



Till
Socialstyrelsen

Synpunkter på Socialstyrelsens förslag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (remissvar)

Skyddsvårnets i Stockholm styrelse har, utan att vara anmodad därtill, beslutat avge synpunkter på rubricerade riktlinjer (remissversion).

Skyddsvårnet i Stockholm arbetar, från två olika synvinklar, i en position mellan kriminalvård och socialtjänst. Dels har Skyddsvårnets uppgift, historiskt sett, alltid varit att ge stöd och behandling åt människor, som frigivits ur eller r på väg att friges ur kriminalvård. Dels arbetar Skyddsvårnet numera med verksamheter riktade till den kommunala socialtjänsten. I båda fallen har de klienter vi rekryterar ofta problem med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Skyddsvårnet har en samlad erfarenhet baserad på många decenniers verksamhet av öppen och sluten vård inom dessa fält.

Med stor tillfredsställelse hälsar vi tillkomsten av nationella riktlinjer. Det har länge saknats ett uttryck för en samlad uppfattning om hur missbruks- och beroendevården bör bedrivas. Detta vård- och omsorgsfält är känt för sina, ibland ideologiskt konjunkturstyrda, skiftningar, sin splittring och sina motsägelser. Från ett praktiskt perspektiv har det länge varit väl känt att vård och behandling i samband med missbruk eller beroende gynnas av samlade insatser med hög grad av kontinuitet under längre perioder. Att socialstyrelsen nu således utarbetat samlade riktlinjer för såväl den medicinska vården som socialtjänsten kan bara tjäna patienterna/klienterna.

Skyddsvårnet kommer i det följande att endast beröra *dels* vissa aspekter av riktlinjerna som vi uppfattar som konstruktiva *dels*, och framför allt, punkter där vi vill anmäla en avvikande eller modifierande uppfattning. Vi följer riktlinjeförslagets kapitel- och avsnittsindelning. De punkter vi främst riktat in oss på i det senare avseendet är punkter där vi, rätt eller fel, uppfattar riktlinjeförslagets rekommendationer eller uppmaningar riskerar överskrida gränsen för den enskildes integritet eller på annat sätt kan uppfattas mindre gynnsamma för arbetet med klienter och patienter. Formuleringar i nationella riktlinjer kan antas ha stor betydelse för hur enskilda vårdarbetare tolkar sina handlingsutrymmen och handlingsinriktningar.

Kapitel 1. Inledning

Gemensamma termer

Strävan att formulera termer som kan vara gemensamma för hälso- och sjukvård och socialtjänst inom detta vårdområde är i och för sig lovvärd. Det är sålunda positivt att vi kan få enhetliga termer för *beroendevård*, *missbruk* respektive *beroende* och en tydlig definition av begreppet *behandling*.

Vi är däremot inte helt ense med Socialstyrelsens, i texten uttryckta, strävan att fullt ut formulera en enhetlig terminologi (s. 14). Visserligen anges att en gemensam terminologi på sikt bör utvecklas *där så är möjligt*. Vi menar att denna reservation bör tas mycket seriöst. Det är inte endast administrativa, lagmässiga och innehållsliga skillnader som utgör hinder för en gemensam terminologi. Där finns också teoretiska och metodologiska skillnader mellan de båda vårdområdena liksom betydande skillnader i själva mötena mellan patient och hälso- och sjukvård respektive klient och socialtjänst som motiverar skilda språkbruk. Språket, terminologin upprätthåller de skilda karaktärerna på de relationer som upprättas inom respektive vårdområde. En språklig (terminologisk) nivellering riskerar att bl.a. skapa också en kompetensmässig nivellering som är allt annat än eftersträvansvärd för den enskilde och hans väg ut ur missbruksberoende. Det är, som vi ser det, angeläget både att skilda språkvärldar kan mötas och att de skilda professionerna bibehåller var sina egna identiteter (bl.a. via språket) men också respekten för den andre och dennes professionella identitet. Det är kanske snarare så att socialtjänstens begreppsvärld bör stärkas genom en högre egen precision. Den viktiga länkningen bör kunna ske genom att parterna tar varandras perspektiv och samtidigt behåller det egna.

Det är tillfredsställande att begreppet *behandling* föreslås få en enhetlig definition genom de föreslagna fyra kriterierna. Det är däremot mindre tillfredsställande att man gör den anförda åtskillnad mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd där det sistnämnda begreppet inte endast definieras negativt i förhållande till det förstnämnda utan också blir föremål för en närmast reduktionistisk bestämning. Vi återkommer senare till denna invändning.

Den reduktionistiska tankeformen får sin "logiska" fortsättning i formuleringen: "Oavsett om det gäller missbruk eller beroende kommer vi fortsättningsvis att benämna *behandling* (vår kursiv) av dessa tillstånd som beroendevård". Varje form för intervention, som inte uppfyller de angivna kriterierna för behandling är därmed definitionsmässigt *inte* beroendevård. Vi återkommer som sagt till ett mer ingående resonemang i detta ämne men vill här ställa den något ironiska frågan: Ska psykosocialt stöd riktat till människor med beroende då kallas beroendestöd? Betydande delar av socialtjänstens insatser uppfyller inte "behandlings" kriterierna. Är då dessa inte beroendevård?

Problemet uppstår bl.a. därför att begreppet vård i såväl professionellt som vardagligt språkbruk har en vidare betydelse än begreppet behandling (definierat enl. riktlinjeförslaget). Förslaget i riktlinjerna innebär inte endast att göra våld på ett etablerat språkbruk, det skapar snarare förvirring. Vårt förslag är att *all* verksamhet, oavsett huvudman, som riktas till människor med missbruk eller beroende benämns beroendevård.

Vi är helt överens med förslaget att ersätta det delvis oegentliga begreppet avgiftning med abstinensbehandling.

Termerna behandling, psykosocial behandling och psykosocialt stöd

Det finns betydande fördelar med en strikt definition av termen *behandling*. *Behandling* har, utan definition, använts inte endast på ett mångtydigt för att inte säga otydligt sätt. Termen har också, utan definition, använts för att avgränsa verksamheter inom vård och omsorg. Det har varit vanligt att socialtjänsten anför att “vi bedriver inte behandling”. Riktlinjeförslaget definierar *behandling* sålunda:

Behandling är systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma ifrån sitt missbruk och förhindra återfall. Som behandling räknas även medicinsk övervakad abstinensbehandling.

Termen *behandling* ska i enlighet med definitionen ovan uppfylla följande kriterier:

- Evidenskriteriet (avser systematiska, teoretiska metoder med stöd i forskning)
- Intensionskriteriet (avsikten att initiera att enskilda kommer från sitt missbruk och inte återvänder till det)
- Kompetenskriteriet (utövare av behandling ska besitta adekvat kompetens)
- Kriteriet om terapeutisk kontext (praktik som utövas inom en för terapeutiska och behandlande aktiviteter anpassad verksamhet)

Definitionen av den allmänna termen *behandling* är här uppenbart kontextbunden. Den är definitionsmässigt kopplad till det uttalade syftet om missbruksfrihet och är som sådan inte tillämplig t ex i psykiatrisk vård, allmän medicinsk vård etc. Det är olyckligt och det vore önskvärt att definitionen antingen kunde göras lika allmän som termen genom att ange ett generellt intensionskriterium eller att den kontextbundna termen anges som *missbruksbehandling*. Vi har ju tidigare anförts att termen beroendevård inte bör begränsas till endast *behandling* “mot missbruk”.

På motsvarande sätt är termerna psykosocial behandling och psykosocialt stöd allmänna termer. De kan lika väl användas inom t ex psykiatri och social barnavård och familjevård. I riktlinjeförslaget görs de i sin allmänna form bundna till en beroendevårdskontext. Det är också har önskvärt att termerna i riktlinjerna ges en sådan precision, t ex med ett prefix eller på annat sätt, att de inte förväxlas med de allmänna termerna.

Komplikationerna blir än tydligare i fortsättningen av riktlinjetexten där man avser att avgränsa innebörden i termerna *psykosocial behandling* respektive *psykosocialt stöd*. För definitionen av *psykosocial behandling* anges dels de tidigare anförda fyra kriterierna för *behandling* dels ytterligare två kriterier;

- Interventionen riktar sig mot den enskildes psykologiska och sociala (psykosociala) livssituation med uttalat fokus på missbruket eller beroendet
- Interventionen syftar främst till att påverka motivation, beteende, attityder, känslor och tankar med uttalat fokus på den enskildes missbruk och beroende

Dessa två tilläggs-kriterier understryker behandlingsbegreppets kontextuella fastlåsning till beroendområdet. Samtliga kriterier kan enkelt skrivas om med uteslutande av hänvisning till beroende eller missbruk där sådan hänvisning förekommer.

Sjukdomsbegreppet och förslag till alternativt synsätt

Skyddsvärnet är ense med riktlinjeförslaget att sjukdomsbegreppet vad avser beroende och missbruk bör utmönstras och vi ansluter oss till förslaget att i stället ansluta till den internationella hållningen i detta sammanhang och således hellre använda begreppet *alkoholberoendesyndrom*. Vi ansluter oss till synpunkten i riktlinjeförslaget att detta mer speglar en pragmatisk än en ideologisk hållning samtidigt som det inte utesluter begreppet sjukdom för dem som är övertygade i detta hänseende.

Missbruk och beroende

Som påpekas i riktlinjeförslaget är terminologin i detta avseende oklar. Inom medicinska sfären finns de båda diagnostiska systemen DSM IV och ICD 10. Socialtjänsten saknar entydiga bestämmelser av beteenden och tillstånd som kan betecknas som missbruk eller beroende. Och som påpekas i riktlinjeförslaget innebär detta risker för oenhetlig bedömning och rättsosäkerhet. Socialtjänstens lösning är inte att överta sjukvårdens diagnostiska kriterier. Men som också påpekas i riktlinjeförslaget kan vagheten inom socialtjänsten undvikas genom användning av standardiserade bedömningsinstrument. Vilket instrument man väljer kan i detta sammanhang lämnas därhän även om vi närmast ansluter oss till förslagets antydning om AUDIT som ett lämpligt sådant instrument.

Det är emellertid högst angeläget att understryka att ett bedömningsinstrument/frågeformulär och dess användning i enskilda fall aldrig bör ställas som villkor för bistånd, också bistånd som syftar till minskat missbruk eller beroende. Det förekommer att man inom socialtjänsten ställer liknande villkor och att man, om klienten inte går med på att t ex bli föremål för en systematisk bedömning enligt ett instrument, nekar bistånd med hänvisning till att klienten inte medverkat i utredningen. Riktlinjerna bör explicit ange att klientens eventuella motstånd att underkasta sig en sådan bedömning inte rar nyttjas till klientens nackdel.

Hur benämns personer med missbruksproblem

Vi är också överens med riktlinjeförslagets utmönstring av termerna alkoholist, missbrukare, narkoman etc såsom termer i en människobehandlande verksamhet. Och vi ansluter oss till beteckningen person med missbruksproblem som önskades av den s.k. LVM-utredningen (SOU 2004:3).

Kapitel 2. Vägledning

Rekommendationer

Vägledningens, eller de nationella riktlinjernas, huvudavsnitt består av en tabellmatris indelad i 7 tabeller. Det är naturligtvis inte möjligt för oss att kommentera matrisens olika delar och moment. Generellt vill vi emellertid peka på en betydande risk, inte minst när det gäller "psykosocial behandling", att den långtgående förenkling som en sådan översikt uttrycker, riskerar att skapa former för mekaniska tillämpningar i det praktiska beroendevårdsarbetet (beroendevård här taget i den vidare mening vi rekommenderat, se ovan). Visserligen sker av och till hänvisningar till de kapitel som utgör kunskapsöversikter vad gäller t ex interventioner mot narkotikamissbruks-beroende respektive alkoholmissbruksberoende. Man måste emellertid ha klart för sig att *nationella riktlinjer* utfärdade av Socialstyrelsen har en inte obetydlig tyngd som vägledning för konkret handling. Riktlinjerna måste kunna hanteras av praktiker med ett stort mått av selektiv värdering med utgångspunkt från den enskilde klientens samlade och komplexa situation. En sådan selektiv värdering förutsätter ett betydande mått av kunskap och erfarenhet, en kunskap och erfarenhet inte alla missbruksarbetare besitter — vare sig inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Ett exempel på detta är när en stor stad i Sverige anbefaller alla sina socialsekreterare att på arbetsgivarens bekostnad genomgå en elementär kurs i KBT med hänvisning till att socialtjänsten ska tillämpa evidensbaserade metoder. En sådan rekommendation kan bara beskrivas som dillekantisk. Det finns inom de berörda vårdområdena faktorer som inverkar på vården och omsorgen som skulle kunna betecknas som "extramurala", för att nu låna ett ord från ett annat

tillämpningsområde. Sådana “extramurala” faktorer kan sätta vårdarbetare under press för en mer eller mindre mekanisk tillämpning av riktlinjerna. Vi anser att riktlinjerna (rekommendationerna) måste innefatta avsnitt, som explicit varnar för mer eller mindre mekaniska tillämpningar av riktlinjernas rekommendationer. Det är, menar vi, inte tillräckligt endast med de resonerande avsnitten i kapitlet 3 och följande.

Låt oss här ta ytterligare ett exempel med utgångspunkt i riktlinjeförslaget. I kapitel 5, *Narkotika* - ..., anförs att det inte är endast behandling som påverkar missbrukaren. Här redogörs, visserligen ytligt, för andra faktorer som har betydelse för återhämtningsprocessen. En sådan redovisning återfinns inte i kapitel 6, *Alkohol* - ..., trots kännedomen om att den samlade socialt, psykologiskt, medicinskt, materiellt komplexa situationen har väsentlig betydelse även för alkoholberoende personers återhämtning. Det förefaller som om riktlinjeförfattarna möjligen har hakat upp sig på de anförda evidensskillnaderna när det gäller psykosocial behandling av narkotikaberoende respektive alkoholberoende personer. I det senare fallet anges evidensgrad 1 för psykosociala behandlingsmetoder medan det i det förra endast anges beprövad erfarenhet. Skillnaden kan ha lett till att rekommendationerna i det senare fallet (alkohol...) inte behöver förenas med reservationer. Rekommendationerna med avseende på alkoholberoende skulle därför kunna riskera leda till en mekanisk tillämpning.

På en punkt vill vi rikta en bestämd invändning mot förslaget. Det gäller tabell 7 *Rekommendationer för samsjuklighet mellan missbruk och beroende och psykisk och somatisk sjukdom*. På sidan 45 (nätupplagan) anges som en generell rekommendation att “Patienter som söker för psykisk sjukdom” ska bli föremål för “identifiering av missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika”. Detta är med förlov sagt en slags “storebrors-syndrom” riktat mot en utsatt grupp inom vilken endast en mycket begränsad andel har problem med för hög alkohol- respektive narkotikakonsumtion (missbruk, beroende). Det är anmärkningsvärt att Socialstyrelsen, som i andra sammanhang anför den psykiskt funktionshindrades status som medborgare, i detta sammanhang ser den psykiskt sjuke/funktionshindrade som en potentiellt substansberoende person. Såvitt vi kan förstå skulle det inte falla Socialstyrelsen in att rekommendera generell identifiering av missbruksberoende hos hjärt- och lungsjuka, blinda, döva, diabetiker etc, som söker vård för sina sjukdomar. Socialstyrelsen faller uppenbarligen själv för en mekanisk rekommendation, som bygger på kunskapen att *vissa* psykiskt sjuka (en liten minoritet) är samtidigt psykiskt sjuka och substansberoende. Vi föreslår att rekommendationen utgår eller helt skrivs om för att kunna tillämpas där faktiska behov föreligger.

Implementering

Organisation

Skyddsvärnet kan instämma i flertalet rekommendationer rörande organisation. På en punkt vill vi anföra en avvikande uppfattning. I riktlinjeförslaget anförs följande:

Mottagningsverksamheter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård bör utveckla sitt system och sin organisation för regelmässig identifiering av, missbruksproblem hos klienten eller patienten och som även kan bistå med en inledande rådgivning.

Det framstår återigen som anmärkningsvärt att Socialstyrelsen ger en generell rekommendation som avses omfatta, vad socialtjänsten anbelangar, samtliga sökande klienter oavsett problem eller behov de söker för. Många socialtjänstförvaltningar har som bekant gemensam mottagningsfunktion genom vilken samtliga klienter slussas vidare.

Rekommendationen kan inte uppfattas på annat sätt än att riktlinjeförfattarna, möjligen underförstått, hyser en uppfattning att den samlade gruppen medborgare, som söker

socialtjänstens råd, hjälp, bistånd potentiellt är beroende av alkohol eller narkotika. Rekommendationen kan därför, mot bakgrund av den moralism, som vidlåder människor under missbruk, också uppfattas som ett förakt för socialtjänstens klienter, ett förakt som vi knappast trodde var möjligt inom Socialstyrelsen hank och stör. Eller också är man högst slarvig med språket.

Denna hållning förstärks i påföljande avsnitt — Kort rådgivning rutinåtgärd — där riktlinjeförfattarna anför följande:

Inom socialtjänsten är det ett känt faktum att en del av de personer som kommer i kontakt med den till följd av ett ekonomiskt problem antingen har ett begynnande eller ett utvecklat missbruk. Det är en grupp som aldrig eller mer sällan identifieras som just personer med missbruksproblem.

Naturligtvis förhåller det sig så, missbruk eller beroende för med sig ekonomiska problem, vilkas lösning för en hel del människor i huvudsak finns hos socialtjänsten. Men den tämligen svepande och oprecisa formuleringen i citatet kan dessvärre uppfattas som en mer eller mindre underförstådd rekommendation att utsätta samtliga socialbidragsbehövande för en slags missbrukscreening. Denna misstanke förstärks när riktlinjeförfattarna senare i samma avsnitt talar om den "defensiva" hållningen hos delar av välfärssystemet och "denna passivitet" påstås generera högre kostnader. Återigen kan Socialstyrelsens sätt att formulera sig uppfattas som en generell rekommendation avseende socialbidragstagare i allmänhet och en nedlåtande attityd till människor i ekonomiska beråd i allmänhet, en slags Storebrorsattityd. Vi föreslår att hela avsnittet skrivs om med en betydligt förhöjd precision.

I övrigt är vi överens med riktlinjernas förslag att kort rådgivning bör utvecklas som rutin för de personer som *identifierats* ha riskfylld alkoholkonsumtion. Andra personer ska naturligtvis aldrig bli föremål för en sådan insats.

Vi har tidigare noterat att instrument för identifiering av missbruk bör kunna användas också inom socialtjänsten. Vi vill understryka vår tidigare reservation att klient som vägrar underkasta sig en sådan systematisk bedömning inte får diskvalificeras för bistånd också vad gäller missbruket.

Det är också Skyddsvärnets uppfattning att vårdgivarna — hälso- och sjukvård och socialtjänst

— ökar sin förmåga att ge hjälp åt enskilda med missbruks- eller beroendeproblem om de organiserar sin verksamhet så att det underlättar en klientcentrerad samverkan. Det bör emellertid i först hand vara en fråga för vårdgivarna själv hur denna samverkan ska organiseras. Samverkan mellan människobehandlande organisationer möter en rad problem och svårigheter som kan lösas endast av de samverkande parterna själva. I detta sammanhang vill vi understryka riktlinjeförslagets synpunkter om samverkan med självhjälpsorganisationer.

Kompetensutveckling

Skyddsvärnet kan i huvudsak ansluta sig till riktlinjeförslagets resonemang om kompetensutveckling.

Ekonomi- och kostnadseffektivitet

I likhet med Socialstyrelsen riktlinjeförslag menar vi att det är "viktigt att vårdgivarna systematiskt skaffar information om verksamheter som bistår med stöd och behandling för att bedöma om dessa har effekt". Det blir emellertid oklart hur Socialstyrelsen, eller

riktlinjeförfattarna, tänker när man under rubriken “Utvärdera behandlingen” anför den ovan citerade uppfattningen och i påföljande avsnitt “Mär kostnader och effekt” anför följande: “På detaljnivå bör kravspecifikationen för att f underlag för kostnadsinformation som kan ge upplysning om kostnader och effekter bl.a. innehålla målet med insatsen eller behandlingen, vilken målgrupp behandlingen riktar sig till, behandlingens varaktighet, frekvens, vilken personal som finns tillgänglig samt vilka kostnader som ingår i priset för behandlingen”.

Dessa båda avsnitt ger en tydlig bild av föreställningar dels om enkla orsakssamband dels, och närmast som en följd av antagande om enkla orsakssamband, om möjligheterna att mäta alla relevanta verksamheter i något slags kostnads-nyttokalkyl. Tankekedjan framstår i detta sammanhang som en stark förenkling av villkoren för och formerna hos mänsklig förändring. Tankemodellen är måhända möjlig i en mycket snäv medicinsk handlingsmodell, men torde inte vara tillämplig i en psykosocial. Ett enkelt exempel på de betydande svårigheterna är att föreställa sig verksamhet av det slag som i riktlinjerna kallas psykosocialt stöd. Psykosocialt stöd är vanligen inte endast en fråga om social service utan ofta, kanske oftast en fråga om stödjande terapeutiskt verkamma relationer mellan personal och klient. Men den terapeutiska effekten tar kanske många år att uppnå. I de korta räkenskapernas perspektiv kommer det psykosociala stödet att framstå som inte bara verkningslöst utan dessutom kostnadsineffektivt. Det motiv som återstår skulle då vara det humanitära, men att anta det endast humanitära perspektivet skulle vara att bortse från den terapeutiska potentialen och därmed öka risken för att det psykosociala stödet reduceras till ren social service såsom att städa och handla, Vi menar att riktlinjeförslagets skrivningar i detta hänseende har allt för mycket av schablonens enkla karaktär.

Kapitel 3. Upptäckt och förebyggande verksamhet

Sträva efter tidig upptäckt

Det är, enligt Skyddsvärnet, en rimlig inställning att ju tidigare ett alkohol- eller narkotika-problem kan upptäckas och “behandlas” desto större, framför allt individuella, men också samhälleliga vinster är möjliga. Det är emellertid en ytterst grannliga uppgift hos människobehandlande organisationer och myndigheter att aktivt söka tecken på sådana problem. När det galler alkohol- och narkotikamissbruk existerar uppenbart moralistiska strömningar också i de människobehandlande verksamheterna. Dessa verksamheter är dessvärre som regel inte endast strikt professionella. Därtill kommer att olika människor, också bland professionella vårdarbetare, skattar skilda mängder av konsumtion som endast bruk eller som missbruk. Normaliteten varierar starkt, eller rättare sagt en enkel norm existerar inte, inte ens mätt i “medicinskt skadlig effekt”. Det finns en uppenbar risk att en extensiv tolkning av textlagtexter kan ge upphov till obehörigt intrång i en enskild individs integritet. Därför är det olyckligt när riktlinjeförslaget innehåller följande tolkning av SoL 5 kap 9 § “En rimlig tolkning är att oberoende av vilken anledning en person söker socialtjänst bör han eller hon erbjudas hjälp om det finns ett underliggande alkohol- eller narkotikaproblem som bidragit till den totala problembilden.” Problemet med denna tolkning är inte att påståendet innehåller det reserverande ordet “om”, utan att det innehåller den generaliserande formuleringen “oberoende av... anledning”. Därmed uppstår en risk för att en alltför nitisk socialtjänst kan legitimera integritetskränkningar i oträngda mål. Detta är möjligen, liksom i tidigare liknande fall påpekade i denna skrivelse, att det rör sig om slarvig språkhantering och i så fall kan det vara enkelt att göra en saklig-språklig granskning. Vi är emellertid rädda för att det kan röra

sig om ett den abstrakta myndighetens perspektiv ovanifrån och rymma ett bristande förtroende för utsatta människor som tvingas söka socialtjänstens hjälp.

En mer föredömlig formulering återfinns på sidan 57 (nätupplagan) där man understryker nödvändigheten av att skapa förtroende hos klienten eller patienten så att han eller hon själv är beredd att också tala om sina missbruks- beroendeproblem.

Vi vill i sammanhanget påpeka att riktlinjeförslaget formulering på sidan 60 (nätupplagan) där man säger att “inom socialtjänsten kan inte uteslutas att alkohol eller narkotika kan vara en del av problemet i bl a följande fyra situationer”. Som en av dessa fyra situationer anges “- upprepade eller långvariga ekonomiska problem”. Med vetskap om socialbidragsberoendets fördelning i befolkningen är detta en grov generalisering. En betydande del av den ekonomiskt utsatta befolkningen är långvarigt socialbidragsberoende utan varje koppling till något slag av missbruk. I stället gäller således att vanligen kan missbruk uteslutas vid långvariga eller upprepade ekonomiska problem av den arten att människor söker sin försörjning genom ekonomiskt bistånd.

Kapitel 4. Bedömningsinstrument och dokumentation

Skyddsvärnet har ingenting att anföra under denna rubrik.

Kapitel 5 och följande kapitel

Här vill vi ta upp endast en mindre och en större principiell fråga.

Den mindre rör begreppet “sjävläkning”. Detta begrepp framstår som oegentligt av olika skäl. Det första är att “*sjävläkning*” refererar till en sjukdomsuppfattning av alkohol- och narkotikamissbruksberoende. Riktlinjeförslaget har ju tidigare på goda grunder avvisat sjukdomsbegreppet i detta sammanhang. Således bör, redan av detta skäl, begreppet sjävläkning heller inte användas.

Det andra skälet är att “sjävläkning” som begrepp refererar till en intrapersonell process. Ifråga om såväl beroendeproblem som psykiska problem rör det sig snarare om återhämtningsprocesser vilka genereras och vidmakthålls av förhållanden i individens samlade livssituation. Det är troligt att det hänger samman med individens sociala interaktion och därur sprungna psykologiska effekter. Begreppet “sjävläkning” riskerar därför närmast att mystifiera ett psykosocialt förlopp som troligtvis också är möjligt att följa (jfr återhämtningsforskningen inom psykiatri).

Begreppet återhämtning framstår som ett bättre begrepp med avsevärt vidare variationsmöjligheter.

Den större principiella frågan rör riktlinjeförslaget gränsdragning mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd. Det senare slaget av insatser får, enligt vår uppfattning, i riktlinjeförslaget en orättmätigt styvmoderlig behandling. Förslaget uppläggning är sådan att systematiskt metodiska interventioner med hög evidens (psykosocial behandling — def enl riktlinjeförslaget) får inte endast en mer framträdande plats utan också en presentation i mer öppet eller underförstått, rekommenderande termer eller formuleringar. Psykosocialt stöd reduceras i allt väsentligt till sociala stödinsatser av mer handfast slag med tilläget att det möjligen sker “under antagandet att det leder till förbättringar i den enskildes psykologiska

situation” (sid 18, nätupplagan), Åtskillnaden framstår som sprungen ur vissa aprioristiska antaganden: systematisk metodbaserad intervention är bättre än annan intervention; ju högre evidens desto starkare grund; psykologiskt orienterad intervention är mer verkningsfull än socialt orienterad.

Om detta vårt intryck stämmer kan riktlinjeförslaget få till följd:

att man bortser från de psykosociala stödinsatserna relationella bas och därmed även uppenbara psykologiska effekter (jfr t ex teoribildning hos G H Mead, Johan Asplund m fl), att de psykosociala stödinsatserna därmed undervärderas, att man sannolikt övervärderar förment rationella behandlingsmodeller, som kan uppvisa en teoribaserad metod, ofta organiserad för tidsbegränsad intervention, att man uppenbart riskerar att föra undan de psykosociala stödinsatserna från forskningsfokus - stöd kan antas behöva långsiktighet i interventionen och är bl a därför svårare att värdera utifrån t ex föreställningen (tydlig i riktlinjerna) att hög grad av vetenskaplighet och evidens baserar sig på randomiserade kontrollerade studier (inom medicin) eller motsvarande, likartade typer av studier inom beteende- och samhällsvetenskap där skilda variabler kan hållas under kontroll, att man sätter behandlingsfokus på en psykologisk nivå och undervärderar de psykiska yttringarnas beroende av sociala samspel och sociala villkor (d v s man riskerar hamna i ett psykologistiskt betraktelsesätt), att man riskerar att undervärdera stora delar av socialtjänstens konkreta praktik

Stöd för en annan värdering av psykosocialt stöd än den riktlinjeförslaget representerar kan man ju finna bl.a. hos Blomqvist, Jan (1999) *Inte bara behandling* och Topor, Alain (2001) *Managing the contradictions Recovery from severe mental disorder* och de forskningsöversikter dessa ger och vad Topors avhandling anbelangar också i många stycken torde ha relevans för beroendevården (vår mer utvidgade definition i början av denna skr).

Stockholm den 7 juni 2006

Gunnar Engström
Ordförande