

Bilaga2. Om tillstånd och åtgärder

Beskrivning av tillstånd

Vid missbruk och beroende används två olika diagnossystem: International statistical classification of diseases and related health problems (ICD) och Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). I Sverige används främst ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan DSM används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet.

Den nu gällande versionen av ICD (ICD-10) är från 1990. Ett arbete pågår inom WHO med att uppdatera ICD-10 till en kommande ICD-11. En ny version av DSM (DSM-5) har nyligen publicerats. De studier som riktlinjernas rekommendationer baseras på har dock använt tidigare versioner av DSM.

I tidigare versioner av DSM liksom i ICD-10 ingår *substansberoende*, och de båda systemens definitioner överensstämmer till stora delar. ICD-10 har även diagnosen *skadligt bruk*, medan tidigare versioner av DSM i stället hade diagnosen *missbruk*.

Beroende

För *beroende* enligt ICD-10 gäller att tre av sex kriterier ska vara uppfyllda:

1. stark längtan efter drogen
2. svårighet att kontrollera intaget
3. fortsatt användning trots skadliga effekter
4. prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser
5. ökad tolerans
6. fysiska abstinenssymtom

För *beroende* enligt DSM-IV krävs att tre av sammanlagt sju kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månaders period: 1.

behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt

2. abstinensbesvär när bruket upphör
3. intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs
4. varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget
5. betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika
6. viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas
7. fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador

Skadligt bruk

ICD-10 har även diagnosen *skadligt bruk* som innebär ett bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk.

Missbruk

För att det ska vara frågan om ett *missbruk* enligt DSM-IV krävs att minst ett av fyra kriterier är uppfyllda under en och samma tolv månaders period:

1. upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet
2. upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet
3. upprepade kontakter med rättsväsendet till följd av missbruket
4. fortsatt användning trots återkommande problem.

Substansbrukssyndrom

I DSM-5 ersätts missbruks- och beroendediagnoserna med det samlade begreppet *substansbrukssyndrom*, som är en kombination av de tidigare sju beroendekriterierna och de fyra missbrukskriterierna i diagnosen. Dock är kriteriet om kontakter med rättsväsendet ersatt av

kriteriet ”begär/sug”. För diagnos enligt DSM-5 krävs att minst två kriterier är uppfyllda.

Svårighetsgraden anges som mild om 2–3 kriterier är uppfyllda, måttlig om 4–5 kriterier är uppfyllda och svår om mer än 5 kriterier är uppfyllda.

Beskrivning av psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder

Benämningen psykologisk och psykosocial behandling utgår från klassifikationen av vårdåtgärder (KVÅ) i Socialstyrelsens hälsodataregister.

Flera av de åtgärder som beskrivs i denna bilaga finns även beskrivna i Socialstyrelsens metodguide för socialt arbete. Det är möjligt att söka i metodguiden på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide.

ACRA eller ACC

ACRA (från engelskans ”adolescent community reinforcement approach”) eller ACC (från engelskans ”assertive continuing care”) är behandlingsmetoder för ungdomar, och avser oftast eftervårdsbehandling efter avslutad behandling i öppen vård eller placering. Interventionerna genomförs i eller runt ungdomens boendemiljö. Vid ACRA (vilket motsvarar CRA för vuxna, se beskrivning av CRA nedan) görs en funktionsanalys av ungdomens behov, styrkor och svårigheter, varefter färdigheter som syftar till upprätthållande av nykterhet eller drogfrihet tränas. ACC är en utveckling av ACRA med tillägg av case management.

Programmet kan innehålla en mängd olika interventioner som syftar till kvarhållande av effekter av tidigare behandling och förebyggande av återfall i den aktuella livsmiljön. Professionella och föräldrar involveras vid behov och kan ha viktiga funktioner i programmet. ACRA eller ACC ges vanligtvis under en tremånadersperiod men kan även pågå längre.

För att utöva ACRA eller ACC bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

BSFT

BSFT (från engelskans ”brief strategic family treatment”) är en familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende, eller som har utåtagerande eller antisociala problem. Behandlingen är manualbaserad och liknar den familjebehandlingsmodell som ofta praktiseras i Sverige, det vill säga systemisk eller strukturell familjeterapi. Centralt är att engagera familjen under hela behandlingen. Behandlingen genomförs vanligtvis i öppen vård cirka en gång i veckan, under 8–24 sessioner. Antalet sessioner bestäms utifrån behoven hos familjen.

För att utöva BSFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling.

CRA

CRA (från engelskans ”community reinforcement approach”) är en metod som kombinerar insatser riktade mot personens missbruk eller beroende med insatser som handlar om boende, arbete, fritid och sociala kontakter. Kontakter och insatser i närmiljön används som förstärkande moment för att uppnå en förändring av missbruket eller beroendet. Metoden kombinerar exempelvis beteendeanalys (kartläggning av vad som utlöser användning av alkohol och narkotika och vad det får för konsekvenser), färdighetsträning, återfallsprevention (se separat beskrivning nedan), jobbcoachning och familjerådgivning. Motiverande samtal (se separat beskrivning nedan) är en samtalsmetodik som kan användas inom CRA.

För att utöva CRA bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden (inklusive utbildning i återfallsprevention).

Funktionell familjeterapi

Funktionell familjeterapi (FFT, från engelskans ”functional family therapy”) är en familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende, eller med utåtagerande eller

antisociala problem. Insatsen bygger på systemteori, kommunikationsteori samt beteendeterapeutiska principer. Metoden är manualbaserad och liknar systemisk eller strukturell familjeterapi (som är etablerad i Sverige).

Interventionen fokuserar bland annat på att omstrukturera bristande familjekommunikation, där så kallade positiva omformuleringar är viktiga för att förbättra familjens funktion. Behandlingen ges vanligtvis i öppen vård med mellan 8–12 terapitimmars, men upp till 30 timmar förekommer. Längden styrs av familjens behov.

För att utöva FFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling.

Förstärkningsmetod

Förstärkningsmetod (CoM, från engelskans ”contingency management”) används vanligtvis i kombination med annan psykologisk och psykosocial behandling. Det är en beteendeterapeutisk metod som går ut på att man belönar och förstärker önskvärda beteenden (i detta fall drogfrihet) med poäng. Ett poäng kan likställas med en voucher eller pollett som i sig inte är värd något. Dessa kan dock vid bestämda tidpunkter lösas in mot något som personen ifråga gärna vill ha, förutsatt att drogfrihet kunnat bekräftas (oftast genom urinprov).

Åtgärden kräver hög grad av enhetlighet i förhållningssätt hos personalen när det gäller när belöningar ska ges och hur personalen ska utföra de olika momenten. Återkommande avstämningar under handledning bedöms vara viktigt.

För att utöva CoM bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende och adekvat utbildning i metoden.

Integrerad behandlingsmetod

Integrerad behandlingsmetod ges vid samsjuklighet och avser här att samma behandlare inom ramen för samma psykologiska och psykosociala behandling fokuserar både på patientens eller klientens

missbruk eller beroende och på den psykiska sjukdomen. Ett exempel är kognitiv beteendeterapi i grupp som utvecklats specifikt för att behandla klienter eller patienter med samtidigt alkoholmissbruk eller beroende och depression. Under varje session fokuserar gruppen både på missbruket eller beroendet och på depressionen samt på hur de båda tillstånden interagerar och påverkar varandra.

Samordning av behandlings- och stödinsatser, som ofta benämns integrerad behandling, beskrivs under psyksociala stödinsatser.

För att utöva integrerad behandlingsmetod bör behandlaren ha god kunskap om missbruk och beroende och psykiska tillstånd, och den kompetens som krävs för den specifika behandlingsmetod som ges i integrerad form.

Kognitiv beteendeterapi eller återfallsprevention

Kognitiv beteendeterapi (KBT) syftar generellt till att underlätta för personer att förstå och hantera problematiska tankar, känslor och beteenden samt att skapa mer realistiska och funktionella sådana. När KBT används inom missbruks- och beroendevård ingår vanligtvis återfallspreventiva inslag med fokus på missbruket eller beroendet. Tillsammans med behandlaren formulerar klienten eller patienten mål för vad han eller hon vill uppnå med behandlingen och arbetar sedan enligt en fastlagd struktur för att nå dessa mål. Man använder sig av metoder såsom kartläggning av tankar, känslor, reaktioner och beteenden samt exponering. Hemuppgifter är en viktig del av behandlingen, där nya förhållningssätt testas och följs upp. Behandlingen kan ske individuellt eller i grupp.

En närliggande behandling är återfallsprevention (ÅP). ÅP utgår vanligtvis från samma teori som KBT vilar på, och inslag av de metoder som används inom KBT kan förekomma. ÅP syftar till att ge yttre (beteendeinriktade) och inre (kognitiva) färdigheter i att påverka såväl återfalls- som avhållsamhetsprocessen. De yttre färdigheterna handlar bland annat om att kunna tacka nej till alkohol på ett för individen fungerande sätt. De inre färdigheterna handlar om att deltagarna tillägnar sig ökad förmåga att känna igen, undvika och hantera risksituationer för återfall. Behandlingen kan också innehålla inslag om hur man ska hitta ett stödjande umgänge och nätverk, och om att ha en balanserad livsstil.

För att utöva KBT bör behandlaren ha grundläggande psykoterapiutbildning och god kunskap om missbruk och beroende. För att utöva ÅP bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Kort intervention

Syftet med kort intervention är att göra personer med ett riskbruk, skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika medvetna om vilka hälsorisker och andra negativa konsekvenser de utsätter sig för samt att motivera dem till att förändra sina vanor. Olika former av strukturerad samtalsmetodik kan tillämpas, vanligt är motiverande samtal (se separat beskrivning nedan).

Det finns inte några allmänt vedertagna definitioner av kort intervention när det gäller val av samtalsmetodik, samtalets längd eller antalet samtal. Vanligtvis pågår ett samtal i cirka 5–20 minuter, men det kan också pågå upp till cirka 45 minuter. Kort intervention består oftast av ett samtal, men kan också inkludera upp till fem samtal.

För att utöva kort intervention bör behandlaren ha relevant grundutbildning och god kunskap om missbruk och beroende.

MATRIX

MATRIX är en öppenvårdsmodell utformad för personer som är beroende av centralstimulerande droger. Modellen kombinerar delar från olika psykosociala behandlingsmetoder (tolvstegsbehandling och återfallsprevention) med socialt nätverksstöd (självhjälpsgrupp och familjeprogram) och regelbundna urinprover.

MATRIX pågår 16 veckor med sammanlagt 52 träffar. Behandlingen inleds med en intensivfas där klienter och anhöriga får utbildning om beroende av centralstimulerande droger, genomgår färdighetsträning för att nå och upprätthålla drogfrihet, får stöd till att delta i tolvstegsinriktade självhjälpsgrupper och blir erbjudna att delta i sociala stödgrupper inriktade på resocialisering. Anhöriga uppmanas att ett par gånger varje vecka delta i utbildningen och i gemensamma familjesessioner. Efter den intensiva fasen minskar de anhörigas deltagande medan klienten fortsätter att delta i gruppterapi

och självhjälpgrupper, samt inleder kontakt med andra stödverksamheter.

Efter 16 veckor fortsätter eftervård, en gång per vecka.

Certifiering som behandlare i modellen genomförs av The Matrix Institute. Behandlare som tillämpar MATRIX ska ha utbildning i grupp- och individualterapi och bör ha grundläggande kunskaper i kognitiv beteendeterapi, god kunskap om missbruk och beroende samt erfarenhet av att arbeta med familjer. En kostnadsfri manual – *Counselor's family education manual. Matrix intensive outpatient treatment for people with stimulant use disorder* – finns tillgänglig på SAMHSA:s (The substance abuse and mental health services administration) webbplats, store.samhsa.gov.

Motiverande samtal

Motiverande samtal (även kallat MI, från engelskans ”motivational interviewing”) är en samtalsmetodik som ursprungligen utvecklades för alkoholproblem. I dag används metoden för livsstilsrelaterade faktorer generellt i verksamheter som hälso- och sjukvård, kriminalvård, socialtjänst, psykiatri och skola.

Motiverande samtal syftar till att öka personens egen motivation till beteendeförändring, i detta fall när det gäller alkohol- eller narkotikabruk. Genom samtalen görs klienten eller patienten medveten om den bild som han eller hon har av sig själv och sina alkohol- eller narkotikaproblem, hur väl den bilden stämmer överens med verkligheten och vilka vägar som finns till förändring. Motiverande samtal kan användas som samtalsmetodik vid kort intervention och som tillägg till psykologisk och psykosocial behandling eller läkemedelsbehandling.

För att utöva motiverande samtal bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt en utbildning i metoden som omfattar 3–4 dagar. MINT-Nordic har utfärdat rekommendationer för vad utbildningar i metoden av olika längd och med olika gruppstorlekar bör innehålla. Enligt dessa bör inläringen bestå av utbildning, fortlöpande handledning och återkoppling på egna inspelade samtal.

Motivationshöjande behandling

Motivationshöjande behandling (MET, från engelskans ”motivational enhancement therapy”) vilar på motiverande samtal med tillägget att det finns en manual för hur behandlingen ska genomföras (se separat beskrivning av motiverande samtal ovan).

Behandlingens utgångspunkt är en kartläggning där medicinska test och frågeformulär av olika slag ingår. Resultatet av kartläggningen återkopplas vid ett samtal med klienten eller patienten, vid vilket en anhörig rekommenderas att närvara. Därefter följer ytterligare 3–4 uppföljande samtal baserade på motiverande samtal och som är inriktade på hur förändring ska kunna ske.

För att utöva MET bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt utbildning i motiverande samtal.

MDFT

MDFT (från engelskans ”multidimensional family therapy”) är en familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende och utåtagerande eller antisociala problem samt till ungdomarnas föräldrar. Behandlingen kan ges både som intensivbehandling och som dagbehandling samt inom ramen för olika verksamheter, såväl på institution som i form av öppen vård. Den kan även ges i hemmet. Omfattningen varierar mellan 1–3 gånger i veckan under en tidsrymd av 4–6 månader beroende på problemkaraktär och andra förutsättningar.

Behandlaren arbetar med fyra olika domäner utifrån den risk- och skyddsprofil som tagits fram för familjen. Ungdomsdomänen har fokus på att motivera ungdomen till behandling och att förbättra kommunikation och problemlösning. Fokus i föräldradsdomänen är att till exempel engagera föräldrarna i behandlingen och att förbättra gränssättning och monitorering. Fokus i den interaktionella domänen är att till exempel minska familjekonflikter och öka den emotionella sammanhållningen i familjen samt förmågan att lösa familjerelaterade problem. Inom den extrafamiljära domänen handlar det om att öka familjens kompetens i de andra sociala sammanhang som ungdomen befinner sig i.

För att utöva MDFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling.

Multisystemisk terapi

Multisystemisk terapi (MST, från engelskans ”multisystemic therapy”) är en är en manualbaserad familjeterapeutisk metod som ges till ungdomar med substansbruk, missbruk eller beroende och utåtagerande eller antisociala problem samt till ungdomarnas föräldrar. Syftet med insatsen är att påverka de faktorer som antas bidra till ungdomens problem. Dessa faktorer kan finnas hos personen själv, i familjen eller i de sociala sammanhang som ungdomen och familjen befinner sig.

MST grundar sig på socialekologiska och familjesystemiska teorier samt på kunskap om risk- och skyddsfaktorer för antisocialt beteende hos ungdomar. MST består inte av en fast uppsättning interventioner, utan integrerar framför allt kognitiva, beteendeterapeutiska och familjeterapeutiska tekniker. Innehållet styrs av nio behandlingsprinciper som bland annat handlar om att betona det positiva och tillvarata familjens styrkor. De interventioner som används ska uppmuntra till ansvarsfullt beteende hos familjemedlemmarna, vara tydligt definierade och handlings- och målinriktade. De fokuserar på här och nu, och ska vara anpassade till ungdomens ålder och behov samt genomföras på ett sätt så att familjen kan möta framtida svårigheter på ett bättre sätt.

Behandlingen ges ofta i hemmet och involverar hela eller delar av familjen. Under behandlingstiden, ofta 4–6 månader, har terapeuten jour och kan nås av familjen på telefon dygnet runt. Metoden är inte upplagd utifrån fasta psykoterapitimmar utan behandlaren arbetar med familjen utifrån de behov som finns. Eftersom interventionen är skraddarsydd kan insatser vid behov även ske till exempel i skolan eller i ungdomens kamratgrupp.

För att utöva MST bör behandlaren ha relevant grundutbildning (till exempel socionom, psykolog eller motsvarande), adekvat utbildning i den aktuella metoden, god kunskap om missbruk och

beroende och om barns och ungas utveckling, och vara förtrogen med systemteori och familjeterapeutisk behandling. För verksamheter som vill använda metoden ställs krav på licensavtal med det amerikanska företaget MST Services Inc.

Nätverksterapi

Nätverksterapi (NT) är en insats där personer i klientens eller patientens personliga sociala nätverk (familj, vänner, arbetskamrater etc.) involveras i behandlingen i syfte att stödja ett positivt utfall. NT är en manualbaserad modell som vilar på kognitiva och beteendeterapeutiska principer. Modellen syftar till att använda nätverkets medlemmar som samarbetspartners för att mobilisera konstruktiv stöd och gemenskap, främja drogfrihet och bidra till att patienten eller klienten stannar kvar i och tar till sig behandling.

Interventionen kan delas in i tre faser där den första genom en strukturerad kartläggning syftar till att identifiera stödjande (drogfria) personer i klientens sociala nätverk och att kontakta dessa personer och bjuda in till att delta i de följande sessionerna. Den andra fasen syftar till att bygga upp, engagera och mobilisera det sociala nätverket för att kunna utgöra ett stöd för förändring. Fas två kan även innefatta utbildningsinsatser till nätverksmedlemmarna. Fas tre har fokus på framtiden med målet att skapa goda förutsättningar för det sociala nätverket att fungera stödjande när behandlingen är avslutad.

I de studier som riktlinjerna utgår från omfattar NT två sessioner per vecka under 24 veckor och inkluderar dels individuella sessioner och dels nätverkssessioner.

För att utöva NT bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden. **Parterapi**

I parterapi enligt BCT (från engelskans ”behavioral couples therapy”) behandlas personen med missbruk eller beroende tillsammans med sin (samboende) partner. BCT har två huvudsakliga komponenter: dels interventioner som fokuserar på missbruket och som syftar till att förbättra förutsättningarna för avhållsamhet, dels relationsfokuserade interventioner som syftar till att främja positiva inter-aktioner och konstruktiv kommunikation mellan partnerna.

Målet är att skapa en positiv utveckling genom att engagera den icke-missbrukande partnern. Behandling kan ske enskilt, med båda parterna närvarande och i grupp.

I den tidiga behandlingsfasen koncentreras terapin på att förflytta fokus från negativa känslor och interaktioner som rör missbruket till positivt ömsesidigt utbyte mellan parterna. Senare i behandlingen ligger fokus på sådant som att förbättra paret's förmåga att kommunicera sinsemellan, problemlösningstrategier, att förhandla kring överenskommelser om beteendeförändring och att utforma strategier för att främja fortsatt tillfrisknande.

För att utöva parterapi bör behandlaren ha grundläggande psykoterapiutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Psykodynamisk och interaktionell terapi

Psykodynamisk terapi (PDT) och interaktionell terapi (IPT) är två närliggande terapiformer som båda syftar till större medvetenhet om samt bearbetning och hantering av känslomässiga konflikter och reaktioner, vilka kan utgöra bakomliggande och vidmakthållande faktorer till alkohol- eller narkotikaberoendet. Syftet är att öka personens självkänedom och möjlighet att förhålla sig till och hantera sina reaktioner och livsomständigheter. Behandlaren är mer aktiv än vad som är vanligt i klassisk psykodynamisk terapi och behandlingen är ofta mer strukturerad.

IPT (som motsvarar interpersonell terapi vid till exempel depression) fokuserar framför allt på reaktioner och förhållnings- sätt i aktuella relationer. IPT bedrivs vanligtvis som gruppterapi och PDT bedrivs både individuellt och i grupp. Terapiformerna kan ges som korttidsterapi på cirka 8–15 sessioner eller som långtidsterapi på 1–2 år.

För att utöva PDT och IPT bör behandlaren ha grundläggande psykoterapiutbildning och god kunskap om missbruk och beroende.

SBNT

SBNT (från engelskans ”social behaviour network therapy”) bygger på en integrering av kognitiv beteendeterapi eller återfallsprevention, par- och nätverksterapi och de sociala aspekterna av CRA (se

separata beskrivningar av de olika metoderna). Interventionen utgår från att social interaktion och stöd från det sociala nätverket är centralt för ett positivt behandlingsutfall och för att en person ska kunna upphöra med sitt missbruk eller beroende. Metoden kan även användas för personer som saknar ett stödjande socialt nätverk i syfte att hjälpa dem att utveckla konstruktiva nätverksrelationer.

Tolvstegsbehandling

Tolvstegsbehandling (ibland kallad ”twelve-step facilitation” (TSF) eller Minnesota-modellen (MM)) är en strukturerad behandling som tillämpar Anonyma alkoholisters (AA) tolv steg för tillfrisknande och som förbereder för deltagande i AA eller andra liknande självhjälpsgrupper (till exempel Anonyma narkomaner, NA). Tolvstegsbehandling ska dock inte blandas ihop med deltagande i självhjälpsgrupperna. Missbruk har inom AA setts som en sjukdom som går att behandla med beteendeförändring.

Tolvstegsbehandling innebär att klienten eller patienten arbetar med att få insikt i sitt beroende och om möjligheter till förändring genom att ta emot stöd, inventera egna hinder och bearbeta dessa med gruppens hjälp. Den inkluderar också bearbetning av skam- och skuldproblematik och identitet som hindrar tillfrisknande. Behandlingen sker vanligtvis i grupp, men kan också ges individuellt.

Utbildning till alkohol- och drogbehandlare med tolvstegsinriktning ges med varierande längd av flera olika utbildningsanordnare. En vanlig bakgrund är att man har egna erfarenheter av tolvstegsprogrammet genom deltagande i AA, NA eller anhörigrupper som AI-Anon.

Webbaserad behandling

Webbaserad behandling är en behandling som förmedlas via internet och som inkluderar kontakt och återkoppling från en behandlare. Deltagaren får textmaterial och uppgifter att göra på egen hand i hemmet.

För att utöva webbaserad behandling bör behandlaren ha god kunskap om missbruk och beroende och den kompetens som krävs för den specifika behandlingsmetod som förmedlas via internet.

Beskrivning av psykosociala stödinsatser

Al- eller Nar-Anon-inspirerade stödprogram

Al- eller Nar-Anon-inspirerade stödprogram är till för anhöriga till personer med alkohol- eller narkotikamissbruk eller beroende. Al-Anon är en självhjälpsrörelse för anhöriga till alkoholister, och Nar-Anon är motsvarande självhjälpsrörelse för anhöriga till narkomaner. Stödprogrammen leds dock av professionella, och ska inte blandas ihop med självhjälpsrörelserna. Stödprogrammen har även utformats som ett manualbaserat program, Al-Anon facilitation treatment (AFT), som finns i en svensk version för anhöriga till personer med psykisk samsjuklighet.

Den konkreta utformningen av stödprogrammen kan skifta något. Gemensamt för dem alla är att de innehåller interaktiva föreläsningar om beroende, om anhörigas olika coping-strategier och om Al-Anons och Nar-Anons filosofi. Centralt är att programmen är icke-konfrontativa, och personen som missbrukar eller är beroende deltar inte tillsammans med sina anhöriga.

För att utöva Al- och Nar-anon-inspirerade stödprogram bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av arbetsförberedande träningsmodeller

Arbetsförberedande träningsmodeller är primärt utformade för att öka deltagarnas anställningsbarhet genom att förmedla kunskaper och praktiska färdigheter som behövs för anställning inom ett visst yrke eller bransch. Åtgärden kan utöver specifik yrkesträning även inbegripa ett vitt spektra av insatser som jobbsökarstrategier, insatser för ökad självkänsla och självförtroende samt öka motivationen att arbeta.

Modellen föreskriver en gradvis introduktion till arbetsmarknaden, vilket skiljer den från sysselsättningsfrämjande insatser i form av individanpassat stöd till arbete.

Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS-modellen

IPS-modellen (från engelskans ”individual placement and support”) är en form av arbetslivsinriktad rehabilitering. Det är en vidareutveckling av metoden Individanpassat stöd till arbete. Modellen riktar sig till personer som är motiverade att arbeta. Utgångspunkten för IPS-modellen är ett avlönat arbete på vanliga arbetsplatser med tillgång till kontinuerligt stöd och service. Stödet kan omfatta exempelvis jobbcoacher, arbetsplatsförlagd handledning och olika typer av mentorprogram.

Modellen kännetecknas av sex principer:

1. Målet med deltagande är en avlönad anställning på den reguljära arbetsmarknaden.
2. Processen med att söka arbete inleds direkt, i stället för att klienten först genomgår arbetsmarknadsutbildning.
3. Den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skräddarsys efter klientens önskemål och val.
4. Arbetsrehabiliteringen är en central komponent i behandlingen. Om andra vårdbehov finns integreras de i IPS-modellen.
5. Stödet är individanpassat och fortsätter så länge det behövs.
6. Klientens utveckling bedöms kontinuerligt och baseras på erfarenheter av reguljärt arbete.

Boendeinsatser i form av boendetrappa

Boendetrappa är en modell för hur boendeinsatser kan arrangeras för att hjälpa människor som är hemlösa tillbaka till en egen bostad eller stabilt boende. Modellen bygger på att personen kvalificerar sig för en egen bostad genom att ta ett antal steg i en viss ordning, till exempel från härbärge, lågtröskelboende vidare till träningslägenhet och andra- handskontrakt. Det gäller att träna sig i att klara ett eget boende för att så småningom få ett eget hyreskontrakt (dock ingår inte boendeträning, utan den enskilde förutsätts vanligen hantera det själv).

Boendetrappan förväxlas ibland med modellen vårdkedja (se separat beskrivning nedan). Skillnaden är att vårdkedja utgår från ett vård- och behandlingsperspektiv i varje steg, vilket inte boendetrappan gör. Däremot kan det ingå steg i trappan som

innehåller vård eller behandling, som till exempel vårdboenden, halvvägshus och utslusningslägenhet.

Boendeinsatser i form av bostad först

Bostad först (eller ”housing first”) är en relativt ny modell för hur hemlöshet kan hanteras. Grundtanken är att hemlösa personer först och främst ska få en bostad och sedan erbjudas fortsatt stöd och vård, vilket dock inte är en förutsättning för att få bostaden. Fokus är på att uppnå boendestabilitet och i andra hand erbjuda stöd för att hantera annan problematik, som till exempel psykiska problem och missbruk.

Modellen bostad först (enligt Pathways to Housing Inc:s definition) innebär att ett eget bostadskontrakt i det ordinarie boendebeståndet är första steget i rehabiliteringsprocessen. Stödinsatsen består av någon form av case management, oftast ACT (se separat beskrivning under case management i form av integrerade eller samverkande team).

De krav som ställs på klienten – förutom de krav som normalt ställs på en hyresgäst – är att minst 30 procent av klientens inkomst går till hyran och att de tar emot hembesök minst en gång per vecka. Således ställs inga krav på nykterhet eller deltagande i behandling.

Boendeinsatser i form av vårdkedja

Vårdkedja (eller ”treatment first/continuum of care”) är en modell för hur vård- och stödinsatser kan arrangeras för att hjälpa hemlösa personer med missbruk eller psykiskt funktionshinder tillbaka till ett stabilt boende. Detta sker genom att först behandla bakomliggande problematik (missbruk eller psykisk ohälsa) och därefter erbjuda en egen bostad. Modellen påminner om modellen Boendetrappa, men fokuserar främst på stöd- och vårdinsatser.

I praktiken kan utformningen variera, men en vårdkedjemodell för att hjälpa hemlösa personer med missbruks- och psykiska problem börjar oftast med någon form av uppsökande verksamhet med erbjudande om boende i härbärke eller lågtröskelboende. Därefter erbjuds behandlings- eller vårdboende följt av utslusningsboende eller halvvägshus, träningslägenhet eller sociala kontrakt, och slutligen en egen lägenhet.

Uppflyttningen i vårdkedjan är villkorad och beroende av att man följer de regler som ställts upp, som till exempel krav på nykterhet och att behandlingsplaner följs. Ett exempel är så kallat villkorat drogfritt boende, där tydliga krav är uppställda för att få vara kvar i programmet. Ett annat exempel är ”integrated housing services” (IHS). Detta program präglas av att vårdgivaren äger eller hyr bostaden och att alla eller merparten av lägenheterna i husen bebos av programmets klienter. Boendet, vård och behandling är ofta integrerat i samma byggnad.

Case management i form av integrerade eller samverkande team

Målgrupp för case management i form av integrerade eller samverkande team är i riktlinjerna personer med missbruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom. Åtgärden innebär att ett multiprofessionellt team samordnar och ger vård- och stödåtgärder. Oftast erbjuds såväl behandling (både av missbruket eller beroendet och av den psykiska sjukdomen) som psykosociala stödåtgärder av teamet, men i vissa fall erbjuds i stället behandlingen eller insatserna utanför teamet.

Ett sätt att organisera åtgärden är enligt ACT-modellen (från engelskans ”assertive community treatment”) där alla insatser erbjuds av teamet och inkluderar dygnet runt-kontakt. Men åtgärden kan även organiseras med andra mindre intensiva former av teambaserad case management.

Behandlingen och stödet är individanpassat, och pågår så länge det bedöms nödvändigt för att underlätta personens vardag. Ansvar för klienterna kan delas av hela teamet (gemensam case load), men i samverkande team har en teammedlem ett större individuellt ansvar. I de fall case managern har egna klienter ses teamet som en resurs där klienterna diskuteras med resten av teamet. Uppsökande verksamhet är ett grundläggande inslag, men förekommer i olika stor utsträckning. Även omfattningen av krisberedskap kan variera.

För att arbeta med teambaserad case management bör personalen ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende och psykiska tillstånd samt adekvat utbildning i den modell som utövas.

CST

CST (från engelskans ”coping skills training”) är ett stödprogram för anhöriga till personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Programmet har sin teoretiska grund dels i Al-Anons erfarenheter angående så kallat möjliggörande (se separat beskrivning av Al-Anon-inspirerade stödprogram ovan), dels i senare forskning om anhörigas copingstrategier.

En inledande informationssession beskriver skillnaden mellan negativ och positiv coping. Deltagarna får skriftligt material som tar upp rollmönster och beteendemönster i familjer där en person missbrukar och får besvara frågor om egna rollmönster och copingstrategier. De efterföljande sessionerna har olika teman som exempelvis familjeanpassning, roller, relationer och sexualitet, isolering och sociala nätverk samt repetition och formulering av mål för framtiden.

Mellan de olika sessionerna för deltagarna dagbok över kritiska situationer, vilka diskuteras under sessionerna. Programmet ges vanligen som gruppinsats i öppen vård, men kan också ges som individuella sessioner. Programmet varierar i omfattningen 5–8 veckor, och med 1–2 sessioner per vecka.

För att utöva CST bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

CRAFT

CRAFT (från engelskans ”community reinforcement and family training”) är en manualbaserad intervention som har utformats i anslutning till CRA (se separat beskrivning ovan). Syftet med interventionen är att hjälpa anhöriga att förmå en person med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika att söka sig till och ta emot behandling. Interventionen syftar också till förbättrade familjerelationer och till förbättrad hälsa och välbefinnande för de anhöriga (oavsett om den missbrukande personen deltar i behandling eller inte). CRAFT bygger på icke-konfrontativa, KBT-orienterade terapeutiska strategier.

Under programmet lär den anhöriga sig olika färdigheter för att uppmuntra till drogfrihet, skapa förutsättningar för aktiviteter som

kan utgöra drogfria alternativ, och motivera och stärka den missbrukande personen att söka och ta emot behandling. Interventionen inkluderar också träning i kommunikationsfärdigheter och i att identifiera och hantera (potentiellt) hotfulla och våldsamma situationer. Programmet är uppbyggt kring regelbundna sessioner i öppen vård (vanligen 12 sessioner under max 6 månader) och kan ges antingen i grupp eller individuellt.

För att utöva CRAFT bör behandlaren ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i metoden.

Individuell case management i form av strengths model

Målgrupp för individuell case management enligt strengths model är i riktlinjerna personer med missbruk eller beroende som har behov av samordning. Det kan till exempel vara personer med låg funktionsnivå och som inte själva klarar av att samordna sina behandlings- och stödinsatser. Case management enligt strengths model fokuserar på personens förmågor och möjligheter och självbestämmande när det gäller form, inriktning och innehåll i de insatser som planeras och genomförs.

Case managerns uppgift är att utnyttja de resurser som finns i samhället genom att aktivt samordna insatser och uppmuntra till samverkan mellan olika aktörer. Uppsökande verksamhet är det arbetssätt som föredras, vilket innebär att arbetet ska bedrivas utanför kontorsmiljö. Case managern har krisberedskap under dagtid. Antalet klienter per case manager ska enligt modellen inte vara fler än 20.

För att arbeta med case management bör personalen ha relevant grundutbildning, god kunskap om missbruk och beroende samt adekvat utbildning i den modell som utövas.

