, alkoholpsykos och alkoholdemens).

Alkohol används ofta för att lindra sömnproblem, oro, ångest och depression, men förvärrar i längden besvären. Därför är det viktigt att alltid ställa frågor om alkohol när patienter söker för dessa problem.



*Deltagare*

Fortplantningen påverkas av impotensproblem, försämrad spermiekvalité och rubbad menstruation. Alkoholen kan även orsaka olyckor samt utlösa våld, kriminalitet och självmordsförsök.

Kvinnor utvecklar ofta fortare missbruks- och beroendeproblem, då de har mer fett och mindre vätska i kroppen. Exempelvis drabbas kvinnor oftare av alkoholhepatit och levercirrhos (skrumplever).

## “Vård på rätt nivå för rätt individ”

Missbruks- och beroendevården är idag inriktad på det tunga missbruket. Primärvården träffar mest patienter i början av ett missbruk, där man har chans att tidigt ändra utvecklingen. Forskningen visar på flera olika effektiva verktyg man kan använda.

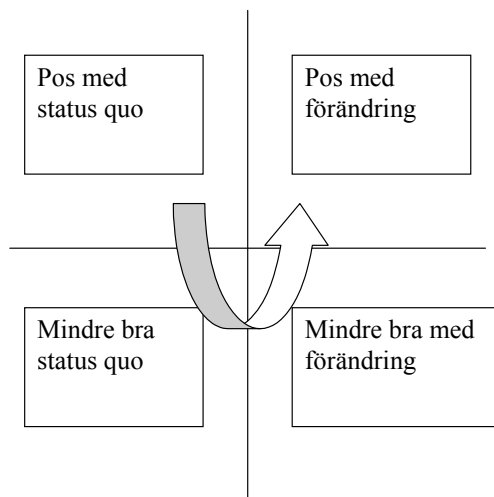
Genom att ställa rätt frågor, utan pekpinna, kan eventuella riskbruk identifieras och patienten bereds möjlighet till egna reflektioner och “aha-upplevelser”. Med hjälp av olika screeningmetoder som kortintervjuer, korta frågeformulär, AUDIT, WHO-formulär och livsstilsblad kan riskbrukspatienter identifieras och följas upp med korta interventioner, som t ex motiverande samtal (MI\*).

En hälsoprofil kan användas som ett självinstruerande instrument.

*\*MI- Motivational Interviewing (att utan påtryckningar hjälpa patienten att väga för- och nackdelar med sin alkoholkonsumtion)*

Målet är att ge patienten positiv förstärkning, att stärka självkänsla och självtillit samt att övervinna osäkerhet/kluvenhet. MI innebär att man fokuserar på var i en förändringsprocess en patient är. Ofta innebär det att man diskuterar fram och tillbaka med ambivalenta patienter, som både vill och inte vill ändra sitt dryckesmönster.

### Ambivalens/Motivationskors



I samtalet med patienten kan "Ambivalens/Motivationskors" vara en bra hjälp. Ett kors ritas upp på papper och därefter går för- och nackdelar igenom i pilens riktning. Patientens tankar skrivs ner i respektive fält och avslutas med det positiva med förändring.

**FRAMES** är en annan, kort insats. Metoden bygger på ett antal principer:

**Feedback** Delge patienten bedömningen

**Responsibility** Det är patientens ansvar att förändra sitt drickande

**Advice** Ge lämpliga råd

**Menu** Anpassa råden till patientens beredskap till förändring

**Empathy** Ett empatiskt förhållningssätt fungerar bäst

**Self-efficacy** Stärk patientens tilltro till sin förmåga att göra förändringar



*Diskussioner i pausen*

## **Vad säger riktlinjerna om behandling?**

*Efter Britt-Marie Finbom Forsgrens föredrag övertogs scenen av Alf Midholm, projektledare på GIR och Staffan Schött, projektledare på GIR och RIS.*

Runt om i Sverige skiftar behandlingsinsatserna väldigt mycket. Tyckande, tro, mode och pengar har styrt mer än kunskap. I flera vinjettstudier, där socialarbetare tillfrågas om lämpliga insatser i olika fall, skiftar svaren väldigt mycket, t o m inom en arbetsenhet.

Målet med de Nationella Riktlinjerna är att samma kunskap blir känd och används inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och kriminalvård. Vården skall bli mer enhetlig, tillgänglig, resurseffektiv, utmärkas av god kvalitet och evidensbaserade behandlingsmetoder.

Vad är då den bästa vården? God evidens betyder bevisade effekter, där forskningen är relativt entydig utifrån stora metastudier. Riktlinjerna har fått viss kritik på grund av sin fokusering på evidens. Forskningsresultaten är inte alltid lätta att översätta i praktiken och man vet att ett personligt bemötande och en god relation mellan klient och behandlare oftast är viktigare än den specifika metod man använder. Metodernas evidens skall slås ihop med behandlarnas erfarenhet



och brukarens egna vilja och ambition. Utifrån detta har man numera börjat använda begreppet evidensbaserad praktik – EBP.

Det finns en fara i att hänga upp sig alltför mycket på metoder som har "golden standard" , som är baserade på randomiserade, kontrollerade studier(RCT). Resultaten av en del studier blir svåra att generalisera, det kan handla om brister i urvalet av patienter, brist i kontroll på bakgrundsfaktorer och alltför små grupper i studien. I metastudier slår man samman metoder under en hatt, där det ibland kan vara tveksamt om de hör ihop. Ett annat problem kan vara den korta uppföljningen, oftast sträcker den sig inte längre än till 3 månader. På narkotikaområdet finns de flesta väl utförda RCT-studierna inom opiatområdet, men man får inte så mycket vägledning när problemen gäller övrig narkotika. På opiatområdet var det dessutom så, att de flesta studierna innefattade kombination mellan psykosociala insatser och underhållsbehandling med Subutex/Metadon. Efter riktlinjernas tillkomst har det kommit studier som visar effekt av behandling av heroinmissbrukare, utan samtidig läkemedelsassistans.

## Vad kan vi lära av självläkning?

Under implementeringsprojektets första år har det hållits flera kunskapskonferenser i Göteborg – och fler kommer. Föreläsarna har genomgående ingått i de expertgrupper som arbetade fram underlagen till riktlinjerna. Det är viktigt att ta vara på den kunskap de för fram – den finns sammanfattad efter varje konferens på GIRs hemsida .

Under den första föreläsningen om riktlinjerna poängterade professor Jan Blomqvist, SoRad, behovet av kursändring inom missbruksvården, att den ska erbjuda något till de många, som ännu inte fastnat i tungt missbruk. Här kan vi lära mycket av forskningen kring självläkning, de som klarat ut problemen utan professionell hjälp.

- **De flesta som finner en stabil lösning på olika slag av rusmedelsproblem gör det utan professionell hjälp**

(Blomqvist 1999, 2002; Blomqvist m.fl., 2007)

- **... men behandling kan i många fall vara viktig för att motivera, konkret bidra till och/eller vidmakthålla en förändring**

- **Klientens "sociala kapital" olika omgivningsinflytanden och andras bemötande viktigt både för "självläkning" och ett gynnsamt utfall av behandling**

Alf Midholm poängterar vikten av rätt stöd, gott och respektfullt bemötande, tillgänglighet, att nyttja klienternas egna sociala kapital och att ge ett fullgott stöd till barn och anhöriga. Många har svårt att se sig själva som missbrukare och det gäller att finna individuella lösningar till var och en, där den enskilde kan förstå och hitta mening i behandlingen.

Då det handlar om narkotika går det ej att tala om riskbruk eftersom all hantering av narkotika är illegal och klassas som missbruk (förutom då det handlar om receptbelagd, ordinerad medicin). Riktlinjerna delar upp narkotika i olika grupper men få missbrukare nyttjar endast ett preparat. På Respons alkoholrådgivning ser man att narkotikaklassade mediciner ofta skrivs ut utan kontroll på alkoholkonsumtion, vilket i vissa fall kan vara rent livshotande. Ännu sämre kontroll är det på förskrivning av antidepressiv medicin och samtidigt alkoholmissbruk – trots klara och tydliga rekommendationer att inte kombinera dessa mediciner med alkohol. Blandmissbruk är ett av de områden där det behövs mer kunskap och forskning.

Hasch är den vanligaste drogen och ofta det man börjar med i tonåren. Ungdomar som är kända på barn- och familjeenheter inom socialtjänsten försvinner ofta från vården när de blir 20 , kontakten går förlorad. Sedan kan de återkomma i 30-årsåldern, nu med tung missbrukarproblematik.



*Staffan Schött, projektledare GIR och RIS, Ulla Tholander, Verksamhetschef IFO/Funktionshinder, SDF Högsbo samt Alf Midholm, projektledare GIR och behandlare på Respons alkoholrådgivning.*

## Slutsatser om behandling

Professor Mats Fridell, som nyligen föreläste i Göteborg om behandling vid narkotikamissbruk, sammanfattar riktlinjernas slutsatser om god behandling:

- Det finns flera "godkända metoder" – bland dem finns ingen direkt bättre än den andra. Val av metod blir sekundär i förhållande till att personalen är utbildad och kompetent, att det finns en bra organisation, att man är tillgänglig, respektfull och kan upprätta bra relationer med brukarna
- Hög grad av struktur behövs (tex. tydliga regler)
- Fokus på kärnproblemen - missbruk, konsekvenser av missbruk
- Tillräckligt lång behandlingstid (minst 3 månader)
- Samtidig behandling av beroende och psykisk störning

Ett tag fokuserades för mycket av behandlingen på dåtid, orsakerna bakom missbruket. Vad som hände i nuet glömdes bort. Att fokusera på missbruket betyder inte att man bara tittar på faktorer som konsumtion och mönster, utan även på relationen mellan klient och behandlare. Vad betyder exempelvis ett återfall för relationen?

Under sin föreläsning betonade Fridell att man inte ska slänga inte ut "barnet med badvattnet" Fungerar det man gör bra mätt med objektiva mått så kan det vara en poäng att öka struktur och kvalitet, inte alltid att byta metod till någon mer "evidensbaserad". Man ska också se till att dokumentera det man gör, så att underlag skapas för forskningen. Startar man med nya verksamheter så bör man välja metoder som har en solid grund.

Psykiatrin hänvisar ofta till beroendekliniker, men de skall också arbeta med missbruk. Samtidig förekomst av personlighetsstörningar och tung narkomani ligger mellan 50-90%, depressioner/ätstörningar 20-60% och psykoser 15-20%.

Riktlinjerna är kompromisslösa, patienterna får inte skickas hit och dit, vården skall samordnas på ett enhetligt sätt. Exempelvis är det fel att kräva av personer med psykiatrisk problematik att de måste behandlas för sitt missbruk innan de erbjuds psykiatrisk vård.

*Av: Kia Benroth*