



*Development and Education in the Learning Processes of the Twelve-steps  
Treatment according to the Model of Trust.*

Socialstyrelsen  
106 30 Stockholm

2006-05-25

**Remissvar: nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården.**

Om myndigheten behöver kontakta mig på grund av detta remissvar: e mail 12@12.is

Jag har sedan mitten av åttiotalet följt utvecklingen inom svensk beroendevård. Detta har jag gjort genom personalutbildning och handledning av tolvstegskunniga behandlare på Solliden i Åkarp 1985-1987, LVM hemmet Runnagården i Örebro 1988-1990 och Vårnäs i Vingåker återkommande från 1995. Sedan 1988 har jag återkommande förestått mötesplats för intresserade av tolvstegsbehandling inom den svenska beroendevården "Workshop i Island" (se bifogad lista, bilaga 1) och Jag har arbetat med att ta fram certifiering i tolvstegsbehandlingens kunskap och lärprocesser sedan 2004. Detta är gjort i samråd med ett löst sammanhållet nätverk av erfarna tolvstegskunniga behandlare med minst tio års erfarenhet av arbetet. Deltagare är från Sverige, Färöarna och Island. Detta är ett frivilligarbete oss emellan och framsprunget ur ett stort behov. Med hänvisning till den kunskap om svensk tolvstegsbehandling som har samlats genom ovanbeskriven verksamhet och med hänvisning till att representanter för tolvstegsbehandlingen inte finns på Socialstyrelsens sändlista till remittenter ( hemsidan 0600518) önskar jag yttra mig om tolvstegsbehandling i de välbehövliga riktlinjer för beroendevården som nu är ute på bred och öppen remiss.

Gudni Stefansson  
Utbildningsansvarig  
GSKehf  
E mail 12@12.is

Bifogad:  
Remissvar  
Bilaga 1  
Bilaga 2

## Remissvar: nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården

### **Generellt om tolvstegsbehandling som förändring av livsstil.**

Tolvstegsbehandling är inte i första hand beteendeförändring utan en ontologisk förändring, där patienten efter granskning av sitt liv kommer fram till en ny värdegrund och genom det förändrar sitt beteende. Det är en förändring på djupet som leder till en ny livsstil, där tolvstegsfilosofin blir ett vägledande rättesnöre. Denna nya livsstil växer fram ur patientens egen upplevelse av att vara och ha varit sjuk. Denna nya livsstil växer fram ur ett mångårigt lidande och inte i första hand genom insikter från medicinska diagnoser. Denna nya livsstil förutsätts efter behandling fortsätta i nyktra miljöer och då i första hand inom tolvstegsrörelsens lärande gemenskap.

Tolvstegsfilosofin förmedlas i ett strukturerat program till patienterna av tolvstegskunniga behandlare som även kallas rådgivare. Kunskapen som förmedlas finns inte i gängse terapeututbildningar, utan är framsprungen ur behandlarens erfarenhet av att själv leva i enlighet med tolvstegsfilosofin.

Tolvstegsbehandlingens kärna är att den är en lärande gemenskap<sup>1</sup> där patienterna lär sig handskas med sina känslor under ledning av en erfaren rådgivare. Traditionell tolvstegsbehandling utgår ifrån patientens subjektiva upplevelse här och nu och ger verktyg för att möta livet i alla dess skiftningar utan att behöva droger. De existentiella frågorna är i fokus. Patienten ingår i behandlingens läroprocess med sin kunskap om lidandet i missbruk och lär sig förändra det genom att jämföra erfarenheter i en process som utmärks av föreläsningar om att leva ett gott nyktert liv trots beroende, varvade med gruppsittningar och reflektion.

Behandlingen är fasindelad fas 1 är avgiftning med strukturerat motivationsprogram under 7-10 dagar, fas två är träning i att använda tolvstegsfilosofiska lösningar i sitt liv ca 4 veckor och fas tre är olika stödinsatser under det första året i nykterhet. I Sverige är avgiftningen traditionellt landstingens ansvar, men fas två och tre är kommunernas ansvar. Fas två och tre är därför den vanliga tolvstegsbehandling i Sverige, fast undantag förekommer. Island använder tolvstegsbehandling som första val av behandling sedan början av åttiotalet. Där anses fas ett vara grunden för fortsatt behandling. Till dessa faser kommer ett familjeprogram för familj och arbetskamrater. Det har visat sig att familjeprogrammet och behandlingen stärker de nyktra miljöerna i samhället. Detta på grund av att tolvstegsbehandling rekommenderar såväl den beroende som familjen att gå med i tolvstegsgrupper efter behandlingen. Grupperna har vuxit explosionsartat i Sverige sedan mitten av åttiotalet enligt expertisen<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> "legitimerad lärande umgänge" Se närmare Lave & Wenger (1991). *Situated Learning - Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press

<sup>2</sup> Tolvstegsrörelsen har vuxit explosionsartad i Sverige enligt Karin Helmersson Bergmarks avhandling om AA i Sverige (1995) som hävdar att sedan mitten av åttiotalet till mitten av nittiotalet hade bara AA vuxit från några hundra till närmare tiotusen deltagare. Om vi räknar med NA också får vi förmodligen den dubbla siffran i dag. Till detta kommer tolvstegsgrupper för anhöriga, folk med åttörningar osv.

Tolvstegsbehandling är utifrån den livsfilosofi den bygger på ett medicinfritt alternativ. Det är en andlig lösning enligt grunddokumentet som är AA-boken<sup>3</sup>. Det andliga ligger i att programmet hjälper patienten från djupgående tillitsbrist till att uppnå tillit till sig själv, sin grupp och sin omgivning. Patienter på en sådan behandling tar traditionellt inte mediciner, förutom i inledningsskedet under avgiftning tillsammans med strukturerat program.

### **Grunder för bedömning av behandlingens resultat.**

Det första året som en helnykter människa övar patienten att möta det nya livets olika återkommande alkoholrelaterade skiftningar. Denna kunskap blir befäst under år två. Två års uppföljning är därför önskvärd när man utvärderar livstilsförändring från ett avvikande beteende till en anpassning till en nykter livsstil med en ny livsfilosofi. Uppföljningstiden längd bör således uppmärksammas mer i de studier som läggs till grund för konklusioner.

### **Frågan om sjukdomsperspektiv på beroende**

Min personliga övertygelse är att alkoholism är en sjukdom, men vetenskapen har inte tillfredsställande kunnat definiera den så fullständigt att det råder konsensus om fenomenet<sup>4</sup>. Det sjukdomsbegrepp som används inom tolvstegsbehandling anses diffust och det kemiska beroende som många utgår ifrån i tolvstegsbehandlingen har kallats kvasivetenskapligt i en statlig kunskapsöversikt<sup>5</sup>. I och med att de begrepp som beskriver alkoholism är diffusa inom vetenskapen skapas utrymme för bristande samsyn. Det tar stor kraft på beroendesektorns sammankomster att förklara den egna synen på beroendet för varandra på bekostnad av att hitta vägar ur beroende.

Det finns inte i dag tillräcklig kunskap för att kristallklart definiera problemet vetenskapligt och lösa det med en klart definierad metod. Det finns trots det vägar ur beroende. Enligt min erfarenhet räcker det diffusa sjukdomsbegrepp som utgår från patientens egen upplevelse, för att åstadkomma effektiv tolvstegsbehandling. Detta sjukdomsbegrepp används av Länkarna och i traditionell tolvstegsbehandling. Det används i lärande gemenskap av brukaren. Det är effektivt och användbart tills vetenskapen har samsas om en problembeskrivning som leder till en effektiv behandling .

Även om ett diffust sjukdomsbegrepp är tillräckligt som grund för en effektiv tolvstegsbehandling, så innebär det samtidigt en fara. Många av oss som arbetar med tolvstegsbehandling anser oss se en tendens till övermedicinering som har kommit tillsammans med nya mediciner och genom att sjukdomsbegreppet blir mer och mer utbrett i Sverige. Denna medicinering kan konservera patienten i ett medicinskt beroende. Det känns för mig tveksamt att byta en drog mot en annan och särskilt att medicinera innan effektiva medicinära terapier har prövats.

<sup>3</sup> *Anonyma Alkoholister*. (1986). (A.A., översättare). Stockholm: A.A.-Förlaget (Original arbete *Alcoholics Anonymous*, publicerat 1939, 3: e uppl. 1976). (Endast i distribution genom A.A.-förlaget, box 16387, 103 27 Stockholm. [www.aa.se](http://www.aa.se)).

<sup>4</sup> Stefansson, Gudni (2003) *Socialtjänstens alkoholistbehandling som arbetslivspedagogiskt projekt*. Örebro Universitet, Pedagogiska institutionen. (C uppsats). Kan laddas ned från [www.12.is](http://www.12.is)

<sup>5</sup> Bergmark, A. & Oscarsson, L. (2000). *Några behandlingsperspektiv och metoder inom alkoholvården*. I B. Sundbärg (Red.), *Behandling av alkoholproblem, En kunskapsöversikt* (s. 90-91) . Stockholm: Centrum för utveckling av socialt arbete och Liber förlag AB.

Gerdner 2004<sup>6</sup> visar att ca 40% av ca 600 inskrivna patienter på LVM hemmet Runnagården 1988-1990 levde nyktert 2 år efter behandling. Detta är avsevärt bättre resultat än de mediciner som lanseras i dag kan uppvisa. Medicinerna lanseras med föreskrifter om samtidig psykoterapi och uppföljningstiden som mäter effekt är kort. Det är svårt att se om resultaten kommer från medicineringen eller psykoterapin (se bilaga 2) och varaktighet av resultaten i patientens liv är fortfarande osäkra. Medicinerna sägs minska drop out ur behandlingen. Drop out i behandling är tecken på fel arbetsmetod. På Runnagården 1988-1990 minskade drop out från 42% och till 13% när man ändrade sitt sätt att arbeta. När patienten upplever lätnat av behandlingen då stannar han.

Det är vidare värt att uppmärksamma att medicinering inte går ihop med andemeningen i tolvstegsfilosofin. Metodens andliga lösning kan äventyras av sinnesförändrande mediciner. Det finns all anledning att vara avvaktande tveksam när det gäller medicinering för övrigt.

### **Grunder för rekommendation av beroendebehandling**

Kommunerna lägger ca 4 miljarder om året på behandling. Varje dag finns runt 20 000 människor i någon form av beroendebehandling. Det måste ur statens perspektiv vara ekonomiskt viktigt att rekommendera val av effektiva behandlingsresurser. Tolvstegsbehandling har sedan länge varit första val i Island, Färöarna och i många stater i USA. Enligt min erfarenhet av praktisk verksamhet tyder mycket på att medicinfri tolvstegsbehandling borde vara det första behandlingsalternativet när det gäller att hitta helnykter livsstil och väg ut ur beroende i Sverige också. Speciellt tänker jag då på regeringens alkoholpolitiska intention att stärka de nyktra miljöerna ute i kommunerna. Att tolvstegsbehandling är effektiv har också på senare år fått allt bredare stöd i forskningen. Gör man den bedömningen att patienten behöver medicineras anser jag att man bör överväga KBT eller annan kognitiv behandling. Anledningen till denna bedömning ligger i tolvstegsbehandlingen som andlig lösning. Om patienten lyckas få tag i sina andliga resurser inne på behandlingen behövs inga mediciner eftersom läroprocessen åstadkommer det lugn i sinnet som medicinerna utlovar. Det är svårt att öva sig att handskas med känslor som man inte har kontakt med eller har en svag kontakt med. Det kan förstås utifrån att i grupperna arbetar man med känslan som finns här och nu. Finns inte de svåra känslorna då kan man inte heller lära sig att handskas med dem. Detta användande av droger upplevs som ett problem inom Länkrörelsen, som framkommer på ledarplats i tidskriften *Vi Länkar*<sup>7</sup> och stör förmodligen de nyktra miljöer som håller på att skapas runt om i kommunerna på grund av den sedan allt flera år tillbaka ständigt ökande tolvstegsrörelsen.

Denna aspekt bör uppmärksammas i riktlinjerna med tanke på att det finns evidens på bra medicinfräa metoder. En annan aspekt är att tolvstegsbehandlingen leder till hjälp till självhjälp i helnyktra miljöer inom tolvstegssammanslutningar som NA och AA och i ljuset av erfarenhet till Länkarna. Det är i farans riktning att långtidsmedicinering kan vara handikappande i dessa miljöer. Detta öppnar för frågan om inte tolvstegsbehandling skall rekommenderas som ett medicinfritt alternativ. De som väljer att medicinera skall då istället rekommenderas KBT eller annan effektiv terapiform som inte är så uttalat helnykter som tolvstegsbehandlingen är.

<sup>6</sup> Gerdner A (2004) *Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier*. Rapport i LVM-utredningens betänkande SOU 2004:3. S 303-414.

<sup>7</sup> Ledare i aprilnumret av VI LÄNKAR (2006): SÄLLSKAPEN LÄNKARNAS RIKSFÖRBUND Box 9069, 126 09 Hägersten

## **Utbildning av tolvstegskunniga behandlare**

Vad är det för kunskap som hjälper en människa att må gott utan droger inklusive mediciner och hur förmedlas den? Utbildning av alkohol- och drogterapeuter har fokuserat på gammal skåpmat från socialhögskolorna och att göra denna yrkeskategori kompatibel med socialtjänsten. Dessa utbildningar undervisar inte i effektiva metoder att ta sig ur beroende. Specialutbildningar finns sedan i de olika terapiformerna. När det gäller tolvstegsbehandling har man mer eller mindre förutsatt att de tolvstegskunniga behandlarna var självlärda när det gäller vägen ur beroende.

En specialutbildning är svår att åstadkomma inom tolvstegsbehandling på grund av kunskapens natur som en livsstilskunskap baserad på en livsfilosofi. Sitt jobb beskrev en erfaren rådgivare på Vårnäs i Vingåker så här: ”Har just nu inget bra förslag som kort kan beskriva den unika kunskap en rådgivare har genom förmågan att möta en patient, läsa av smärta och förstå. Det är i det mötet som samhörigheten grundläggs och budskapet om att det finns en lösning förmedlas.”<sup>8</sup>

Det behövs uppmärksamhet i rådgivareutbildningen på tolvstegsbehandlingens lärprocesser och den kunskap som förmedlas inom tolvstegsbehandling. På grund av kunskapens natur är det viktigt att uppmärksamma behandlingshemmen som lärande organisationer som utbildar sina egna behandlare. Detta visar utvecklingen av de olika behandlingshemmen i Sverige. Kunskapen är levande i personalgrupper och svår att förmedla centralt i samhället. Det är värt att komma ihåg att de rådgivare som åstadkom Runnagårdens resultat 1988-1990 inte hade annan behandlarutbildning än sin egen livsfilosofi som de handledes i att förmedla i en mycket väl utvecklad behandlingsorganisation.

## **Öka tillgänglighet och omfördela resurser.**

När patienten upplever lättnad av psykoterapin då stannar han. Patienten själv har alla förutsättningar till att bedöma om kunskapen som hjälper finns på behandlingshemmet. Det sparar stora pengar i rådande kunskapsläge för utredningar av beroende på socialbyråer och har visst stöd i sociallagstiftningen som säger att missbrukaren skall påverka val av behandling. I de nyktra miljöerna som skapas efter behandling finns det avsevärd kunskap om effektiv hjälp. Där görs tidiga upptäckter av den som behöver hjälp. Utredningarna utgör i praktiken en barriär mellan den beroende och hjälpen. Det är viktigt att riva de hinder som finns i dag mellan den lidande familjen och hjälpen genom onödig byråkrati. Det väcker också frågan om inte upphandlingar av behandling är ett otyg. Behandlingshemmens kundperspektiv förskjuts genom upphandlingarna från patienten till köparen, socialtjänsten och kriminalvården. Ett försök med Öppet Intag utan föregående utredning som Socialstyrelsen följer har pågått på Vårnäs i Vingåker sedan några år. Samtidigt med detta har AA, NA och Länkarna vuxit i regionen. Det kan vara en väg att gå att låta brukaren välja behandling och fokusera på att riva hinder mellan de som lider och hjälpen. Det är svårt att se behovet av all byråkrati inom beroendevården, när den inte behövs inom tandvården och ute på vårdcentralerna.

<sup>8</sup> Kjell Axén, rådgivare på Vårnäs i Vingåker i ett personligt brev 23 maj 2006

## Överväganden som jag föreslår utifrån ovanstående

- Det verkar finnas ett överdrivet intresse för vad *det är som en beroende människa lider av* på bekostnad av *frågan hur lidandet skall upphöra*. Riktlinjerna bör inte fästa för stor vikt vid problembeskrivningen, utan fokusera på metoder att avhjälpa problemet. Riktlinjerna skulle göra störst nytta för den beroende människan genom att skapa fokus på och samsyn om de effektiva vägar som finns ur missbruk. Genom enkla uppföljningar kan effektiva program identifieras och vetenskapligt utvärderas på plats. Ur det materialet kan utvinnas kunskapen om hur de problem ser ut som svensk beroendevård kan lösa.
- Riktlinjerna bör i första hand rekommendera medicinfria vägar ur beroende. Dessa vägar behöver utvärderas, undersökas, dokumenteras, utvecklas och stärkas för att skapa bästa möjliga behandling för missbrukare och samtidigt möta den kraftfulla satsning som görs av marknadskrafter i hela Europa i dag både inom alkoholförsäljningen och medicinförsäljningen.
- Tolvstegsbehandling skall rekommenderas som första alternativ med hänvisning till att den är billig i det långa loppet, kräver minimal medicinering och sjukvårdsresurser, har goda resultat, den leder till ett helnyktert liv och uppfyller på så sätt regeringens alkoholpolitiska mål att stärka de nyktra miljöerna ute i kommunerna.
- I andra hand kan övervägas medicinering tillsammans med annan terapi.
- Behandling till helnyktert liv som stärker de nyktra miljöerna i samhället, bidrar till att förhindra återfall i missbruk. Allt förebyggande arbete går sålunda hand i hand med resultaten av en bra behandling. De nyktra miljöerna är lika angelägna frågor för beroendevården som tandhygien är för tandvården. Vi behöver öka fokus på hela populationens andliga välmående i miljöer utan droger. Detta är existentiella frågor som angår också själva beroendebehandlingen och bör lyftas för att förebygga att människor hamnar eller hamnar igen i olika beroenden.
- Alla uppföljningar av behandlingsinsatser ska ha fokus på förändrad livsstil, vilket innebär att uppföljningstiden måste förlängas till åtminstone två år för att man ska kunna hitta effektiva terapiformer.
- Medicinering i samband med tolvstegsbehandling skall vara restriktiv och i första hand ges vid avgiftning tillsammans med motivationsprogram. Medicinerade patienter väcker ”sug” i de andra patienterna på behandlingen och bör i tolvstegsbehandling enbart förekomma under ineliggande avgiftning och då tillsammans med ett strukturerat program med klart mål på helnykter livsstil. Den ineliggande skyddade miljön är då en patientsäkerhetsfråga. Undantag kan göras för patienter med en välgrundat psykiatrisk diagnos och en klar vilja att ta till sig behandlingen.
- De behandlingsenheter som ger tolvstegsbehandling bör ha en fortlöpande intern utbildning i tolvstegsbehandlingens speciella kunskap och lärprocesser. Denna utbildning bör bygga på behandlingshemmets egna erfarenheter och utvärderingar av själva kunskapen som förmedlas på behandlingshemmet ifråga och hur de lärprocesser som är aktiva i behandlingen används. Behandlingshemmen bör uppmuntras att anordna träffar för att utbyta kunskap för att lära av varandra.
- Patienten bör ha större frihet att välja behandling utifrån det som fungerar. Det är enklast utifrån rådande kunskapsläge om problemets beskaffenhet. Riktlinjerna kan vara vägledande genom att lyfta fram effektiva behandlingar och därmed ge vägledande grund för biståndsbeslut. Upphandling av behandling är tveksam. Det skapar i praktiken ett hinder och bygger upp ytterligare en barriär mellan patienten och hjälpen.

## Bilaga 1

### Föreståndare för och talare på workshop om tolvstegsbehandling som återkommande hållits i Reykjavik Island.

1. **20 mars-26 mars 1988: Om tolvstegsbehandlingen i socialt arbete.** Deltagare från kommunerna: Västerås, Burlöv, Stockholm gm byrån för bostadslösa och Östermalm, Falun, Malmö och Malmö Stad, Norrköping, Örnsköldsvik gm Tallhöjden och Klakksvik i Färöarna. Från landstingen i Stockholm gm Magnus Huss kliniken, i Kristiansstads län, Skaraborgslän och Örebro gm Runnagården. Behandlingshemmen Solliden i Åkarp, Provita i Malmö, Rålsögården i Kopparberg, Storegård i Ängelholm och Herrevadskloster i Ljungbyhed och fristående föreläsare.
2. **27 juni-1 juli 1988: Att arbeta på ett tolvstegsorierat Behandlingshem .** Deltagare från Volvo i Göteborg, Aleforshemmet i Göteborg, Solliden i Åkarp, Runnagården i Örebro och Heilbrigdid i Färöarna och fristående föreläsare.
3. **27 november- 3 december 1988: Om tolvstegsbehandlingen i socialt arbete.** Deltagare från Behandlingshemmen Glösbohemmet i Rengsjö, Älvgården i Hedemora, LVM Rålambshov i Stockholm, Rockesholm i Grythyttan, LVM Runnagården i Örebro, Herrevadskloster i Ljungbyhed och Tjärnan i Hedemora. Vidare socialtjänsten i Hedemora, alkoholmotagningen i Gävle och fristående föreläsare.
4. **12 mars- 18 mars 1989. GSK workshop i Island: Om tolvstegsbehandling.** Deltagare från behandlingshemmen Lindalen i Forsa, Värnäs i Vingåker, Rålsögården i Kopparberg, Rockesholm i Grythyttan, Runnagården i Örebro, Brotorp i Fjugersta, samt Södermanlands läns Vårdförbund, Uppsala kommun, Landstinget i Örebro län, Kriminalvården och fristående föreläsare.
5. **29 april- 5 maj 1990. GSK workshop i Island: Vad kan vi göra för våra återfallspatienter?** Deltagare från Furuhaga halvvägshus i Leksand, Glösbohemmet i Rengsjö, Rockesholm i Grythyttan, Runnagården i Örebro, Tallhöjden i Örnsköldsvik, Tjärnan i Hedemora och Älvgården i Hedemora.
6. **10 februar- 16 februar 1991. GSK workshop i Island: Tolvstegsprogrammet möte med samhället.** Deltagare Socialtjänsten Stockholm, socialdistrikt 2, 3 och 14. Behandlingshemmen Runnagården i Örebro, Rockesholm i Grythyttan, Heilbrigdid i Färöarna och Glösbohemmet i Rengsjö. Vårdförbundet Sörmland och Statshälsan.
7. **10 mars- 16 mars 1991. GSK workshop i Island: Återfallsprocessen.** Deltagare Från behandlingshemmen Västerbyhemmet på Gotland, Rockesholm i Grythyttan, Älvsjöhemmet, Älvsjö, Glösbohemmet i Rengsjö, Lindalen i Forsa, Tingsåtra i Nykvarn, Furuhaga i Leksand, Tjärnan i Hedemora, samt Rådgivningsbyrån i Östersund och M 87 Huddinge sjukhus.
8. **7 april-13 april 1991. GSK workshop i Island: Unga människor och tolvstegsbehandling.** Deltagare från Socialtjänsten i Stockholm distrikt 3 och 14. Socialförvaltningarna i Umeå, Katrineholm och Vårdförbundet Sörmland. FMN i Sverige och Finland, samt Runnagården i Örebro, Margaretelunds Yrkesskola, Stornäsets behandlingshem, Lillselakollektivet, Granhultskollektivet, och Fagareds Yrkesskola
9. **2 februari-8 februari 1992. GSK workshop i Island: Återfallsprocessen.** Deltagare från Socialtjänsten i Stockholm socialdistrikt 2, 3 och byrån för bostadslösa, EWA enheten Karolinska sjukhuset, Behandlingshemmen Glösbo i Rengsjö, Heilbrigdid i Färöarna, Lindalen i Forsa, Blåkors halvveishus i Kristiansand Norge, Nya Alfastiftelsen Andebu, Norge, och Ulfshyttan i Borlänge,
10. **8 mars-14 mars 1992. GSK workshop i Island: Behandling av Unga människor.** Deltagare från Socialtjänsten sd 3, och Maria Ungdom i Stockholm. Från behandlingshemmen Lilla-Forsa Kollektivet i Mönsterås, Vikingprogram i Hudiksvall, Krysuvikursamtökin Island och Socialstyrelsen i Sverige.
11. **Workshop på Lilla Forsa kollektivet 17-19 november 1992.** Deltagare från styrelse och remitterande kommuner.
12. **2-8 Maj 1993 Specialworkshop för Stockholms kommun**
13. **28 november-4 december 1993. GSK workshop i Island: Att vara professionell mitt i processen.** Deltagare från behandlingshemmen Lindalen i Forsa, Tallhöjden Örnsköldsvik, Ulfshyttan i Borlänge, Rockesholm i Grythyttan, Evada Stiftelsen Valmotorp, Älvis i Stockholm, Huddingesjukhus M 46, Socialtjänsten Hällefors och Kriminalvården Vänersborg
14. **17 april-23 april 1994. GSK workshop i Island:Har vi råd att inte behandla?** Deltagare från behandlingshemmen Rockesholm i Grythyttan, Victorystiftelsen Oscarshemmet på Lidingö. Socialtjänsterna i Stockholm, Örnsköldsvik och Katrineholm. Vårdförbundet Sörmland, Örebro läns

Gudni Stefansson, arbetslivspedagog, tfn Sverige 0582 40460, tfn Island 0354 562 77 72.

E mail 12@12.is. Hemsida www.12.is

allmänna försäkringskassa, Samhällsmedicinska enheten Örebro samt Kriminalvården såväl anstalter som frivård.

15. **28 april-4 maj 1994. GSK workshop i Island: Behandling av återfallspatienter.** Behandlingshemmen Lilla Forsa, Nybygget i Falun, Runnagården i Örebro, Tallhöjden i Örnsköldsvik, Victorystiftelsen, Oscarshemmet Lidingö och Öppenvården SSC 17 Stockholm,
16. **23-29 oktober 1994. GSK workshop i Island: Tolvstegsbehandlingsmöte med samhället** Vårdförbundet Sörmland, Gävle Behandlingscenter, Västerby Behandlingscenter, Lövsättra Hjälpcenter AB, Kriminalvårdsanstalten Kumla, Göteborgs Kyrkliga Stadsmission, Socialdistrikt 14 i Bromma, Vård- och Fältsektionen i Östersund,
17. **20-26 november 1994. GSK workshop i Island: Verktyg i Tolvstegsbehandling** Socialvårdsbyrån för bostadslösa i Stockholm, Västerby Behandlingscenter Gotland, Västgötakollektivet i Tidaholm, Vårnäs Behandlingshem i Vingåker,
18. **4-10 december 1994. GSK workshop i Island: Vi är varandras arbetsmiljö: Att arbeta med tolvstegsbehandling.** Deltagare från kriminalvården gm KVA Östragård i Vänersborg, Rockesholm i Grythyttan, Håsta halvvägshus och ABC gruppen i Vännäs.
19. **11-17 januari 1995. GSK workshop i Island: Hur använder vi tolvstegsprogram I behandlingen?** Deltagare från socialförvaltningarna i Eskilstuna, Nyköping, Norrköping och Hagsugan i Vingåker. Vårdförbundet Sörmland, Försäkringskassan i Nyköping och SIS
20. **15-21 februari 1995. GSK workshop i Island: Verktyg i tolvstegsbehandling.** Deltagare från Bandhagshemmet, Korpberget, Oskarshemmet, Håkanstorp och Rockesholm,
21. **22-28 mars 1995. GSK workshop i Island: Tolvstegsbehandlingsmöte med samhället.** Deltagare från Vårdhögskolan i Eskilstuna, Socialtjänsterna i Stockholm, Gävle och behandlingshemmen Ulfshyttan och Vårnäs.
22. **22-28 oktober 1995. GSK workshop i Island: Tolvstegsbehandlingsmöte med samhället.** Deltagare från Socialbyrån för bostadslösa i Stockholm, Lindalens behandlingshem, Västerby behandlingscenter, Hamnvikshemmet i Nynäshamn och Håkanstorp.
23. **27 november-3 december 1995. GSK workshop i Island: Verktyg i tolvstegsbehandling.** Deltagare från Årelinikkernna, Rådgivningsbyrån Härnösand, Victorygruppen, Hamnvikshemmet Nynäshamn, Rockesholm, Bredbygården Bredbyn, Merkur Öppenvård i Katrineholm och Vårnäs i Vingåker.
24. **10-16 mars 1996. GSK workshop i Island: Tolvstegsbehandling i Island.** Deltagare från Socialtjänsten i Arvika, omsorgsstyrelsen i Avesta, Frösö behandlingshem, Västerby behandlingscenter, Håkanstorp, SSAB Tunnsplåt, Borlängehälsan och Försäkringskassan i Borlänge och St.Göranssjukhus i Stockholm
25. **12-18 maj 1996. GSK workshop i Island: Tolvstegsbehandling i Island** Specialworkshop för Vårdförbundet Sörmland och Katrineholms kommun.
26. **27 oktober-2 november 1996. GSK workshop i Island: Tolvstegsbehandling i Island.** Deltagare från Socialtjänsten i Stockholm, Rockesholm och Victorygruppen
27. **24-30 november 1996. GSK workshop i Island:** Deltagare från Primärvården i Katrineholm, Socialtjänsten i Katrineholm, Tyresö, Örnsköldsvik, psykiatri och herberget Källan i Tyresö
28. **9-15 mars 1997. GSK workshop i Island:** Deltagare från Vårnäs behandlingshem, Victorygruppen, Omsorgsförvaltningen i Avesta, Socialförvaltningen i Uddevalla, förvaltningsledningen.
29. **2-8 november 1997. GSK workshop i Island: Tolvstegsbehandlingsmöte med samhället.** Deltagare från Rehab team Handen, Victory gruppen, Drogteam Bojen, Psyk.övm, Älvborg Itg och Socialvårdsbyrån för bostadslösa i Stockholm.
30. **15-21 november 1998. GSK workshop i Island:** Deltagare från Skara kommun, socialtjänstens vuxenenhet och öppenvården Våga, Gotlands kommun och alkoholrådgivningen i Visby, Slite vårdcentral, psykiatri i Visby och Lindalens behandlingshem i Forsa.
31. **14-20 mars 1999. GSK workshop i Island: Hälsovård för beroendesjuka-Med tolvstegsprogrammet i centrum** Deltagare från Socialtjänsterna i Katrineholm, Marks kommun, Vårdförbundet i Sörmland, SSAB tunnplåt och behandlingshemmen Källan i Tyresö, ABC, Älvgården, Lindalen och Vårnäs.
32. **22-26 mars 1999. GSK workshop i Island:** Studiebesök från Statens Institutionsstyrelse, SIS. Institutionschefer på vuxensidan och verkets ledning.
33. **20-23 oktober 1999. GSK workshop i Island: Hälsovård för beroendesjuka-Med**



*tolvstegsprogrammet i centrum* Studiebesök från PROKRAMI.

34. **14-20 november 1999. GSK workshop i Island: Hälsovård för beroendesjuka-Med tolvstegsprogrammet i centrum** Deltagare från Socialtjänsten i Strängnäs och Katrineholm , Victory stiftelsen, Vårnäs behandlingshem, Älvgårdens och Statsmissionen i Göteborg
35. **12-18 november 2000. GSK workshop i Island: Uppbyggnad av hälsovård för beroendesjuka-Med tolvstegsprogrammet i centrum** Deltagare från Socialtjänsterna i Katrineholm, Stockholm, Västerås och behandlingarna ProAros, Älvgården, Tolvum, Västgötakollektivet och personalavdelningen på SSAB tunnplåt i Borlänge.
36. **11 - 17 mars 2001. GSK workshop i Island Hälsovård för beroendesjuka-Med tolvstegsprogrammet i centrum** Deltagare från SIS Hassleby, Rockesholm, Vårnäs, SIS Älvgården, Hagforsgruppen, Beroendecentrum Örebro och Dennicketorp
37. **2-8 december 2001 GSK workshop i Island:Tolvstegsprogrammet som verktyg i vården.** Deltagare från Socialförvaltningarna i Katrineholm, Nordanstigs kommun, och Trollhättan Behandlingshemmen Vårnäs, Lindalen, SIS Älvgården, och Mercur öppenvård.
38. **30 november-6 december 2002. GSK workshop i Island:Tolvstegsprogrammet som verktyg i vården** Deltagare från SSAB i Borlänge, Provita och Heilbrigdid i Färöarna.
39. **23-29 mars 2003. GSK workshop i Island:Tolvstegsprogrammet som verktyg.** Deltagare från Victory stiftelsen, Vårnäs, Älvgården, Socialnämnden i Nyköping, Vårnäs, SSAB, Eva Rehab, Sörmland och Örebro.
40. **30 mars-5 april 2004. GSK workshop i Island: 40 Nycklar till fungerande tolvstegsbehandling, en nygammal fokus.** En grupp tolvstegskunniga behandlare från Island, Färöarna och Sverige träffas för att reflektera över det som de senaste 20 åren verkar vara kärnan i tolvstegsbehandling. Det beslutades att börja utveckla certifiering i tolvstegsbehandlingens kunskap och läroprocesser.

## Konferenser mm

1. Talare på forskningskonferensen Människa miljö livskvalitet, Socialförvaltningen Örebro Läns Landsting, Örebro 1989
2. Talare på Eurocad the third annual European Conference on Addictive Disease Reykjavik 10-13 april 1996
3. Medarrangör till Eurocad, the third annual European Conference on Addictive Disease Reykjavik 10-13 april 1996
4. Medarrangör till SAAs jubileums konferens 16-18 oktober 1997: SAA Conference on Alcohol and Drug Abuse oct 16-18, 1997. Hosted by SAA, Iceland's National Center and Hospital of Addiction Medicine.
5. Medarrangör till SAAs rådgivarskola<sup>9</sup> Reykjavik 1997
6. Talare på Minnesotakonferensen, Stockholm november 2005

---

<sup>9</sup> SAA: Iceland's National Center and Hospital of Addiction Medicine.

**Bilaga 2** Axlöck ur en artikel.

From: Alcoholism & Drug Abuse Weekly: *Study Raises Questions About Naltrexone's Effectiveness* [Alcoholism & Drug Abuse Weekly 13(48):3-4, 2001. © 2001 Manis Communications Group, Inc.]  
*The study was published in the Dec. 13 issue of the New England Journal of Medicine.*

Naltrexone was approved in 1995 by the Food and Drug Administration (FDA) for treatment of alcoholism, and with disulfiram (Antabuse) is one of only two medications approved for alcoholism treatment. But a new study conducted by researchers at the Department of Veterans Affairs (VA) Alcohol Research Center, Veterans Affairs Connecticut Healthcare System raises questions about the usefulness of naltrexone for treating chronic, severe alcoholic dependence in men.

Previous studies found that naltrexone, marketed in this country as ReVia, reduced the pleasurable effects of alcohol, contributing to lower consumption and craving. According to the researchers, subsequent studies found the drug less effective for treating alcohol dependence. A recent study of 165 alcoholics conducted by Brown University researchers found that naltrexone in combination with coping-skills training helped to reduce the severity of or even prevent a relapse (see ADAW, Dec. 3).

This most recent study, however, involved a much larger sample than the Brown study had. The researchers randomly assigned 627 veterans with chronic, severe alcohol dependence to three different groups. One group received naltrexone for 12 months; the second group received naltrexone for three months followed by nine months with a placebo; and the third group received a placebo for 12 months. . . . . All patients received individual counseling and were encouraged to attend Alcoholics Anonymous (AA) meetings. Counseling was aimed at promoting abstinence.

Seventy-three percent of the patients completed the trial. In the first 13 weeks, researchers obtained data from 378 patients who received naltrexone and 187 patients who received placebo. They found no significant differences between the two groups in the period of time to relapse. There were also no differences between the groups in relapse rate, percentage of drinking days or number of drinks per drinking day.

At 52 weeks, there was no difference among the study's three groups in the percentage of drinking days or the number of drinks per drinking day.

According to the researchers, patients who were more compliant with their medication and attended more counseling or AA sessions had better outcomes, regardless of whether they took naltrexone or a placebo.

Analysis of the research data found that attending counseling sessions and attending AA meetings had the greatest effect on the number of drinking days, and compliance with medication had the greatest effect on the number of drinks per drinking day.

The researchers concluded that they did not detect an effect of naltrexone. Compared to placebo, naltrexone did not prevent or delay relapse to heavy drinking, reduce the number of drinking days, or decrease the amount of alcohol consumed during episodes of drinking.

The researchers concluded that their data do not support the treatment of alcohol dependence with naltrexone combined with a psychosocial treatment program in men with chronic, severe alcohol dependence.