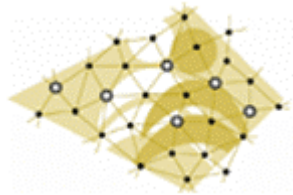


Dubbla diagnoser



Dubbla möjligheter

Åre

2005-08-29 - 2005 08-31

Dubbla diagnoser – Dubbla möjligheter, Åre 2005-08-29—31	3
Invigning med Elsa Danielsson, kommunalstyrelsen i Åre	3
Missbruk och psykisk problematik hänger ofta ihop Björn Fries	
Narkotikasamordnare, MOB, Anders Milton Psykiatrisamordnare	4
Frågor från publiken:	5
Borderline patients and substance abuse – an inseparable combination Wies van den Bosch:	6
Frågor från publiken:	8
Integrated treatment for dual disorder Kim T Mueser Dr, psykolog och professor.	9
Frågor från publiken	11
Doing DBT for individuals with borderline Wies van den Bosch:	11
Kan man tänka sig frisk? Nisse Simonsson ,läkare och författare till ”Hjärnbruk”	14
Socialstyrelsens riktlinjearbete Agneta Öjehagen	15
Farmakologisk behandling av DD patienter Tom Palmstierna psykiater beroendecentrum i Stockholm, förtroendeläkare vid SiS.	17
”Motivation – en förutsättning för varaktig förändring. Kriminalvårdens implementering av motiverande samtal (MI) C Åke Farbring, programinspektör vid kriminalvårdsstyrelsen	19
Existentiellt perspektiv på mötet med personer med dubbeldiagnos. Jan Gustafsson, Prost och psykoterapeut i Lits Pasorat	21
Erfarenheter från rättspsykiatrin. Per Lindqvist, psykiater vid Beroendecentrum	23
Att våga lämna den professionella rollen utan att tappa den. Erfarenhet från 10 års DD-verksamhet i öppen vård. DD-teamet i Skellefteå och BOP-teamet i Jönköping.	26

Dubbla diagnoser – Dubbla möjligheter, Åre 2005-08-29—31

Invigning med Elsa Danielsson, kommunalstyrelsen i Åre

Det finns 9826 invånare i Åre kommun, varav 850 i Åre by. 30 000-40 000 säsongsbående ställer höga krav. Multihall och konferensanläggning, som har planerats sedan 1976 är nu klar och det är den vi sitter i. Holiday Club är ett finskt företag med liknande anläggningar i Finland (det finska företaget är sålt till ett amerikanskt företag). Den 25 november förra året invigdes Holiday Club. 100 miljoner har satsats av Åre kommun inklusive bro och strandförändringar. 180 nya arbetstillfällen har skapats i Åre kommun. Befolkningen ökar redan. Vi hoppas att utvecklingen håller i sig... Det är många positiva beslut för politiker här i Åre, vilket gör att omsättningen är ohyggligt låg. VM i Åre (alpint) planeras till 2007. Fram till 2011 kommer stora satsningar att göras. Säkerhetskonferenser, även internationella, kan med fördel hållas i Åre och har faktiskt redan hållits. Välkomna med förhoppning om bra dagar för denna konferens!

Presentation av konferensen

Ordförande Elin Löfroth och f.d. ordförande Alf Håkansson i SNDD samt inledning av moderator Sven Jonasson:

Detta är den tredje konferensen i ”nätverksregi”. Den första var 2001 i Örebro, nästa hölls av norska nätverket 2003 i Lillehammer och nu, 2005 här i Åre. Konferensen är ordnad med bistånd från psykiatrisamordningen, MOB, kommunförbundet och Jämtlands läns landsting.

På konferensen i Örebro förmedlades en önskan om temat behandling på nästa konferens och det är vad denna konferens har fokus på. Vi är glada för det höga deltagarantalet (vi är ca 300).

Sven Jonasson arbetar med socialtjänstfrågor i Kommun och landstingsförbundet i Jämtland. Han kan lite om mycket... Han är socionom med tidigare erfarenheter också från socialtjänsten. Hur ser det ut i Jämtland när det gäller dubbeldiagnoser? För några år sedan – efter psykiatrisreformen 1995 – har vi försökt fokusera på samverkan. Många satt ensamma med problematiken i respektive verksamhet. Ett försök gjordes med att samla kompetensen i ett behandlingsråd sammansatt av experter. Det är inte kvar, men istället planeras en uppstart av ett DD-team. Vi måste gå från samverkan till samarbete.

Förhoppningen var att samla alla under ett tak under hela konferensen. På grund av det höga deltagarantalet har det tyvärr inte gått. Vi hoppas att det finns fördragsamhet med detta, att det kommer att fungera för alla och att det inte kommer att innebära alltför stora problem för dem som fått boende utanför anläggningen.

Några seminarier är strukna. Några hade få anmälningar och något har ställts in på grund av återbud. Det går att notera sig på seminarielistorna utanför dörren. Det går också att anmäla sig till aktiviteten att åka med kabinbanan – sätt upp er senast efter kaffet. Utvärderingen vill vi ha tillbaka ifyllt, efter seminariets slut. Programmet är späckat – tiderna måste hållas! Psykiatri- och narkotikasamordnaren presenteras och välkomnas.

Missbruk och psykisk problematik hänger ofta ihop Björn Fries Narkotikasamordnare, MOB, Anders Milton Psykiatrisamordnare

Vi har varit med och finansierat delar av konferensen och stimulerar mer än gärna nätverk som kan underlätta vardagen för alla som jobbar med detta många gånger tunga klientel. Det är viktigt att mötas, ta del av eventuella nya rön och bidra till sin arbetsmiljö.

Det är 14 personer som arbetar i MOB, med lite olika uppgifter. Det är många områden att tänka på, allt från preventivt arbete under barns uppväxt till rena behandlingsfrågor för grava missbrukare. MOB satsningen pågår enligt befintliga beslut 2002-2005. Nytt beslut kommer att fattas under hösten och förmodligen resultera i en ny handlingsplan för de kommande 10 åren. EU samarbete finns etablerat.

Narkotikakommissionens arbete finns som underlag för den handlingsplan som utvecklades till MOBs aktuella handlingsplan. Bakgrunden är att allt pekade åt fel håll vad gäller narkotikautvecklingen. Allt missbruk ökade och tillgången på narkotika var god. Samhället släppte dessa frågor under 90-talet. Sanering av ekonomin låg överst på dagordningen och missbruket hamnade tyvärr långt ner efter barnomsorg, sjukvård och äldreomsorg. MOB fick 260 miljoner för att återföra det narkotika preventiva arbetet till den politiska arenan och pengarna har fördelats till vardagsaktörerna. Samordnarens uppdrag är att se till att stödja första linjen och är förstas ingen egen aktör. Mål: Färre unga ska pröva narkotika, behandling ska öka och tillgången på narkotika ska minska. Det kräver ett långsiktigt arbete. Ökad kunskap krävs också och ca 50 miljoner är satsade på att stödja forskning. I en Delrapport före sommaren finns dokumenterat. Fler människor behöver bli aktiva också som privatpersoner – aktiva, kompisar, föräldrar osv. Hela samhället behöver mobiliseras. Kontakt har sökts med fackliga organisationer, musikbransch, idrottsrörelser och andra. Mer detaljerad information finns att hitta på www.mob.se

Om man nu ska se lite ljus på det hela är att allt inte ser alldeles dystert ut: Det har blivit bättre under de senaste 3 åren. I Sverige satsar vi mer på dessa frågor än övriga Europa och världen. Den viktigaste frågan är förebyggande arbete där man inte prövar narkotika – då blir man aldrig narkoman. Det behövs mer resurser och nya kunskaper. Tillsammans med socialstyrelsen har några rapporter tillkommit: "Orion" och "Vård på lika villkor". 300 miljoner satsas i år och kommande 2 år. Det är ett landstingskommunalt och kommunalt uppdrag och MOB har kompenserat de minskade budgetarna när det gäller dessa frågor med råge. Tillgängligheten ökar tyvärr enligt de uppgifter som kommer från Tull och Polis. Rykten säger att tillgång är större än efterfrågan, vilket naturligtvis är allvarligt. 3 områden lyfts i Agendan (exkl. prevention): Den enskildes rätt till vård (vårdgaranti), kriminalvården 120 + 100 miljoner har satsats och det behövs mer (möter nästan alla missbrukare förr eller senare) och 10 punkts programmet kommer som en kaka till kaffet... (foldrar läggs vid kaffebordet). Psykiatrin i Uppsala håller på att ta fram en arbetsform och utbildningar kommer att skapas tillsammans med Uppsala Universitet om några punktsatser ska nämnas.

Uppsökande verksamhet bör återuppstå! Det kan inte vara den enskildes skyldighet att hitta rätt för att få hjälp. Samhället måste vägleda den psykiskt störda missbrukaren!

Anders Milton Psykiatrisamordnare:

Uppdraget kom efter våldshändelserna 2003 (Anna Lindh och flickan i Arvika). Uppdraget är 3 årigt och sträcker sig till november nästa år. Den psykiska ohälsan ska vara av det svårare slaget, vilket förstås också är svårdefinierat. De senaste 40 åren har förändringen i psykiatrin varit omvälvande. Institutionsbehandling har bytts ut mot psykiatrireformer och har för många inneburit en positiv utveckling, men för många har det inneburit stora problem och isolering. Ett samarbete krävs mellan samhällets aktörer, vilket faktiskt inte har fungerat. Det är därför psykiatrisamordningen tillsatts. De psykiskt störda missbrukarna har en ännu svårare situation om samarbetet inte fungerar och detta samarbete måste förbättras. Det krävs kommunala och landstingskommunala beslut och en politisk stark vilja för att nå ett gott samarbete. Stödet måste också innefatta resurser. Ni måste känna att detta arbete är viktigt. Politiker måste visa detta i både ord och handling. 500 miljoner ska satsas i år och 200 miljoner nästa år. 7,5 miljard var vad som önskades... De pengar som finns måste dock hjälpa en del! Pengarna som kan ansökas kräver samarbete och minst dubbla påskrifter. Kommun och landsting måste vara med och brukarmedverkan premieras ytterligare. Vården måste vara gränsöverskridande. Klientens perspektiv måste fokuseras och ge grunden för behandlingsformerna som ska användas. Missbruket kan vara mer eller mindre gravt och de psykiska störningarna varierar också. Vården måste vara tillgänglig! Fungerande vårdkedjor måste också byggas upp, så att rätt saker kan göras vid rätt tillfälle av rätt instans. Det behövs politiska uppdrag kring samverkan, bra chefer och metoder som är vetenskapliga för att "linjearbetet" ska fungera. Case management modellen bör plockas upp, där den ännu inte är upplockad. Lite hopp behöver inges och krydda det mänskliga engagemanget.

Frågor från publiken:

Case management har betonats tillsammans med eftervård. Vi har LSS, som ger utrymme för case management med ombud. Det fungerar inte alldeles bra överallt med personligt ombud. När diagnosen är beroende kan man bara tillhöra personkrets 3. Ett strukturellt problem för er att bita i?

Svar: Ja, vi har en diskriminerande inställning till missbrukare. Underhållsbehandling har fått avslutas vid t.ex. brott. Du får inte behandlingen om du missköter dig. Frågan om vårdgaranti har också lyfts. Kerstin Wiksell och Morgan Johansson arbetar med modellförslag. De moraliska förtecknen är för stora.

93 av 100 avvisar narkotika. Är det så och är det bra?

Svar: Det är naturligtvis inte bra förrän 100 av 100 avvisar narkotika, men allt kräver perspektiv. 0-visionen får inte knäcka oss! Siffrorna kommer från mätningar i skolorna och det har blivit bättre.

Politiker ska prioritera detta område låter som musik... Vad säger politikerna om detta. Samordningsfunktionerna är ju lite "UPA".

Svar: Jobbet är inte UPA för oss. Vi för många diloger med politiska församlingar. I den kommunala världen finns många prioriterade grupper och denna grupp är "röstsvag" utan företrädare. De lever i marginalen och vi och ni måste föra deras talan. Skamfaktorn bör också användas. Vad skulle ni säga om en entreprenad gjorde detta jobb? Ska vi ha lägre kvalitetskrav för offentlig regi...? Man kan inte säga att man prioriterar saker som man inte gör. Medelstora kommuner bör kunna göra vissa omprioriteringar. Björn Fries kan hjälpa till med att lämna förslag på prioriteringar för behövande kommuner... Modiga politiker behövs, men vi har en repressiv debatt.. För 4 år sedan började det tillsättas kommunala samordnare, som nu finns på väldigt många håll. Vi kan inte göra jobbet år politikerna.

Samarbete och gemensam politisk organisation finns inte i den utsträckning som forskningen visar skulle behövas?

Svar: Vi var inte främmande för tanken att man skulle bli ekonomiskt skadeståndsskyldig om man inte gör sitt jobb. Man får inte spela mellan myndigheter. Vi måste göra rätt saker! Hur svårt får det vara att samarbeta...? Man lägger inte en mottagning för rörelsehindrade en trappa upp utan hiss! Ni kan lösa problemet!

Sven Jonasson berättar att Jämtland faktiskt var först i landet med gemensam nämnd. Det gäller att ta vara på alla formella möjligheter som finns.

Borderline patients and substance abuse – an inseparable combination Wies van den Bosch:

Wies är behandlingsansvarig psykolog (behaviorist) på Oldenkotte sjukhus i Holland. Hon är också lärare på universitetet i Amsterdam om DBT. Om ni har några frågor som inte besvaras – eller som ni inte hänger med på allt under seminariet kan ni maila era frågor till: wiesvdbosch@planet.nl

- Vad är DBT?
- Vad är Borderline?
- Missbruk?
- Och hur fungerar det i praktiken?

På sjuttioalet arbetade Wies på ett missbrukscenter och upptäckte att vissa missbrukande kvinnor (självskadande) ofta hade multi många problem, många kriser och försök med missbruks behandling misslyckades. Hon upptäckte att gemensamt för de svåra eller "obehandlingsbara" var psykiska problem och ofta borderline problematik. Problemet med bollandet genomgicks: Psykiatrin hänvisade till missbruksvården och vice versa. Patienterna fick ingen hjälp. Ett gemensamt team bildades med kompetens från båda områdena.

DBT började utforskas/ användas men exkluderade aktivt missbruk till en början. Borderline patienter sågs/ ses ofta som farliga, vilket är ett annat problem. Borderline enligt DSM-4 kräver 5 av kriterierna för en diagnos.

Självmodersrisken i gruppen borderline är betydligt högre än för andra psykiatriska diagnosgrupper (10 %). Risken ökar med missbruk.

Borderline patienter är manipulativa, omotiverade och ses som obehandlingsbara.. De splittrar team och bränner ut terapeuter.

De svåra borderline patienterna får de nya terapeuterna som vill ha en utmaning – aldrig de duktiga och erfarna...

En god behandlingsrelation motarbetas ofta av att patienten betraktas som manipulativ och omotiverad inom ramen för diagnosen. Diagnosen gör alltså att det är svårt att få tag i professionella och duktiga terapeuter till denna lågstatusgrupp.

Borderline problematiken uppträder sällan ensam. Den är väldigt ofta kombinerad med ytterligare en psykisk störning och ofta med alkohol och/eller drogmissbruk av allvarligt slag.

Vad behövs för att behandling ska lyckas?

En "etiologisk" modell, en icke fördömande attityd till patienten och problemen. Man måste se beteendet som grundproblemet i sjukdomen och man måste tro att behandling fungerar. Man måste förmedla och känna entusiasm. Man behöver en lättlärd modell/program – det får inte ta 10 år att utbildas... Behandlingen måste också vara effektiv. En bio-social teorifinns i botten för DBT. Förklaringsmodellen säger att t ex de självskadande yttringarna beror på att man har förlärt. Man har inte lärt sig att hantera problem och att hantera ångest. Självskadande handlingar är ett sätt att hantera denna extra känslighet. Drogmissbruk är ett annat sätt. Omgivningen är oförstående. Omgivningen säger gärna att patienten inte känner vad de känner och de kan därför inte heller lita på sina känslor.

En bio-social teori ger möjlighet att se borderline på ett annat sätt.: Patienten kan inte ändra beteendet så länge han/hon inte kan hantera känslomässiga stimuli.

Patienten kräver/har en stark längtan efter autonomi, som också är svårt att hantera för omgivningen. Beteendestöd krävs av terapeuten. Och stöd till terapeuten behövs... En icke dömande attityd är svårt i förhållande till missbruk. Sug är normalt, det är en del av missbruket. Vinster av missbruket finns och dopaminsystemet rubbas. Suget kan inte enbart hanteras med vilja. Hjärnans funktioner försvårar.

Vad är DBT:

DBT är ett empiriskt validerat behandlingsprogram som från början utvecklades för självmordskandidater. Det visade sig senare att de som behandlades faktiskt också hade en borderline problematik. Alla behandlingsmodeller ska/bör valideras och säkras som en del av genomförandet av respektskäl! DBT är manualbaserat och dokumenteras som det av behandlingsmodellen, Det är lätt att lära in och det kräver attitydförändringar av de terapeuter som ska genomföra det i förhållande till borderline patienterna för att behandling ska vara möjlig. Programmet är framtaget/skapat av Martha Linahan.

Man måste acceptera klientens problem och behovet av förändring på samma gång. Personen måste känna sig accepterad och inte anklagad för att han/hon inte tagit itu med problemet. Terapeuten stödjer klienten och hjälper henne att formulera sina problem, men talar aldrig som ombud för henne. Du måste själv rädda dig, men du kan få stöd av mig... Splitting försvåras om patienten alltid måste prata för sig själv, vilekt också är en viktig aspekt.

Innehåll: Individual terapi, gruppaktivitetsträning 2,5 tim/v, reflekterande team för terapeuter och tränare, telefonkonsultation 24 tim/dygn.

Mål: Hålla klienten levande, ersätta självskadande handlingar och missbruk som lösningsmodeller, känslokontrollsinläring, minska missbruk, minska risk för återfall genom att få hjälp med att hantera sug, fundera kring konsekvenser och hantera konsekvenser, hjälpa klienten att bli medveten om risker och att hantera dem.

En pilotgrupp startade med kriterier: BPD (borderline), kvinna, acceptera programmets grunder, nyligen suicidal. Medelåldern var 37,5, medel behandlings dagar 74 per år. Resultat: Inga självmord, entusiastiska patienter, entusiastiska behandlare. Redogörelse av själva studierna finns i overheadmaterialet. DBT fungerar bäst för de värsta. De andra kan få något annat! Skillnaden i resultat i förhållande till kontrollgrupp efter 1 år är stor 63 % jämfört med 25 %. Skillnaden sjunker och är förmodligen obefintlig efter några år – Man kan inte bota så stora problem på så kort tid, men det kan vara en början... 2 studier visar att dubbelproblematik måste bearbetas samtidigt. Den ena studien visar att missbruket minskar men självmordsbenägenheten förändras inte, den andra visar tvärtom, vilket visar att du måste jobba med bägge delarna på samma gång!

- Patienterna med borderline byter ofta ut problemet som behandlas mot ett nytt. Man måste alltså minst jobba med självskadeyttringar och missbruk samtidigt.

Frågor från publiken:

Vad är de mest kritiska rösternas argument mot behandlingsmodellen?

Svar: Det krävs så många olika kombinationer pga. multiproblemen hos klientgruppen. Även 24 timmars perspektiv möter kritik. De flesta terapeuter har svårt att sätta gränser för denna grupp. Klienterna älskar dock att få höra vad terapeuten tycker och när terapeuten sätter gränser.

Har ni tillräckligt med terapeuter. Är det möjligt att få resultat på ett enklare sätt...?

Svar: Vi har fler terapeuter än anmälda klienter för behandlingsmodellen, vilket gör att fel klienter behandlas. En del av dem skulle gå iland med enklare modeller. Enklare modeller kan säkert prövas... När det gäller telefonkonsultation är jag skeptisk. Det största problemet är faktiskt att de inte ringer tillräckligt. Det vore förstås underbart om det fungerade...

Är det möjligt att göra telefonkonsultation teambaserad? Måste det vara den individuella terapeuten om det är ett problem?

Svar: När man har med självmordsbenägna klienter att göra borde inte detta vara ett stort problem. Då borde man jobba med något annat. Man måste vara medveten om sitt behov av ledigt och teamet måste ta över ibland, T.ex. vid semestrar, men klienten måste också acceptera det. Jag skulle dock hellre

vilja att min självmordsbenägna klient ringde till mig än till min kollega. Men man måste ha ett team och ibland är det nog nödvändigt. All personal på avdelningen har fått utbildning om DBT, vilket är till stor nytta för dem som behandlar och då förstås också för patienten.

Hur är det med behandling för män? Det har endast refererats till undersökningar som gäller kvinnor?

Svar: Några män har deltagit och det beror nog mest på att Linahan arbetat med kvinnor.

Integrated treatment for dual disorder Kim T Mueser Dr, psykolog och professor.

(kim.t.mueser@dartmouth.edu):

Kim ska presentera ett "smörgåsbord" av möjligheter för DD patienter.

Föreläsningen inleder med en presentation av hur missbruket ser ut i olika grupper av patienter med psykiska störningar. Störst problem finns i gruppen borderline, BPD (55 %), därefter i gruppen schizofrena. Det är samma riskgrupper i dessa grupper som i en generell kontrollgrupp, unga, ogifta män osv. Många har suttit i fängelse och många av dem med borderline har också problem med posttraumatisk stress. Kim berättar om olika samband mellan psykisk störning och missbruk. Det finns studier som visar att haschmissbruk t ex skapar psykoser. Det finns också samband mellan schizofreni - amfetamin och kokain.

Själmedicineringsklienten

De använder droger som medicin för sina psykiska problem. Det finns dock inget påvisat samband mellan graden av psykiska problem. Det kan också vara en form av flykt som i lband kan vara svår att separera från självmedicineringsgruppen. De tar det som är tillgängligt. De använder droger även om det vet att det försämrar symptomen.

Supersensivitetsklienten

Det handlar om att förstå vad missbruket tillför. Biologisk känslighet kan försvåra. En del mediciner agerar tillsammans med drogen och ger effekter som inte är förutsägbara. Klienterna är känsligare än en generell grupp också på grund av sin psykiariska problematik. Man behöver alltså dra andra slutsatser för denna grupp. Vad som är normalt och fungerar för andra är alldeles för mycket för gruppen till exempel. Väldigt få kan dricka "normalt". De slutar antingen helt eller så utvecklas ett missbruk. Det är viktigt att klienter informeras kring detta faktum och det är information för personalen som ökar förståelsen.

Man måste ta reda på vad drogen gör för patienten. Man måste utgå från att klienten gör rationella val, även om man kan utgå från att konsekvensanalysen som eventuellt gjorts är mycket kortsiktig.

Funktionell analys

Man håller fokus på de uppehållande funktionerna och inte så mycket på varför saker och ting blivit som det blivit. Klienten måste förstå varför han missbrukar och vad drogen gör. Skattningskalor (pay-off matrix) kan vara till god hjälp. Vinster och förluster ställs mot varandra och hjälper klienten att förstå (ganska mycket MI...) Den funktionella analysen ska mynna ut i en realistisk behandlingsplan som korrelerar med motivationsnivån. Det handlar om att öka vinsterna av att inte missbruka snarare än att arbeta med bestraffningsteorier. Klienterna behöver ofta hjälp med att hitta mening. De måste ersätta drogerna med vinster.

Behandlingsplanering

En relation måste finnas med klienten. Många har inte sökt hjälp för sina missbruksproblem, utan för sina psykiska problem. Motivationen måste utredas och kanske förstärkas. De behöver hjälp med att skapa en egen verktygsväska.

All fungerande behandling måste vara klientorienterad och utgå från klientens upplevelse av sina problem. Behandlaren måste ha en relation och förstå.

En genomgång av historiska hinder för funktionell behandling.

Vad menas med integrerad behandling?

- Samtidigt av samma team (kan förstås bestå av olika expertfunktioner från olika huvudmän).
- Inom samma program
- Ansvaret för integrationen är personalens och inte klientens.
- Behandlingen bör levereras i deras hemmiljö.
- Ibland måste det också finnas utrymme för behov av habilitering
- Behandlingen bör vara stegvis och följa klientens motivation (bygger på P & D:s förändringshjul)
- Ibland får man nöja sig med att negativa effekter och konsekvenser minimeras. (harm reduction – används dock inte som begrepp)
- ”Allomfattande” behandling.

Steg 1: upprätta en allians och en arbetsrelation med klienten. Olika strategier och möjligheter för att nå målet.

Steg 2: Motivationsarbete – Att se missbruket som ett problem. Olika strategier och möjligheter för att nå målet, också uppdelat i steg utefter motivationsgrad.

Steg 3: Sluta eller minska missbruket. Olika strategier och möjligheter för att nå målet. Självhjälpsgrupper bör bli aktuella först här – därförinnan är klienten inte redo.

Steg 4: Att uppehålla medvetandet om risker för återfall. Stabiliseringsfas. Arbete med eventuella återfall, så att de inte utgör större risk än vad som behövs.

Studier och deras resultat

26 studier finns på området ”integrerad behandling”. MI effekter är påvisade. Intensitet är också en framgångsfaktor. En del begränsningar finns i materialet. En faktor är till exempel att det är stora skillnader i utförande av integrerad behandling som gör det svårt att jämföra.

För framgångsrik behandling måste man undvika skuldfällorna: Både att det skulle vara klientens fel att behandlingen inte fungerar som avsett eller att det skulle vara behandlaren (ditt eget) fel. Inställningarna är kontraproduktiva. Det är ovärderligt att behandlaren kan förmedla hopp.

Man måste våga pröva olika interventioner för att kunna hitta rätt. Det är långt ifrån alltid som det är uppenbart vad som ska göras! En grundbult är förståelsen för vad missbruket ger klienten och hur det samverkar med övrig problematik.

Frågor från publiken

Hur ska vi göra som ofta har två huvudmän? Och vad menas med behandling på klientens villkor?

Svar: De två huvudmännen måste göra team ihop (case management). Kanske behövs en ny profession som kan båda områdena? Hemmiljön måste kopplas ihop med behandlingen förr eller senare...

Hur ser rörelsen ut i USA?

Svar: Det är nog som i Sverige. Vi vet vad vi ska göra och det är vetenskapligt bevisat, men det är ändå inte rutin att göra så! Implementeringen gör sig inte själv. Verktygen som krävs måste finnas (utbildning, handledning, information som är hyggligt lättillgänglig, politiska beslut osv). Många stater är på gång. Vi börjar se förändring alltså.

Det finns en del översatta böcker och artiklar av Kim T Mueser. Böckerna säljs av Stiftelsen Ett Helt Liv. Länk till deras hemsida finns under rubriken länkar. En bok håller på att översättas till norska...

Doing DBT for individuals with borderline Wies van den Bosch:

Tankar och känslor talar om olika saker. Vi kommer att uppehålla oss vid tankarna främst idag och kanske komma fram till ett rollspel...

Beskrivning av klienterna, som framförallt är borderline med självdestruktiva eller suicidala inslag.

- Svart-vitt seende

- Orsak och verkan hänger ihop (jag mådde dåligt därför knarkade jag) – Man måste dela upp i steg för att hjälpa klienten till analys för konstruktivitet.
- Oflexibel tankeförklaring (nödlögner eller vita lögner går inte – man får ju inte ljuga)
- Alla händelser har en emotionell börda
- Rädsla för att förlora kontroll. Allt eller inget även här.
- Självförnekelse (Handlingarna är inte logiska utan dumma = jag är dum...)
- Rädsla för att bli ratade
- Rädsla för sig själv – är jag värd att leva?
- Tillitsproblem

Upptagenhet med missbruk

- Beteendet
- Oflexibla tankar
- Tillåtande tankar som belöning efter en hård vecka... Följs av ytterligare återfall lätt.
- Föreställningar och fantasier
- Fysiska vinster av beroende

Förväntade tankar (vad jag får av drogen)

- Bibehåller balansen
- Att man kan fungera socialt och intellektuellt
- Känna lycka och upphetsning
- Få energi och styrka
- Bli lugn
- Tillfredställa beroendet
- Minska känslan av tråkighet, tomhet, meningslöshet och rädsla

Hantera beroendet:

- Söka stöd
- Ändra tankesätt – öka långsiktigheten
- Söka distraktion – hitta ersättningar
- ”Känslosurfa”: Gå in i känslan och göra den acceptabel. Suget kommer och går och måste hanteras. Känslan kommer inte att försvinna, men det går över...

Behandling:

- Öka motivationen – träna självkontroll genom ökat medvetande. Gå igenom och strukturera händelseförlopp. Kopplingen mellan känsla, tanke och handling är komplex.
- Återfallsprevention. Hantera eventuella återfall

Tekniker till hjälp:

- MI
- DBT

- Återfallsprevention

Patienter ska motiveras och inte krävas på att vara motiverade när de kommer...
Terapeuten behöver vara "försäljare".

Ingredienser i evidensbaserad behandling

- Självkontroll
- Balansera problem och konsekvenser
- Vara trogen målen
- Funktionell analys
- Social träning
- Krisplanering

Bensodiazepiner hjälper klienter att begå självmord – men ges till självmordsbenägna...

Exempel av behandling för borderlinepatienter

- Schema-focused Therapy (J. Young)
- Cognitive terapi
- Mentalisation Based Therapy (Bateman)

Patienterna har ofta varit överkänsliga som barn både av ärftlig belastning och med social förstärkning, vilket också ofta ger impulsiviteten. De måste lära sig kontrollera impulser och de måste stödjas i att lita till sina känslor och lära sig se gråskalor. Verkligheten är inte statisk!

Patienterna gör gärna känslotillägg på alla fakta. Viktigt att se på fakta naket och skala av känslotilläggen. De gör inte det. Allt får känslotillägg – svart eller vitt, alltså bra eller dåligt.

"Mindfulness" – Att öka medvetandet - är ett sätt att arbeta med detta. Klienten måste acceptera en ny verklighet med gråskalor., vilket de behöver terapeutens hjälp till.

Patientgruppen är mycket krävande, vilket måste översättas/omskrivs till utmanande.

- De är känsliga
- Terapi måste vara stödjande
- Patienten behöver stanna i balans
- Patienten har svårt med förändringar
- Terapeuten måste alltid vara vänlig och förstående

Terapeuten måste finnas "i mitten". Det kan vare sig vara räddaren eller den som tänker sig distans och hårda gränser som det mest centrala. Båda stilarna blir dömande och därför inte framgångsrika. För den ena blir misslyckandet klientens fel och i den andra behandlarens...

Mindfulness exercises (Medvetande övningar)

- Observe your breath (Sätt dig tillrätta med händerna på knäna och fokusera på andningen)
- Observe others (Observera ett ansikte och berätta vad du ser, utan känslotillägg)

Kan man tänka sig frisk? Nisse Simonsson ,läkare och författare till "Hjärnbruk"

- Hjärnforskning efter huvudborrarutbildning
- Forskning kring evolutionen

Einsteins tips: Förenkla så mycket det går, men inte mer!

Människan kommer av lång tids utveckling ur enklare arter. 99.8 % av tiden på jorden har vi levt som jägare och samlare på savannen. 98.9 % av våra gener ser ut som som schimpansernas. Hjärnan är exakt likadan som den var för 50 000 år sedan. Numera är hoten ofta inbillade och virtuella – hjärnan kan inte skilja på verklighet och fantasi.

"Surkarter" föder "surkarter" och leenden smittar. Hjärnans främsta uppgift är att bevara hälsan.

Paradigmskiftet 1890 och 1990. Människan har vissa anpassningsproblem och stressas vid förändringar. 95 % av det vi vet om hjärnan har vi lärt oss de sista 10 åren.

Hjärnans tre nivåer

- Reptilhjärnan
- Däggdjurshjärnan
- Intellektuella hjärnan

Dopamin – kusin med amfetamin

A user's guide to the brain

- Perception
- Medvetande
- Hjärnfunktion
- Självbild

= Jag

Hjärnans målprogram

- Söka lycka
- Undvika smärta

Psykoneuroimmunologi

- Kropp och själ
- Två odelbara storheter

Vi har världens bästa fysiska arbetsmiljö. Vi arbetar minst i världen. Vi har ett av världens bästa sociala trygghetsnät och vi lever längst i världen. Ändå är vi världens sjukaste folk...

Vi lider av en viss språkfattigdom. I engelskan till exempel görs skillnad. Här är vi sjuka om vi mår dåligt...

- *Illness = må dåligt*
- *Decease = sjuk*

Placeboeffekter är påvisade – Tro kan försätta berg.

Meditation – stimulerar vänster pannlob = lycka (Dalai Lama)
40 minuters promenad hjälper mot det mesta...

Stress uppträder

- När en person känner sig inte ha kontroll över förändringar
- Man behöver återta kontroll...

Även här vet vi vad som fungerar, men vi gör det inte.

- Motion både profylax och behandling
- 30-40 minuter per dag räcker

Det viktigaste är hur man ser på sig själv!

Snap-shots från seminarierna

- Livets gåta – behövs något svar?
- Behandlingsplaner – behov av att tydliggöra
- Långsiktighet
- Kontinuitet
- Uthållighet
- MI även för socialtjänst och psykiatri (presenterades av kriminalvården)
- Fler verktyg
- Vad kommer efter, ingen behandling är bättre än det!

Socialstyrelsens riktlinjearbete Agneta Öjehagen

Agneta Öjehagen hoppar in kort för Socialstyrelsen, som fått sent förhinder:
Agneta är delvis inblandad men har inte den överblicken som de som skulle ha kommit har... Riktlinjearbetet pågår och berör också DD-problematiken. Arbetet ska

bygga på den kunskap vi har och på beprövad vetenskap. Vetenskapliga grupper är engagerade utifrån expertområden. Rör behandling, utredning, bedömningsinstrument och biologiska markörer. Gravida missbrukare har gått igenom i en särskild grupp. Vad det kostar och hur det ska genomföras ska formuleras ned. Referensgrupper och remissförfarande återstår också.

När det gäller DD gruppen har man tryckt på:

- Organisatoriska nivån
- Det gemensamma ansvaret måste betonas och förtydligas.
- Vid misstanke om psykisk störning vid missbruk skall kontakt tas med sjukvård/psykiatri, som har ett ansvar även vid beroende.
- Missbruk/beroende ska tas upp vid genomgång av psykisk störning.
- Tidsperspektiv 1-4 veckor för att få vård akut (avgiftning)
- Självordsrisk ska bedömas.
- Farlighetsbedömning för tredje person (psykiatri, eller annan med kompetensen)
- Behandling ska samordnas efter gemensam behovsanalys.
- Tillvarata den kunskap som finns och lägga ihop den mellan huvudmännen.

Redan från början har det uttalats att DD klienter ska beaktas särskilt.

Nätverkens betydelse

Representanter från svenska, norska och danska nätverket samtalar om verksamheternas möjligheter och betydelse (Elin Löfroth, Skellefteå DD-team, Ewa Jonsson, SiS, Alf Håkansson Nässjö kommun socialtjänsten, Bodil Leth Thomsen missbruksteam Århus Danmark, Amund Aakerholt, projektledare Östnorsk kompetenscenter, Norge.)

Vad är vitsen med nätverk?

Svar: Att uppmärksamma målgruppen, att den finns och att problematiken är komplex. Samla kompetens och kunskap. Det är viktigt att också koppla på forskning. Nätverksmodellen ska stimulera att vi jobbar tillsammans och att vi lär oss om varandras verksamheter och vilka roller vi kan ta för att det ska bli effektivt och möta behoven. En titt ut i rummet och en genomgång över var vi kommer ifrån. Många representanter finns från socialtjänst, landsting och SiS. Några kommer från privata verksamheter. Kriminalvården skulle behöva fler representanter...

Varför jobbar vi i nätverk?

- Ett välfärdssamhälle kräver att vi tar hand om det svagaste.
- Man ska inte behöva uppfinna hjulet varje gång...
- Få upp intresse för målgruppen
- Utveckla kunskap

Det danska nätverket är under utveckling, men inte alls lika omfattande (landsomfattande) som i Sverige. Det viktigaste är att stimulera utbildning för personal som möter denna grupp. En DD utbildning pågår för femte året nu i Danmark.

Det norska nätverket är också litet än så länge, men har fått pengar från staten för att framförallt stödja psykiatrin.

Det svenska nätverket ökar och förhoppningen är att vi också ska kunna få igång mer verksamhet regionalt. Till exempel föreläsningar länsvis. Man kan läsa om de olika verksamheterna som ingår i nätverket på hemsidan. Loggan skapades inför konferensen i Örebro 2001 (2002?) Enklaste sättet om man vill gå med i nätverket är att gå in på hemsidan:
www.sn-dd.se

Vad gör vi för nytta?

Verksamhetsplanen presenteras (finns på hemsidan). Vi behöver administrativt stöd och tänker oss kanske ett framtida samarbete med något annat nätverk eller intresseförbund (CAN eller narkomanvårdsförbundet el. dyl.) Vi har fått mer legitimitet det senaste året genom samarbete med Sveriges kommuner och landsting, socialstyrelsen, MOB och Psykiatrisamordningen.

Framåt?

Jobba tillsammans med psykiatrisamordningen och följa upp den regionala aktiviteten i kommande projekt. Vi söker nu medel via NOPUS (inom Nordiska ministerrådet) för att stimulera samverkan och utveckling för sociala verksamheter för att jobba ihop med Norge och Danmark. Det ska leda till att först få en nordisk översikt över vilka verksamheter som finns. Därefter vill vi gå vidare med att ansöka om utveckling för det som fattas.

Om vi får pengar – när kan översikten bli klar?

Förhoppningen är att det ska kunna ske under 2006. I Sverige kommer vi eventuellt att samverka med psykiatrisamordningen för den nationella kartläggningen.

Vad är DD?

Det har varit långa och många diskussioner i nätverket om vad det ska betyda. Nätverkets uppfattning lästes upp och finns formulerad på hemsidan.

Farmakologisk behandling av DD patienter Tom Palmstierna psykiater beroendecentrum i Stockholm, förtroendeläkare vid SiS.

Psykofarmaka vid DD? Vad vet vi om det? Inte mycket och därför behöver vi kanske prata om det. Kommer att beröra 3 områden:

- Principer för behandling
- Konkurrerande substanser i systemet
- Hur kan man rikta behandlingen på olika sätt på grund av det

Principer för behandling av DD

- Tillförsäkrad (måste erbjudas, långsiktig med tillgång till service)
- Närhetsprincip – i hemmiljö
- Integrerad – ska behandlas samtidigt
- Stegvis
- Engageras (etablera allians)
- Övertygas (motivation, öka medvetenheten)
- Aktiv behandling
- Återfallsprevention

Vissa läkemedel bör användas hela tiden, andra bör koncentreras till faser. Vad man måste ha med sig är att läkemedlen påverkas av missbruket. Det finns inte mycket forskning på området. Det är ett komplicerat område med låg status. Det kommer att bli nödvändigt att gå in i detta för läkemedelsindustrin... Man lutar sig ofta på forskning av en icke-missbrukande patient och på dennes reaktioner.

Missbruk kan både stärka och dölja både effekter och biverkningar, vilket gör det extra svårt. Man måste göra en kalkyl över risk baserad på kostnad och nytta (risker för ökat missbruk, minskad impuls kontroll, risk för intoxicationer vid missbruk, korstolerans/beroende)

Vad ska man göra? Allt verkar bara farligt...? Både medicinering och icke medicinering är riskfyllt. Man måste minska risken för de allra värsta konsekvenserna av ett återfall.

Farmakologiska principer

- Behandla vid rimlig misstanke på långvarig symptomgivande psykisk sjukdom oavsett skede i missbruksutveckling (psykos, manodepression, depression)
- Avgiftning av läkemedel
- Föreligger beroende/tungt missbruk?
- Kräver det minskade substansintaget farmaka?
- Bör påbörjas när patienten är beredd att gå in i behandling
- Ta hänsyn till ökad biverkningsrisk vid annan läkemedelsbehandling
- Använda tillgängliga läkemedel som är riktade mot missbruk/beroende
- Evidensen är svag och överförd från psykisk frisk kontrollgrupp
- Det finns stöd för antabus
- Campral (stöd vad gäller alkohol)
- Revia (kan minska sug)
- Subutex och metadon (möjligen för viss utvalda grupper, men medlen triggas missbruk i sig, en viss osäkerhet för metadon när det gäller psykosjukdom)
- Behandla aktivt vid risk för svåra konsekvenser av utebliven behandling.
- Depå preparat vid psykos med återfall i våldsbeteenden
- Antabus vid alkoholmissbruk kopplat till återfall i våldsbeteenden.

Vanliga sjukdomstillstånd som kräver farmakologisk behandling:

- Akuta psykostillstånd
- Vad har utlöst psykosen?

- Kortverkande preparat (kortverkande benso, atypiska neuroleptika eller sederande antihistaminer)
- Hög övervakningsgrad krävs eftersom det finns risk för andningsproblem.
- Kroniska psykosor
- Medellångvariga preparat
- Traditionella neuroleptika har en ogynnsam biverkningsprofil, finns dock i säkra depåer. Atypiska neuroleptika har en gynnsammare biverkningsprofil)
- Affektiva sjukdomar
- Vid manodepressivitet – Litium eller epileptika
- Ångestsymptom

Kan vi förebygga genom tidig upptäckt?

Agneta Öjehagen, med utgångspunkt

”Motivation – en förutsättning för varaktig förändring. Kriminalvårdens implementering av motiverande samtal (MI) C Åke Farbring, programinspektör vid kriminalvårdsstyrelsen

Metaanalyser har visat att de främsta framgångsfaktorerna i behandlingsarbete på kriminal-vårdsanstalt är att personerna själva är intresserade av att vilja förändra samt att personerna stödjer varandra, har medaktörer. Liten betydelse i behandlingsarbete har personlig oro o dyl samt social klasstillhörighet.

SBU-rapporten visade bl.a. att stödjande metoder inte har någon effekt. En slutsats var att manualbaserade metoder fungerade bäst. Samtal ska inte genomföras ”på gehör” utan för att få resultat ska samtalen vara målmedvetna och följa en manual.

”What works” är ett vetenskapligt, evidensbaserat perspektiv på vad som fungerar bäst; strukturerade, manualbaserade program. Syftet är att minska missbruk och återfall i kriminalitet. Trots att det har en ganska liten statistisk effekt har det ett stort humanistiskt värde både för brottsoffer och förövare. Banbrytande är forskare i Kanadas kriminalvård. Stora ekonomiska satsningar har gjorts i England och Wales. Där har man arbetat effektivt med implementering-en och lyckades 2004 minska brottsligheten med 5 %.

Utifrån perspektivet ”What works” finns det olika program inom kriminalvården. Bl.a. Cognitive Skills, One-to-One, ART och Våga Välja. Det är viktigt att vara noggrann vid valet av deltagarna till olika program. Metaanalyser från USA och Kanada har bl.a. visat att vissa program kan ha motsatt effekt och t.o.m. öka återfallen om de ges till lågriskklinter.

Olika möjligheter för påverkan. Ett exempel gällande rattfyllerister. Två grupper rattfyllerister undersöktes, den ena fick träffa en grupp brottsoffer, den andra fick inte träffa brottsoffer. Det visade sig sedan att det skedde fler återfall i rattfylleri bland gruppen som träffade brottsoffer än bland dem som inte gjorde det. Orsaken kan vara skam, brist på delaktighet, att man ej uppnått en tillräckligt positiv allians.

Kriminologen Magnus Hörnqvist genomförde 2001 en enkät bland fångar där frågan ”Vad krävs för att du skall sluta missbruka/fortsätta vara drogfri”? ställdes. Faktorer som skolutbildning, jobb, behandling, terapi och egen bostad uppgavs av ca 50 %. Det viktigaste var ”att jag själv bestämmer mig” vilket uppgavs av drygt 90 % av fångarna. Det är således mycket viktigt att arbeta med motivationsarbete. Det är viktigt att klienter skall vilja och kunna förändra sig, att förmedla sociala färdigheter och färdigheter i problemlösning.

Den transteoretiska förändringsprocessen (Prochaska & DiClemente) skildrar fem olika stadier: obekymrade stadiet, ambivalenta stadiet, förberedande stadiet, beslut/handling samt vidmakthållande. Här är det viktigt att utforma strategier i förhållande till det stadium klienten befinner sig i. En klinisk användning av förändringsprocessmodellen bygger på faktorerna vilja och tilltro. För det första, angelägenhetsgraden; hur mycket vill jag. För det andra, upplevelse av kompetens; hur mycket kan jag. Det finns viss kritik mot denna förklaring av förändringsprocessen, att den är alltför förenklad.

Metaanalyser har genomförts på tillämpningar av Motiverande samtal (MI):

- Det finns starkt stöd för MI när det gäller arbete med svår alkoholproblematik.
- Lovande effekter på narkotikamissbrukare.
- Stöd för diabetes, högt blodtryck och bulimi.
- Blandat resultat för rökning, ökad fysisk aktivitet, dietföljsamhet.
- Negativt utfall för minskning av HIV-riskbeteenden

Fyra grundläggande principer för att skapa inre motivation:

- Diskrepans. Öka diskrepans mellan mål och verklighet. Startmotor för förändringen är känslomässigt obehag inför den upplevda diskrepansen mellan vad som är och vad som kunde vara.
- Rulla med motstånd/argumentera inte. Höj inte konfliktnivån genom att möta motstånd med motstånd.
- Kompetens känsla. Förmedla upplevelsen ”jag kan”.
- Empati. Acceptans av klienten. Förmedla att ambivalens är naturlig. Reflektivt lyssnande är grundläggande.

Fyra tidiga strategier:

- Bekräfta
- Öppna frågor
- Reflektivt lyssnande
- Summera

MI, förhållningssätt:

- Hjälpa klienten att utforska sin referensram och sin problematik
- Ambivalens är naturlig
- Motivation är inte en egenskap och kan förändras
- Skapa diskrepans

- Rådgivaren söker förändringsliknande uttalanden

Bäst effekt har MI tillsammans med något annat behandlingsprogram. Då kan varaktiga effekter uppnås, klienterna kvarstannar i behandlingen.

Studier har gjorts för att undersöka erfarenhetens betydelse hos behandlaren. Jämförelse mellan kirurger och rådgivare i missbrukarvård. En avgörande faktor är feedback. Kirurgen får feedback på sin insats direkt, den är dessutom relativt tydlig. Rådgivaren får däremot feedback långt senare skild från själva interventionen, dessutom är feedbacken mer komplex.

I kriminalvården implementeras en manualstyrd modell, BSF (Beteende-Samtal-Förändring).

- Ett förberedande samtal och därefter fem samtal
- Klienter arbetar med övningar i eget arbetshäfte
- Samtalen följer Prochaska & DiClementes stadiemodell
- Samtalen utgår från klientens referensram men med rådgivarens styrande kompass.

Slutsatser och hypoteser:

- Det finns behov av en intervention som fokuserar på själva viljan till förändring!
- MI kan påverka viljan till förändring!
- Manualstyrda samtal enligt modellen BSF (Beteende-Samtal-Förändring) är en AMI (med monitoring av integritet) som kan höja rådgivares färdigheter i metoden...
- Rådgivare med goda färdigheter i MI kan presentera BSF på ett sådant sätt att det kan öka klienters vilja till förändring.
-

Existentiellt perspektiv på mötet med personer med dubbeldiagnos. Jan Gustafsson, Prost och psykoterapeut i Lits Pasorat

Jan inledde att berätta hur svårt det är att förklara ämnet Existentiella frågor, som vem är jag? Vad ska jag göra? Inför grupp. Dikten Tomten av Viktor Rydberg kan kanske få oss att förstå något. "Så har tomten sett släkte på släkte blomstrat, åldras, gå – men vart! Gåtan, som han inget svar fick." Tomten inser, att gåtan är alltför svår," Han slår undan sådana spörjande tankar och går för att ordna sina sysslor". Vi ställer dessa frågor som för oss ut till gränslandet, men får vi svar! Jans värderingar fick han genom sin mors morfar, som inte uppskattade dessa frågor, man ska hålla sig till verkligheten, tyckte han. Sådana frågor hade han inget svar på.

Naturvetenskapliga forskare försöker utforska naturen och vad som sker när vi dör och efter döden. De försöker knäcka den biologiska koden. Har de svaret på Gåtan? I själavårdsarbetet är samtalets början viktigt, att få samtalet flytande så att avslutet känns meningsfullt. En engelsk psykoanalytiker påstår att vi rör oss i den inre och

yttre verkligheten och dessa är fasta. Mellan dessa finns Mellanområdet där vi finner viloplats, reträttplats, plats för skapande, fantasin får flöda, platsen där vi skapar vår allsmäktighet. Vuxna människor utövar vetenskap, religion, läser litteratur, ser på konst, tolkar ickevetenskapliga frågor. Att inte veta, behärskar man inte verkligheten, Tänk om gåtan inte får svar? Finns inget! I det gåtfulla lever det verkliga. Kan vi alla svar kan vi bli Gud själv. Frågan är viktigare än svaret. Resan i Mellangården ska vara rolig.

Jan tar fram liknelser från bibeln –föräldrar.

Välsignelsen, som prästen ber över församlingen innan de går ut ur kyrkan, liknar han vid en modersgestalt- lugn och trygg. Herren är min herde – fadergestalt, som är stor och beskyddande.

Utvecklingslära av Ann Risotte, visar hur vi kan få våra barn ängsliga och oroliga om de inte blir älskade och sedda. Barns skuld känslor blir till för att de sällan blivit sedda. Barn försöker att göra föräldrar till lags, men får de dubbla budskap blir deras värld osäker och otrygg. I vuxen ålder kan barnet få dubbeldiagnos.

Jan avslutar med att vi ska Visa respekt för människan och människans tro. Tro och tvivel går han i hand. Jag fick en ny syn på dopet, vilket var helt nytt för mig: Dop betyder Doppa: På långfredagen – Död (barnet doppas i vattnet) på påskdagen uppstånden från de döda (barnet lyfts upp på sträckta armar mot himmeln) Liv. Dubbla diagnoser, dubbla möjligheter ISADORA-projektet. Presentation av Lars Merinder och Line Hyldager Århus Danmark

ISADORA-projektet är ett samarbete mellan fem länder i Europa, som finansieras av EU och startade 2002. Projektet undersöker behandling och uppföljning av DubbelDiagnoser. Genom att ha olika verktyg av material och frågeformulär kan forskarna få en bild av patienten, hur de mår , vilka behov de har, vad de skulle behöva i framtiden.

I Århus arbetar 5 st Fokusgrupper för utvärdering och behandling. I de andra städerna finns likaså 5 st Fokusgrupper och som arbetar med olika uppgifter. De andra städerna är London, Dundee, Paris Tampere, Warszawa och Cambridge.

En presentation om projektet finns på Internet ISADORA.ADVSH.NET

Varje stad har sin specialitet: t.ex. Warszawa: depr-alkohol, Århus: droger-schitzofreni. Regelbundet så träffas forskarna och delger sina resultat. De har även ställt sig frågan Om man kan forska i projekt? Personer med dubbla diagnoser flyter mellan systemen. Psykiatrin har ej diagnostiserat missbruket och missbruksenheten har ej diagnostiserat psykiatrisk diagnos. Däremellan finns det många som inte finns med i systemet och inte får vård. Bokstavsdiagnoser, som ADHD, har börjat komma med i systemet. Forskarna har upptäckt att det finns många DD inom psykiatrin. Svårigheter har varit att finna en adekvat behandling för dessa. Det är svårt att hitta en bra form på behandling för DD, prognosen blir bättre med enbart en diagnos. Bland det viktigaste i projektet är att erbjuda service och behandling.

Dubbeldiagnospatienter: Affektiva problem i kombination med mycket alkohol eller narkotika. För att kunna behandla och följa upp DD sker detta på sjukhus. Efter att behandlingen är färdig blir det uppföljning efter 3-6-9 månader. Forskarna vill kunna

bevisa att det finns skillnader mellan män och kvinnor som är färdigbehandlade. Kvinnor med DD bli mer utsatta i samhället.

Projektet testar de instrument som finns för DD samt att få en bra översättning så alla länder får lika instrument (frågeformulär). Ett standardiserat frågeformulär arbetas fram. Patienter, som kommer med i projektet, ställer upp till hundra procent. Forskarna kartlägger patientens anhöriga, vänner, livssituation. Projektet fortsätter med olika frågor. Hur går vi vidare för att utbilda patienter med DD? Utbilda personal för att i sin tur utbilda andra?

Inför framtiden vill forskarna att politiker och psykiatri ska delges den kunskapsbank som arbetas fram om DD. I framtiden hoppas forskarna att även DD ska få en bra behandling och kunna leva ett dragligt liv. I sjuksköterskeutbildningen, inriktning psykiatri, bör läran om dubbeldiagnoser ingå. Detta är forskarnas önskemål.

Erfarenheter från rättspsykiatri. Per Lindqvist, psykiater vid Beroendecentrum

Hur blir man en rättspsykiatrisk patient?

LRV (Lagen om Rättspsykiatrisk Vård)

- Rättspsykiatrisk undersökning
- Domstolen bestämmer
- Socialstyrelsen, överprövningsmynd.

Kriterier

- Brott begånget
- Allvarlig psykisk störning (nästan alla psykiska störningar, graden av sjukdom är viktig)
- Behöver sluten vård

Sluten/rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning: Utskrivning och frigivningspermissioner beslutas av Länsrätten. Omprövning var 6:e månad.

Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning: Skrivs ut av ansvarig läkare

I en framtid skall de patienter som bedöms vara farliga kunna ådömas ytterligare straff/vård efter riskbedömning.

Vårdtiderna kan ibland bli långa vid en rättspsykiatrisk klinik , kanske p.g.a. oordnad frigivningssituation.

Fördelar av att vara en rättspsykiatrisk patient

- Kontrollmöjligheterna

- Långa drogfria observationstider
- Pröva övertygelsen

Vid årsskiftet startar ett nytt konsultationsteam, öppenvårdsteam i Stockholm med beroende- vård och rättspsykiatri för patienter som skrivits ut eller har permission från LRV-vård, för frivårdens klienter samt för särskilt vårdkrävande patienter inom allmänpsykiatrin.

Kriterier för missbruk och beroende

Missbruk

Vanemässigt bruk som ger *sociala* komplikationer:

- Nedsatta prestationer i skola/hem/arbete
- Droger i "förbjudna" situationer
- Lagöverträdelse
- Fortsatt bruk trots komplikationer

Beroende

Vanemässigt bruk som ger *fysiska* komplikationer:

- Abstinens - återställarbehov, -vågar ej sluta
- Toleransökning (i hjärna eller lever)
- Vegetativa symptom
- Kontrollförlust
- Vill, men kan inte sluta
- Drogbruk prioriteras framför andra viktiga aktiviteter
- Fortsatt användning trots uppstådda komplikationer

Erfarenheter av diagnostik och behandling

Att ta ställning till vid diagnostillfället:

- Vad vet vi om det premorbida tillståndet? (dvs psykiskt tillstånd före missbruket) Ju sjukare innan desto längre återhämtningstid och desto mindre chans till full restitution (återställd)
- Kan en psykisk sjukdom ha debuterat under pågående missbruk?
- Hur var livsomständigheterna före diagnostillfället (vanligen vid avgiftning)? En längre tids klocklöshet, stress, mat/sömnbrist kräver längre återhämtningstid efter drogbruk.
- Kan drogerna ha orsakat permanenta skador som inte viker under drogfrihet? Hittills klarlagt att lösningsmedel, alkohol, amfetamin och ecstasy (trogen) ger hjärnskador.
- Symptomutvecklingen efter avgiftning. Stämmer den med en drogabstinens/drogsug eller inte? Obs! Med hänsyn till livsomständigheter och "skör" premorbid personlighet.
- Kan val av favoritdrog säga något om personen? Olika effekter av olika droger. ADHD - amfetamin.

Vad krävs för god diagnostik?

- Kunskap om olika drogers verkan under rus, under abstinens, under drogsug och under återhämtning
- Kunskap om psykiska störningars symptom och förlopp
- Korrekt information
- En god behandlingsallians med patienten så att diagnosticerandet blir en gemensam uppgift
- Tålmod, förmåga att stå ut med osäkerhet
- Drogfrihet (specialavdelning med längre tids vård med eller utan LPT?)

Obs! Viktigt att veta vilka sjukdomar som finns –inte i vilken ordning de kommer.

Drogbruk hos sjuka jmf med hos ”friska” missbrukare

- Psykiskt sjuka är mer känsliga för droger
 - a) har svårare att klara ett socialt lågdosbruk (gäller bl.a. alkohol)
 - b) små doser ger försämring av sjukdomen
 - c) vilket gör dem mindre benägna att utveckla beroende.
- Psykiskt sjuka är mer exponerade för droger (lever närmare missbruksmiljöer)
- Bland sjuka som missbrukar (jämfört med ”friska” missbrukare) är det vanligare med:
 - a) sociala problem
 - b) långvarig och dyrbar sjukhusvård
 - c) våld
 - d) kriminalitet
 - e) suicid
 - f) sexuellt överförda sjukdomar

Förekomst av psykisk störning bland missbrukare

Enligt Socialstyrelsen: ”Psykiskt störda missbrukare”, SOS-rapport 1996:14

Personlighetsstörning (inkl. antisocial PS)	65-85 %
Enbart psykopati.....	10-15 %
Medelsvår/svår depression.....	30-60 %
Schizofreni	4-5 %
Mano-depressiv sjukdom (bipolärt syndrom)	1-2 %

Hur ser patienternas behov ut:

- De har svårt att passa tider och hålla reda på öppettider/tefontider
- De har svårt att veta vem man ska vända sig till i ett givet ärende
- De har svårt att sortera och prioritera bland sina problem
- De har svårt att lita på okända
- De är splittrade och inte sällan självdestruktiva

Integrerade team

Processuellt upplagd behandling som börjar där patienten befinner sig (=rimlig målsättning).

Utan behandlingsallians ingen framgång.

Kompetens, strukturerat arbetssätt, flexibilitet, beslutsamhet och långsiktighet (tålmod) viktigt. Vårdkvalitén bestämmer outcome.(inte ideologi).

Är en patient omotiverad för att han misslyckas vid behandling?

Att våga lämna den professionella rollen utan att tappa den. Erfarenhet från 10 års DD-verksamhet i öppen vård. DD-teamet i Skellefteå och BOP-teamet i Jönköping.

Föreläsare: Elin Löfroth från DD-teamet i Skellefteå, Ulf Eek från BOP-teamet i Jönköping

BOP-teamet (beroende och svårt störda missbrukare) i Jönköping startade 1993, DD-teamet i Skellefteå 1994.

Målgruppen är densamma: Psykiskt störda missbrukare.

Varje klient behandlas under minst 3 år.

Psykiska sjukdomar enligt DSM IV:

Axel I

- Schizofreni
- Vanföreställningssyndrom
- Andra psykotiska tillstånd
- Bipolär affektiv sjukdom(manodepression)
- Eg. depression med melankoli

Axel II

- Schizotyp pst (personlighetsstörning)
- Borderline pst

Aktuella patienter:

Psykospatienter, nästan.....	50 %
Borderline	40 %
Bipolär affektiv sjukdom	10%

Missbruk/beroende av: Alkohol, narkotika, läkemedel

De båda teamen har oberoende av varandra tillskapat en likartad organisation

BOP-teamet:

- Integrerad verksamhet (sjukvård och kommun delar lokal)
- Jönköpings kommun/sjukvården
- Styrgrupp (övergripande frågor)
- Vårdenhetschef
- 2 sjuksköterskor
- 3 behandlingsassistenter
- Mobil verksamhet (kontaktmannen söker upp sina klienter)

Teamet har ingen beslutsfunktion, vårdaspekt med case management

En psykiater är knuten till teamet (Patient-~~A~~nsv~~a~~r~~i~~g Läkare)

Organisationen/teamet är knuten till individ och familjeomsorgen (IFO) samt till beroendeenheten inom psykiatrin där diagnos ställs.

Det är viktigt att se över basbehoven (bostad och försörjning) innan behandling:

Jönköping: Här har byggt små stugor för bostadslösa patienter, 25 kvm. De har idag 4 stugor samlade på ett ställe. DD-boende planeras (10 platser 2006)

Skellefteå: Här har man mycket stödboende + de har många tomma lägenheter. Den psykiska störningen blir mera påtaglig då missbruket avtar och de kan få boendestöd genom kommunpsykiatrin.

Behandlingsfaser:

- Remiss
- Alliansskapande (1-1,5 år) De har ingen uppsökande verksamhet.
- Beskrivning av livssituationen
- Integrerad behandling 1-1,5 år
- Återfallsprevention
- Tillfrisknande

Inledningsvis försöker de hitta mötesplatser som inte är ångestskapande och de befinner sig sällan i egna lokaler (alliansskapande). Vid hembesök är de två handläggare.

Alliansskapandet är viktigt, inget prat om missbruk eller psykisk hälsa. De tar i stället upp individernas intressen och försöker bemöta dem, som matintresse, musik, någon drömmer om grundskolebetyg osv. För att skapa en bra relation måste man våga lämna den professionella rollen vilket innebär att de t.ex. kan gå ut och äta eller gå och handla mat tillsammans med någon med matintresse osv.

Patienterna skrivs ut endast p.g.a. hot och våld vilket inträffat vid ett tillfälle och den patienten är nu tillbaka. De har en hög tolerans och patienten/klienten blir inte avvisad om han/hon är positiv på droger men de tar upp händelsen i behandlingen.

De har mycket lite gruppverksamhet. Ingen uppsökande verksamhet när det gäller eventuella nya klienter.

Resultat efter 10 år:

Klienter	82 st
Medelålder	33 år
Bortfall klienter	6 st
Utskrivna	37 st
Varav	11 fullgjorde programmet
.....	11 nådde steg 5 eller 6
.....	9 klienter avlidna

Behandlingsfasen:

- Aktiva försök till förändring
- Kontroll, behandling
- Regelbundna samtal
- Söka vägar att kompensera för tidigare liv och sysselsättningar

Återfallsförebyggande fas:

- Fungerande vardag
- Medveten om riskfaktorer
- Drogfri
- Medveten om stödbehov
- Varningssignaler
- Uppmärksam på riskbeteende

Förutsättningar för samverkan

- Stöd från respektive organisation
- Tydligt uppdrag
- ” målgrupp
- ” målsättning
- Klientorienterad: Vad kan vi bidra med?

Sammanfattningsvis: Teamen har få drop outs och behandlingsmodellen har visat sig vara värdefull.