



BEROENDEVÅRDENS utveckling och framtid

– vilka utmaningar står vi inför?

Dokumentation från jubileumskonferens i
Göteborg 17 oktober 2014 när Beroendekliniken,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset, fyller 10 år.



2004 startades Beroendekliniken. En mängd verksamheter, utspridda inom hälso- och sjukvården, samlades då till en klinik. 2014 är det alltså dags för 10-årsjubileum och man ville dela med sig av kunskaper och erfarenheter. Därför arrangerades en konferens i Göteborg som lockade 650 deltagare från såväl den egna verksamheten, som medarbetare, chefer och politiker från andra delar av Västra Götalandsregionen, kommuner, frivilligorganisationer och myndigheter.

Idag erbjuder beroendekliniken utredning och behandling till patienter med alkoholberoende eller narkotikaberoende med komplicerande psykiatrisk samsjuklighet. Anhöriga och närstående kan få rådgivning och stöd.

Beroendekliniken har slutenvård på Östra sjukhuset samt Nordhemskliniken. Den öppna vården är geografiskt spridd. Dessutom finns specialistmottagningar för kvinnor, ungdomar, socialt välfungerande personer med missbruk/beroende samt heroinberoende och psykisk sjukdom.

INLEDNING AV LANDSHÖVDING LARS BÄCKSTRÖM

– Det är inte ofta så många samlas på ett 10-årskalas. Men den här jubilaren är värd många vänner!

Landshövding Lars Bäckström konstaterade i sin inledning att 10 år är en bra ålder. Det viktigaste i livet lär man sig tidigt.

Men han blickade också framåt, mot det som Beroendekliniken och alla dess vänner står inför.

– I Västra Götaland har vi en god tradition av att diskutera och utveckla tillsammans, ni som deltar idag speglar denna bredd.

Länsstyrelsen vill bidra genom att vara en brygga mellan lokal, regional och nationell nivå.

– Vi är stolta över samarbetet som bland annat lett fram till att CERA bildades. Och det delar vi gärna med oss av till andra delar av landet. Dessutom har CERA fått Göteborgs universitets samverkanspris, säger Lars Bäckström.

Samarbetet fortsätter och till våren handlar det mycket om de nya nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Barnperspektivet är också centralt i arbetet. Det handlar inte bara om vuxna som missbrukar, utan att dessa personer också ofta är föräldrar.

– Vi måste se barnen och ungdomarna och ge dem stöd. Vi behöver engagera det civila samhället, frivilligorganisationer, kooperativ och personer som själva har en bakgrund av kriminalitet och missbruk.

"Vi är rustade för fortsatt samarbete och utveckling"



Lars Bäckström

Från Länsstyrelsens sida vill man satsa på tvärvetenskap och olika kompetenser.

– Vi skulle gärna se att CERA kan ligga till grund för ett tvärvetenskapligt kompetenscentrum och forskarskolor. Det skulle vara en strategisk satsning

för ännu bättre kunskapsstöd. I Västra Götaland är vi rustade för en sådan nationell satsning, för att fortsätta utveckla missbruks- och beroendevården. En har inte alla svaren, men tillsammans kan vi hitta dem.

– Lycka till med nästa 10 år! ■

Många skäl för samlad beroendevård

Förr var det svårt för patienter och anhöriga att hitta rätt "ingång" till vården. Med en samlad beroendevård blev tillgängligheten bättre.

Det har alltid funnits mycket beroendevård inom sjukvården, men den var väldigt splittrad. Före 2004 var verksamheterna inte bara uppdelade på olika enheter, utan fanns också på flera nivåer inom sjukvården.

Detta skapade problem, bland annat för tillgängligheten, och 2001 fick man i uppdrag att skapa en gemensam organisation. Sedan början av 1980-talet hade det förekommit en hel del samverkan, men nu var det alltså dags att samordna sig på riktigt och 2004 skapades Beroendekliniken.

Med den nya organisationen blev tillgängligheten god, även om det kan skilja sig åt beroende på vilken målgrupp man tillhör.

– Men vi har hela tiden kunnat erbjuda ett första läkarbesök inom den enligt lag stipulerade tiden, säger Ann-Gerd Melin.

EN GRUPP SOM HAR ÖKAT de senaste åren är personer med samsjuklighet, som alltså har problem både med missbruk eller beroende och sjukdom av något slag, psykisk eller fysisk. En annan grupp, som enligt Ann-Gerd Melin faller lite mellan stolarna, är riskbrukare som är på väg in i ett beroende och vars problematik är för svår för primärvården.

Att differentiera vården och anpassa den efter varje individ hade också varit svårt innan Beroendekliniken bildades. Det fanns mycket resurser, men de användes inte på ett strukturerat sätt. Att samla dem gjorde det möjligt att till exempel bygga en vårdkedja för ungdomar. Man kunde också differentiera mellan dem som har en mer eller mindre tung psykiatrisk problematik.

– Vi har kunnat fortsätta differentiera och skapa vårdkedjor på olika sätt. Och det dyker hela tiden upp nya frågor, till exempel spelmissbruk, som vi måste lära oss handskas med, säger Sven-Eric Alborn.

SAMVERKAN VAR OCKSÅ ETT KRITERIUM när Beroendekliniken startades. Sjukvården och socialtjänsten har ett gemensamt ansvar för att erbjuda bedömning och utredning av missbruk och beroende. Det fanns sedan länge gemensamma projekt, men de byggde ofta på eldsjäl, vilket gjorde att kontinuiteten inte kunde garanteras.

Genom den samlade beroendevården blev det enklare att bygga samverkan med socialtjänsten. Med tiden vidgades samverkan till bland annat kriminalvården och frivilligorganisationerna. Visserligen tar samverkan tid och nya behov upptäcks, men med en samlad organisation kan resurserna användas på ett bättre sätt och problem kan lyftas till rätt nivå.

Beroendekliniken blev också ett sätt att samla yrkesgrupperna inom beroendevårdens olika verksamheter. Det ledde till att ett forskarnätverk kunde bildas, som fungerade som stöd för kliniken, och som senare blev centrumbildningen CERA.

PERSONALGRUPPEN ÄR MULTIDISCIPLINÄR och därför behövde även den interna utbildningen spegla detta. Man skapade kombinationstjänster mellan universitetets institutioner och Beroendekliniken, med personer som verkar i båda miljöerna och deltar i klinikkens utbildningar.

Även rekrytering av personal skulle bli bättre med en samlad beroendevård. Här kan man erbjuda både kompetensutveckling och forskning och här finns många erfarna kolleger.

– Men det blev inte riktigt så. Bristen på psykiatriker har varit ett ständigt problem. Men med den fart som kunskapsutvecklingen har i beroendevården, måste det bli så att nyblivna läkare förstår att det är detta de ska satsa på! De kommer att stå i kö för att få arbeta på Beroendekliniken i framtiden, säger Ann-Gerd Melin. ■



Ann-Gerd Melin

Sven-Eric Alborn



"Nu är ni välkomna till oss!"

Brukarrådet är en viktig pusselbit för samverkan mellan vården och brukarna. Det har eliminerat den formella mur som funnits mellan de två världarna – frivilligorganisationerna och den offentliga sektorn, menar företrädare för brukarrådet.

Brukarrådet bildades 2011 och träffas minst tre gånger per termin. Dessutom har man möte med Beroendeklinikens ledningsgrupp två gånger om året. I rådet ingår representanter för ett tiotal olika brukarorganisationer.

– Det är organisationer om inte haft så mycket med varandra att göra tidigare, men som nu samverkar, säger Anne Forsne.

Piet de Boer konstaterar att vi idag vet så mycket mer om vad beroende och missbruk är. Att abstinens är den lättare delen att hantera. Svårigheterna kommer efter avgiftningen. Därför måste en behandling få ta tid. Samverkan mellan alla inblandade – patienter, anhöriga, personal, forskning, frivilligorganisationer – är nödvändigt för att nå bättre behandlingsresultat.

– Vi har haft en kontinuitet i brukarrådet som varit avgörande för oss. Vi har lyckats skingra myter och missuppfattningar om våra organisationer, säger Piet de Boer.

Information om brukarorganisationerna sprids ut i verksamheterna, till personal och kliniker. Det vill man fortsätta utveckla genom att bjuda in kliniker till organisationerna:

– Vi har besökt klinikens mottagningar och nu hoppas vi att klinikens anställda kommer till oss, till öppna möten eller på studiebesök, säger Anne Forsne.

Brukarrådet hoppas också att det kan vara ett gott exempel för andra områden, till exempel socialtjänsten. ■



Piet de Boer och Anne Forsne

Organisationer i brukarrådet vid Beroendekliniken

- Beroendekliniken
- Attention
- NA (Anonyma Narkomaner)
- Nar-Anon Familjgrupper (Anhöriga och vänner till en beroende)
- AA (Anonyma Alkoholister)
- Al-Anon Familjgrupper (Anhöriga och vänner till en alkoholister)
- Anhörigföreningen för alkohol och droger
- Sällskapet Länkarna av 1948
- FMN (Föräldraföreningen Mot Narkotika)
- RFHL (Riksföreningen för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa, Likabehandling)
- Unga KRIS (Kriminellas Revansch i Samhället)
- Det fria sällskapet Länkarna

Den nationella ANDT-strategin går in på sitt sista år 2015. I strategin finns ett antal mål som innehåller både generella insatser och insatser som riktar sig till specifika grupper.

– Att målen faktiskt funkar kan vi se av att många län och kommuner har tagit fram regionala och lokala strategier. Där har mål och prioriteringar brutits ned och anpassats till lokala behov, säger Elisabet Aldenberg.

Strategin på väg in i en ny fas

Mål 3 i ANDT-strategin handlar om att antalet barn och unga som börjar använda alkohol och droger ska minska. Det finns en positiv utveckling bland unga när det gäller alkohol – färre dricker och debutåldern har höjts. Bland skolelever som provat narkotika är andelen relativt konstant. En svag ökning syns i preliminära siffror för 2014, men mest tydligt är att bland de som provat är användningsfrekvensen högre.

För mål 4 – skadligt bruk, missbruk eller beroende ska minska – är alkoholanvändning en grundläggande indikator. Sedan 2004 har den totala anskaffningen av alkohol minskat, men siffror för 2013 visar på en ökning, framför allt beroende på högre införsel.

– Vi vet inte om det är ett trendbrott. Men uppgifterna tyder på att det inte är fler som tar in utan att de som ändå för in tar in mer.

Karolinska institutet har gjort en första fördjupad befolkningsundersökning om bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, tobak, läkemedel och dopning. Den ska fungera som baslinje för framtida mätningar och följa upp ANDT-strategins övergripande mål.

Undersökningen visar bland annat att närmare en halv miljon människor i Sverige missbrukar eller är beroende av alkohol, ungefär en procent av narkotika och en halv procent av läkemedel. Man har också undersökt hur närstående påverkas och 15 procent av befolkningen anser att de har påverkats negativt av att någon i deras närhet druckit för mycket. Kvinnor är generellt mer utsatta än män, liksom yngre personer.

I STRATEGIN ÄR DET MÅL 5 – att personer med missbruk eller beroende ska ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet – som främst riktar sig till beroendevården. Det har i sin tur delats in i tre prioriterade mål:

- Tillgång till kunskapsbaserade vård- och stödinsatser ska öka.
- En tydligare och mer ändamålsenlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen.
- Regionala och lokala skillnader i kvalitet, tillgänglighet och resultat ska minska.

PÅ DESSA OMRÅDEN har en mängd insatser gjorts. Bland annat har Kunskap till praktik varit ett handfast stöd i arbetet med att åstadkomma en kunskapsbaserad vård. Missbruksutredningen har lämnat sina förslag till ansvarsfördelning, vilka fick både ris och ros. Ett konkret resultat är den lagreglering om överenskommelser mellan kommuner och landsting om hur vården för personer med missbruk eller beroende ska utformas.

För att minska regionala och lokala skillnader finns Socialstyrelsens öppna jämförelser och även här har Kunskap till praktik kunna stötta utvecklingsarbetet genom de regionala processledarna.

– Små kommuner har kunnat dra mycket nytta av den stödstrukturen, säger Elisabet Aldenberg.

SOCIALDEPARTEMENTET HAR FÖRSLAG på att inrätta ett kunskapsstyrningsråd, som ska leda till en bättre statlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Tanken är att myndigheterna ska ha samma budskap och att kunskapsstyrningen ska bli effektiv och anpassad till de behov som patienter, brukare, olika professioner och huvudmän har. Ett annat förslag är att bredda SBU:s arbete med systematiska kunskapsöversikter till att omfatta även socialtjänsten och inte bara hälso- och sjukvården.

För det fortsatta arbetet inväntar departementet den nya regeringens tankar och ambitioner. ■



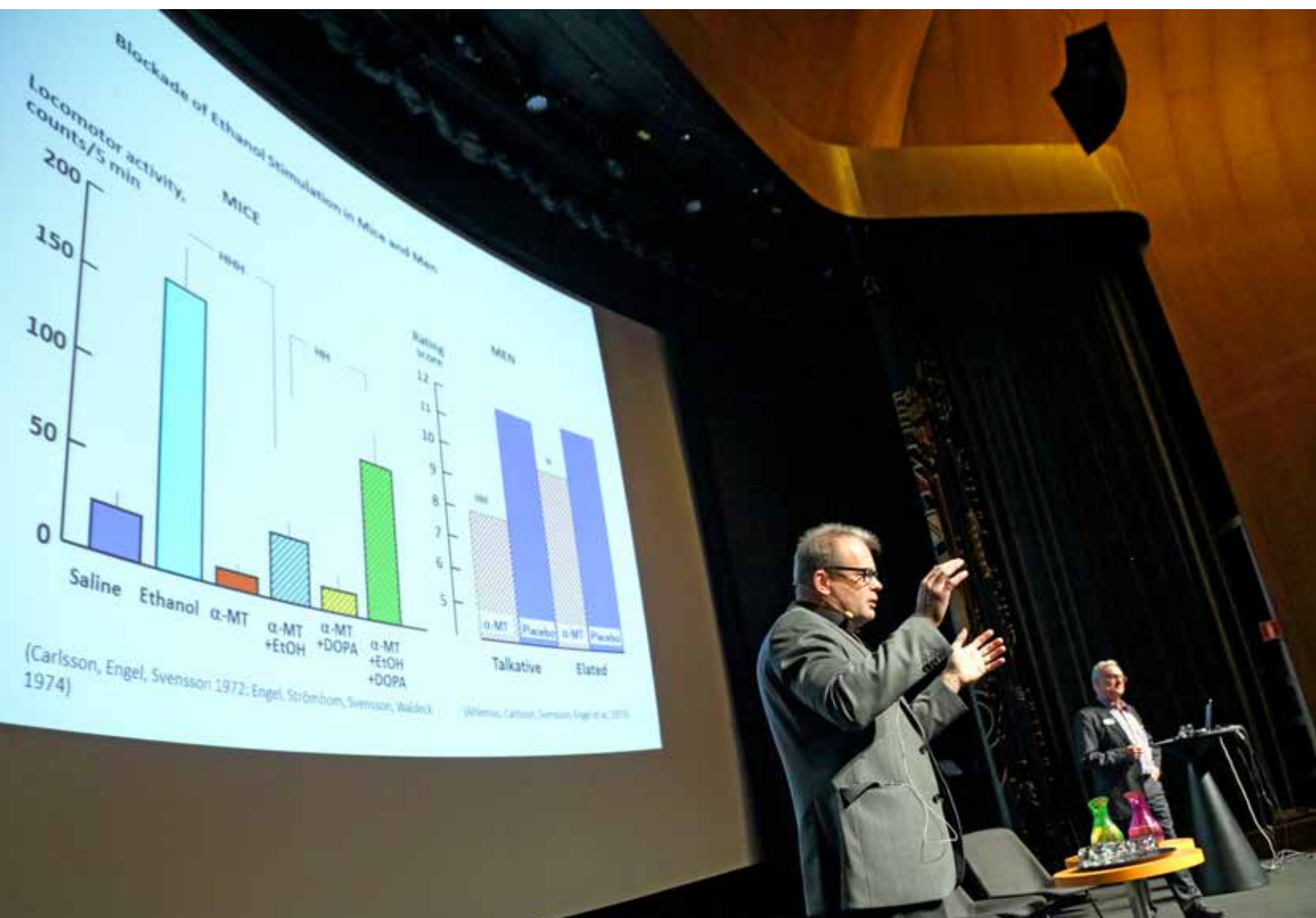
Elisabet Aldenberg

Vilka utmaningar tycker du att beroendevården står inför sett ur ditt perspektiv?

*Ulla Lindfors, chefskurator,
Psykiatri Affektiva I, SU*

– Beroendekliniken innefattar så många olika verksamheter, både utifrån patientgrupper och utifrån specialistvård till primärvårdsnivå. Att hålla samman detta är en utmaning. En utmaning är också att det hela tiden kommer nya droger som man måste hitta adekvata program till liksom att få till stånd fler individuella planer för de patienter som har komplexa medicinska och psykosociala problem.





Bo Söderpalm och Jörgen Engel

"Läser" hjärnan och ser skillnad på friskt och sjukt

Alkoholism och annat drogberoende är en komplex sjukdom. Ett kännetecken är återfall, även efter långa drogfria perioder, på grund av de förändringar som skett i hjärnan.

Ytterligare ett tecken på att missbruk och beroende är en sjukdom är att man håller fast vid sin drog fast man håller på att dö av den.

– När det går över i att drogen blir viktigare än livet självt, då är det en sjukdom, menar Bo Söderpalm.

Neurobiologisk forskning har varit mycket framgångsrik de senaste åren. Med ny teknik kan man "läsa" hjärnan och studera vad som sker i levande per-

soner. Det går att visa på skillnaden mellan friskt och sjukt. Dessutom har förståelsen för att missbruket ofta finns tillsammans med psykiatrisk problematik inneburit att förutsättningarna för vården har förändrats.

– Vi vet att många delar av hjärnan är påverkade – de exekutiva funktionerna i frontalloben, minnet, inlärning och belöningssystemet, som är det vi har forskat mest om i Göteborg, säger Jörgen Engel.



Jörgen Engel beskriver hjärnaktiviteten hos en kokainmissbrukare, efter 10 respektive 100 dagar utan drogen.

REDAN I BÖRJAN AV 1970-TALET kunde han och hans kollegor visa att alkohol frisätter dopamin i hjärnans belöningssystem som gör att vi mår bra. Senare har forskare kunnat visa att samma sak sker när man tar droger som amfetamin och kokain. Men detta är akuta effekter – vid långvarigt bruk får man inga kickar av dopaminfrisättningen och euforin övergår i dysfori.

– Hjärnan är oerhört plastisk och byggs om vid långvarigt missbruk. Frågan är om den kan gå tillbaka, säger Jörgen Engel och visar en bild på hjärnaktiviteten hos en kronisk kokainmissbrukare som varit utan drog i 10 dagar. Aktiviteten är väldigt låg. Efter 100 dagars drogfrihet är den något bättre, men inte alls som en drogfri hjärna.

– Så man kan fundera på när det är lämpligt att sätta in behandling med till exempel KBT!. Efter 10 dagar när patienten fortfarande är tom i bollen? Kan man fatta något då, över huvud taget?

När euforin övergår i dysfori förstärks risken för återfall. Stresskänsligheten är också hög. Allt beroende på olika kemiska processer i hjärnan. Det forskningen ägnat sig mycket åt är att hitta läkemedel som kan påverka dessa processer.

– Det finns flera godkända läkemedel, och många är bra, men passar inte alla. Ungefär en av 12 kan framgångsrikt behandlas med de vanligaste läkemedlen. Antabus fungerar bättre, men problemet är att många inte vill ta Antabus, säger Bo Söderpalm.

ETT SKÅL TILL ATT ALLA INTE SVARAR likadant på behandling är att det finns en mängd genetiska faktorer som påverkar drog- och alkoholmissbruk. Det finns alltså ingen "alkoholistgen", utan många gener är inblandade och varje gen bidrar med en liten risk. Dessutom tillkommer miljöfaktorer.

Mycket är på gång inom forskningen när det gäller läkemedel, men det finns ännu ett område som är en möjlig framtida utmaning – och som låter som science fiction.

– Det finns ett fall där en person med svår ångest, depression och alkoholism fått elektroder inopererade i hjärnan. Efteråt fanns ångesten och depressionen kvar men han slapp alkoholbegäret. Ska vi hålla på med detta? Ja, varför inte? Vi vet att dödligheten för svår alkoholism är jättehög. Så om det finns något för personer med mycket svåra problem, där allt annat har prövats, kan detta vara en möjlighet, menar Bo Söderpalm. ■



Utställningar med brukarrådet och fikamingel



Beroendeklinikens brukarråd deltog på konferensen, inte bara i programmet, utan även som utställare. Här fanns Attention, NA (Anonyma Narkomaner), Nar-Anon Familjegrupper (anhöriga och vänner till en beroende), AA (Anonyma Alkoholister), AI-Anon Familjegrupper (Anhöriga och vänner till en alkoholist), Anhörigföreningen för alkohol och droger, Sällskapet Länkarna av 1948, FMN (Föräldraföreningen Mot Narkotika), RFHL (Riksföreningen för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa, Likabehandling), Unga KRIS (Kriminellas Revansch i Samhället) och Det fria sällskapet Länkarna. Som utställare medverkade även Bona Via (som vänder sig till barn till missbrukare) samt Fryshuset (förbyggande verksamhet för ungdomar). Dessutom fanns det förstås tid för fika och mingel med kollegor.



Återfall – en framtida utmaning för forskningen

Återfall är mycket vanligt och påverkar många. Än finns ingen studie som visar på insatser som förebygger återfall. Återfall är en tydlig, tvärvetenskaplig och tvärprofessionell utmaning inom beroendeforskningen.

Claudia Fahlke och Anette Skårner inledde med att belysa sina respektive discipliner, psykologi och socialt arbete, utifrån beroendeforskningen.

Psykologin, läran om själslivet, har funnits som vetenskaplig disciplin i mer än 100 år. Den har varit en praktik lika länge, men det var först 1978 som det infördes statlig legitimation av psykologer i Sverige.

Socialt arbete har sina rötter i filantropin, och växte fram vid tiden runt förra sekelskiftet med industrialismen och alla de problem som man då var tvungen att göra något åt.

– När 1913 års alkoholistlag kom var det för att industrin behövde nykter arbetskraft. Det var en skötsamhetslagstiftning. Det var först när socialtjänstlagen och LVM kom 1982 som man började prata om sociala problem på ett annat sätt, säger Anette Skårner.

Socialt arbete som forskningsdisciplin har inom missbruksforskningen fokus på missbruk som komplexa livsstilsproblem och vad samhället kan göra åt dem. Beroendepsykologin studerar psykologiska mekanismer bakom beroende och försöker ta fram utredningsmetoder och behandlingsmodeller.

ÅTERFALL ÄR MYCKET VANLIGT bland personer som missbrukar. Mer än 90 procent av alla som försöker förbli nyktra har minst ett återfall innan de uppnår varaktig nykterhet. Mellan 40 och 80 procent har en ökad risk att återfalla inom en 12-månadersperiod efter avslutad behandling.

– Detta är inte ett tecken på misslyckande, utan liknar andra sjukdomar. Återfallsfrekvensen för andra kroniska sjukdomar, till exempel diabetes, högt blodtryck och astma, ligger på cirka 50 procent inom ett år efter behandlingsstart, påpekar Claudia Fahlke.

Återfall är alltså ett reellt problem som drabbar den med beroende, anhöriga, skola, arbete och samhälle. Studier visar också på ju svårare beroende, desto större risk för återfall, och ju fler och större återfall, desto större risk att dö i förtid.

Det sociala perspektivet på återfall handlar om sammanhang, arbete, bostad och försörjning, tillgång till gemenskap och stöd.

– Återfall händer alla – det vet de som försökt sluta röka – och kan ge känslan av att ”allt är förlorat”. Men om det är en del i normal process, vad betyder det för vården? Måste den som inte klarar att vara drogfri lämna behandlingen? Det här reser många frågor, säger Anette Skårner.

I DE NYA NATIONELLA RIKTLINJERNA diskuteras detta och där kommer ett antal sociala stödinsatser att finnas med, till exempel nätverksbaserade insatser, insatser för boende och sysselsättning samt Case management.

Studier om de ”normalpsykologiska” mekanismerna bakom återfallsbeteende visar att ju fler egenskaper som till exempel svårigheter att hantera negativa känslor, låg impuls kontroll, kognitiva svårigheter och negativ självbild, desto större risk för återfall.

Två psykologiska metoder som har stöd i forskning och som rekommenderas i de nationella riktlinjerna är återfallsprevention och motiverande samtalsterapi. Det är med de metoderna som man har störst chans att minska risken för återfall. Målet är att få kontroll över alkoholkonsumtionen genom att antingen sluta dricka helt eller minska konsumtionen till en icke skadlig nivå.

– Vi har gjort en studie där vi kan se att de som slutar dricka helt snabbare kommer ner till en ”riskfri” konsumtionsnivå än de som har målsättningen att minska drickandet till en ”riskfri” nivå, vilket talar för att i första hand arbeta för nykterhet, säger Claudia Fahlke.

Utmaningar inför framtiden är bland annat att definiera vad återfall är och identifiera dem som är särskilt sårbara. Återfall ur vems perspektiv? Tar eller får man återfall? Det är andra frågor som ligger framför oss.

– Vi måste också utveckla former för brukarinflytande i missbruksvården och ta vara på deras kunskap, säger Anette Skårner. ■



Psykologi och beroende i praktiken



Thomas Trotter
läkare i Skottland
(1760–1832)



Sigismund Freud
läkare i Österrike
(1856-1939)

beroende

Beroendepsykologi antogs akademiskt ämne 2008 av Nationalkommittén för psykologi

Studerar psykologiska mekanismer bakom beroende, dvs. hur beroende uppkommer, utvecklas och vidmakthålls. Studera och utredningsmetoder och behandlingsmodeller

Alkoholanstalt (vårdinstitution för berusade) bestod från början av enbart fysisk och moralisk behandling. Detta mer utvecklat med gruppspsykiatri

(brukare): behandling Först på 70-talet utvecklas behandling för beroende

Anette Skärner och Claudia Fahlke



Susanna Alakoski

Om att leva med missbruk som terror

Det är solklart att missbrukare behöver hjälp. Men anhöriga behöver också hjälp. Och får man chansen att läka kan det komma något gott ur det.

I sin nya bok, *April i Anhörigsverige*, som kommer våren 2015, ställer Susanna Alakoski de anhöriga i centrum. Hon inledde med att läsa ett stycke ur den ännu inte färdiga boken – om att se sin pappa späda ut morgonkaffet med vodka, hjälpa mamma i säng, ställa till rätta, dölja och förneka.

– Det har varit en svår bok att skriva, det är som en djup massage som går långt in i kroppen, säger Susanna Alakoski.

HON HAR SEDAN BOKEN *SVINALÄNGORNA*, som kom 2006, otaliga gånger talat som sina böcker och erfarenheter som barn till föräldrar som dricker. Många vill prata med henne, skriver och berättar.

– Jag väckte en tematik med boken och gjorde svåra saker talbara. Skönlitteratur är ett tillåtande sätt att ta till sig frågorna, man är ensam med boken och får känna och tänka själv.

Det har alltid skrivits böcker om missbruk, men de senaste 10–15 åren har de fått nya perspektiv. Allt fler skriver om att leva med missbruk som terror, menar Susanna Alakoski och nämner författare som PO Enquist, Åsa Linderborg och Sofia Rapp Johansson.

SUSANNA ALAKOSKI BLEV SJÄLV PLACERAD i fosterhem, stack tidigt hemifrån och lämnade hemorten. Hon blev stark, lärde sig hantera kaos, bära tungt, sprang långt och simmade fort. Slarvade aldrig som vuxen. Fanns alltid till hands. Gick emellan i slagsmål utan att tänka på att det kunde vara farligt.

– Om jag var arbetsgivare skulle jag direkt anställa vuxna barn som vuxit upp i dysfunktionella familjer. De är pålitliga och arbetsamma!

Detta förutsätter förstås att man fått möjlighet att läka.

– Det har fått mig att tänka på vilken vinst det är att satsa på stöd till anhöriga och att se värdet av förebyggande arbete, säger Susanna Alakoski. ■

Vilka utmaningar tycker du att beroendevården står inför sett ur ditt perspektiv?

*Kristina Johansson, psykolog,
Beroendemottagningen Centrum,
Beroendekliniken/SU*

– Både kunskap och tillgänglighet behöver breddas – till vårdcentral, skolhälsovård, allmänpsykiatri – så att människor kan få hjälp tidigare, innan problemen blir för stora. Det ska vara lika självklart att fråga om alkoholanvändning som att ta blodtrycket. Nu är missbruk och beroende specialistkunskap – en utmaning är att göra det till allmänkunskap.



Samverkan är allas ansvar

Hur kollar vi att det fungerar? Hur vet jag att det jag gör, ger de resultat som det var tänkt? Det är här vi måste börja när det gäller samverkan, menar Ing-Marie Wieselgren.

Psykisk hälsa påverkas av många faktorer, inte bara hos individen, utan också vilken stämning det är i samhället, vilka förväntningar vi och alla omkring oss har på världen.

– Det finns allt mer forskning som visar att om det finns hopp i samhället, att man vågar lita på att om man hamnar i nöd så får man hjälp av medmänniskor och samhället, då känner människor lycka. Detta är mycket viktigare än vi trott, säger Ing-Marie Wieselgren.

Därför är det viktigt att varje pusselbit i stödsystemet – primärvård, polis, psykiatri, elevhälsa och så vidare – inte sitter och slipar på sin bit, utan samverkar så att bitarna kan läggas samman och ge en gemensam bild.

– Det är precis vad samverkan handlar om. Att man synkar de olika insatserna, från hälsofrämjande insatser till specialiserade insatser för enskilda personer med svåra problem.

I DAGENS SAMHÄLLE STÄLLS VI inför ständigt nya krav. Vi ska coacha oss själva, tänka positivt, välja rätt, vara ständigt uppkopplade och blir utmattade av alla intryck. Så varför mår vi inte bra? Psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till sjukskrivning.

– Vi måste akta hjärnan! Vi kan inte backa utvecklingen, men måste lära oss att hantera den – och det kan vi för det har vi gjort förut. Men det kräver nya strategier, hjälpmedel, insatser, synsätt och inställning. Detta är lätt att säga, men svårt att göra.

Ing-Marie Wieselgren betonar vikten av att ge alla barn en bra start. Att ta vara på människors potential och förmåga – deras mentala kapital. Allt annat är slöseri. Det blir dyrt att låta människor bli långtids-sjukskrivna, hamna i missbruk, psykisk sjukdom eller kriminalitet.

– Detta vet vi och det finns inga genvägar. Vi måste mäta och utvärdera på enkla och smarta sätt för att se om vi uppnådde det vi hade tänkt göra.

Då och då kommer rapporter, till exempel om att socialtjänsten brister i sitt ansvar för unga. Ja, ja, tänker man inom psykiatrin, det är ju socialtjänsten det.

– Men jag tänker att det här är vårt gemensamma ansvar. Det är samma barn som sedan kommer till oss och är psykiskt sjuka. Vi måste få till ett gemensamt tänk, säger Ing-Marie Wieselgren.

UTMANINGEN ÄR FORTFARANDE ökat samarbete mellan kommun och landsting. Och det måste upp i strukturerna, till politikerna. Det finns en lag om att kom-

muner och landsting måste ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar.

– Så kan vi göra med alla, menar Ing-Marie Wieselgren.

Att se, våga fråga, agera och följa upp är utmaningarna. Och det finns hjälpmedel, till exempel Samordnad Individuell Plan, SIP, som enligt Ing-Marie Wieselgren kan ersätta många andra planer. Det finns utbildning och även enklare introduktioner på nätet om hur man gör SIP.

Gemensam ledning och styrning är en annan viktig faktor. För att klara det behövs bra struktur, bra koll på fakta och bra beslut – då kan det bli bra resultat.

– Det handlar om att alla tar ansvar för att helheten blir bra, att vi gör varandra så duktiga som möjligt, säger Ing-Marie Wieselgren. ■



Ing-Marie Wieselgren

Beroendekliniken mot nästa 10 år!

– Timingen är perfekt. Det är dags att skapa ett alkoholvetenskapligt centrum i Göteborg. Det är Hugo Walléns förhoppning inför framtiden när han avslutar dagen.

Det är mycket på gång inom Beroendekliniken. Bland annat har man lyckats rekrytera nio specialläkare det senaste halvåret, driver utvecklingsprojekt inom substitutionsvårdens dagvård, arbetar med tvång, hot och våld på akutavdelningarna, forskar på ADHD och mycket annat.

Hugo Walléns tankar om ett alkoholvetenskapligt centrum bygger på tre ”spaningar”.

– Vi är stolta och glada över verksamheten, men det är inte samma som att vi är nöjda. Vi vill mer. Vi ser patienter som inte får den vård vi behöver, kolleger som vill lära sig mer och vi ser saker andra kan som vi vill lära oss – därför är min första spaning att vi satsar på forskning och utveckling.

SPANING NUMMER TVÅ HANDLAR OM att satsa mer på primär och sekundär prevention – att ”arbeta uppströms”. Att sätta in insatser i tid, innan människor blir så sjuka att de nästan inte kan botas. Och att få människor att söka hjälp i tid, utan att känna skuld och skam.

Nästa spaning handlar om alkoholen. Vid årsskiftet tar Beroendekliniken över tillnyktringsenheten, TNE. Tillnyktringsenheten tar hand om olika berusningstillstånd, men det är alko-

holen som är den stora källan till problemen, för den som är beroende och för anhöriga, inte minst barnen.

– Därför är det perfekt timing att satsa på ett alkoholvetenskapligt centrum, byggt med och för brukare, med Nordhemskliniken, Respons, tillnyktringsenheten och CERA, i samarbete med kommunen, staten och universitetet, för multidisciplinär preklinisk och klinisk forskning. Det är min förhoppning och min dröm att Västra Götalandsregionen ska klara av att göra det och att den bollen nu är i rullning, säger Hugo Wallén.

DAGENS MODERATORER, Claudia Fahlke och Lennart Rådenmark, konstaterar att detta ligger helt i linje med de tankar som finns med centrubildningen CERA och tidigare tankar om att etablera ett nav där forskare och kliniker kan jobba nära varandra med patienterna och klienterna.

Under dagen har några frågor återkommit: beroendemekanismer och belöningssystem, återfallsprevention och anhörigperspektivet. Dessa lär komma tillbaka vid de konferenser och seminarier som planeras det kommande året. Bland annat ska den slutliga versionen av de nya nationella riktlinjerna presenteras i mars 2015. ■



Hugo Wallén



Claudia Fahlke och Lennart Rådenmark

