

Projekt: Nordiskt utbyte av kunskap inom missbruksvården

LOKALT NYTÄNKANDE INOM MISSBRUKSVÅRDEN

Alkohol- och drogproblem bland unga – Substitutionsvård –
Alkoholproblem inom den somatiska vården



norden

Nordens Välfärdscenter



OM PROJEKTET

I alla nordiska länder har man ställt sig frågan hur missbruksbehandlingen och vårdresurserna kan organiseras bättre i tider då resurser blir allt mer begränsade. Finns det utrymme för lokala lösningar inom behandlingssystemen?

Du håller i din hand en rapport från projektet Nordiskt utbyte av kunskap inom missbruksvården – NoLoM, som initierades av Nordens Välfärdscenter 2011. Vårt syfte har varit att jämföra och uppmärksamma lokala lösningar inom tre områden inom missbruksvården – Unga med omfattande missbruk, dolt alkoholbruk bland patienter inom primärvården och patienter som avbryter substitutionsbehandling. Fyra nordiska kommuner har deltagit i projektet – Århus, Stavanger, Umeå och till viss del Esbo.

I rapporten sammanställer vi exempel på goda lokala insatser som lyfts fram inom projektet. Vi hoppas att de ska fungera som inspiration till att utmana rutiner och arbetsmetoder.

Tveka inte att ta kontakt med oss om du är intresserad av vårt arbete.

Projekt: Nordiskt utbyte av kunskap inom missbruksvården - NoLoM

Lokalt nytänkande inom missbruksvården

Utgiven av
Nordens Välfärdscenter
www.nordicwelfare.org
© 2016

Projektledare: Kerstin Stenius, Nordens Välfärdscenter
Sverre Nesvåg, Korfor kompetansesenter

Redaktör: Julius von Wright

Ansvarig utgivare: Ewa Persson Göransson

Pärmbild: Sergey Nivens/ Shutterstock.com
Fotografer: Julius von Wright (s. 10),
Linn Herresvela (s. 16), Jan Alfredsson (s. 20)
Illustrationer & Layout: Ulla Donner

Tryck: Mariehamns Tryckeri AB

ISBN:978-952-68510-1-3

Upplaga: 300

Nordens Välfärdscenter
c/o THL
PB 30, 00250 Helsingfors, Finland
Besöksadress: Mannerheimvägen 168 B
Tel: +358 20 7410 880
helsingfors@nordicwelfare.org

Nordens Välfärdscenter
Sverige
Box 1073, 101 39 Stockholm, Sverige
Besöksadress: Drottninggatan 30
Tel: +46 8 545 536 00
info@nordicwelfare.org

Rapporten kan beställas i tryckt format eller laddas ner på www.nordicwelfare.org

INNEHÅLL

Mye å lære av felles lokal tjenesteutvikling	4
Utveckling av substitutionsvård för opiatberoende	
Stora skillnader inom substitutionsvården i Norden	6
Patientens egen åsikt viktig inom substitutionsvården	8
Färdighetsträning och individuella lösningar efterlyses	10
Behandlingen byggs upp efter klientens behov	12
Kronikk: Innovation sprunger ut fra lokalt entreprenørskap.....	13
Dolt alkoholbruk inom primärvården	
Det dolda alkoholbruket vanligare än många tror	14
Ruskonsulenten når det dolda alkoholbruket	16
Uppdrag: erbjuda lättillgängliga samtal om alkohol	20
Unga med rusproblem	
Unga vill veta vem de pratar med	22
UngMap oppmärksammar lærare på elevers trivsel	24
UngMap går lätt att anpassa till Norge	26
Nolom – En innovationsmodell för den nordiska välfärden.....	27
Referenser	28

MYE Å LÆRE AV FELLES LOKAL TJENESTEUTVIKLING I NORDEN

I den nordiske, universelle velferdstradisjonen har det vært en målsetting å kunne tilby samme omfang og kvalitet av tjenester, uavhengig av bosted og sosioøkonomisk posisjon. Det sterke statlige engasjementet i forhold til hvordan tjenestene skal organiseres, hvilke faglige retningslinjer som skal følges og hvilke rettigheter brukerne skal ha til tjenester, må ses på bakgrunn av en slik tradisjon. Samtidig er det en sterk lokal og regional tradisjon for tjenesteutvikling i de nordiske land. Lokalt og regionalt selvstyre og tilpasninger av tjenestetilbud til spesifikke lokale/regionale forhold framheves også som en styrke i den nordiske velferdsmodellen, om enn med ulik vektlegging i de ulike nordiske landene.

Denne tilsynelatende motsetningen mellom sterke nasjonale føringer og aktiv lokal tjenesteutvikling er utgangspunktet for det nordiske komparative tjenesteutviklings- og forskningprosjektet NoLoM. Ideen til prosjektet oppsto i en workshop organisert av Kettil Bruun Society, om rusbehandlings-tjenestesystemer, fulgt opp med et initiativ fra Nordens Velfärdscenter. Forskningsmiljø i Finland, Danmark, Sverige og Norge tok kontakt med tjenesteutviklingsmiljø i Århus, Umeå og Stavanger. Tje-

nesteutviklere i de tre byene viste umiddelbart stor interesse for å delta i prosjektet. Interessen var både begrunnet i muligheten for å lære av erfaringer fra de andre byene og for dialogen mellom forskning og tjenesteutvikling.

Allerede i første felles workshop i 2012 ble en enig om å gjennomføre en studie av rammevilkårene for lokal tjenesteutvikling i de nordiske landene¹. En ble også enig om å innrette prosjektet mot de tre målgruppene som senere har utgjort delprosjektene i NoLoM: a) identifisering av alkoholrelatert problematikk i den somatiske helsetjenesten, b) web-basert kartlegging av rusmiddelbruk, psykisk helse og trivsel, som grunnlag for forebyggende og helsefremmende tiltak overfor skoleungdommer (16-åringer) og c) tiltak for å hindre ikke planlagte avbrudd fra substitusjonsbehandling.

Det ble tidlig klart at den beste læringseffekten ville bli oppnådd om hvert av delprosjektene involverte minst to av de tre byene og ved at det ble etablert en tett dialog mellom forskere og tjenesteutviklere i alle faser av prosjektarbeidet. Det er derfor nå spennende å få oppsummert hvilke konkrete erfaringer som er høstet i dette utviklingsarbeidet.



Ewa Persson Göransson

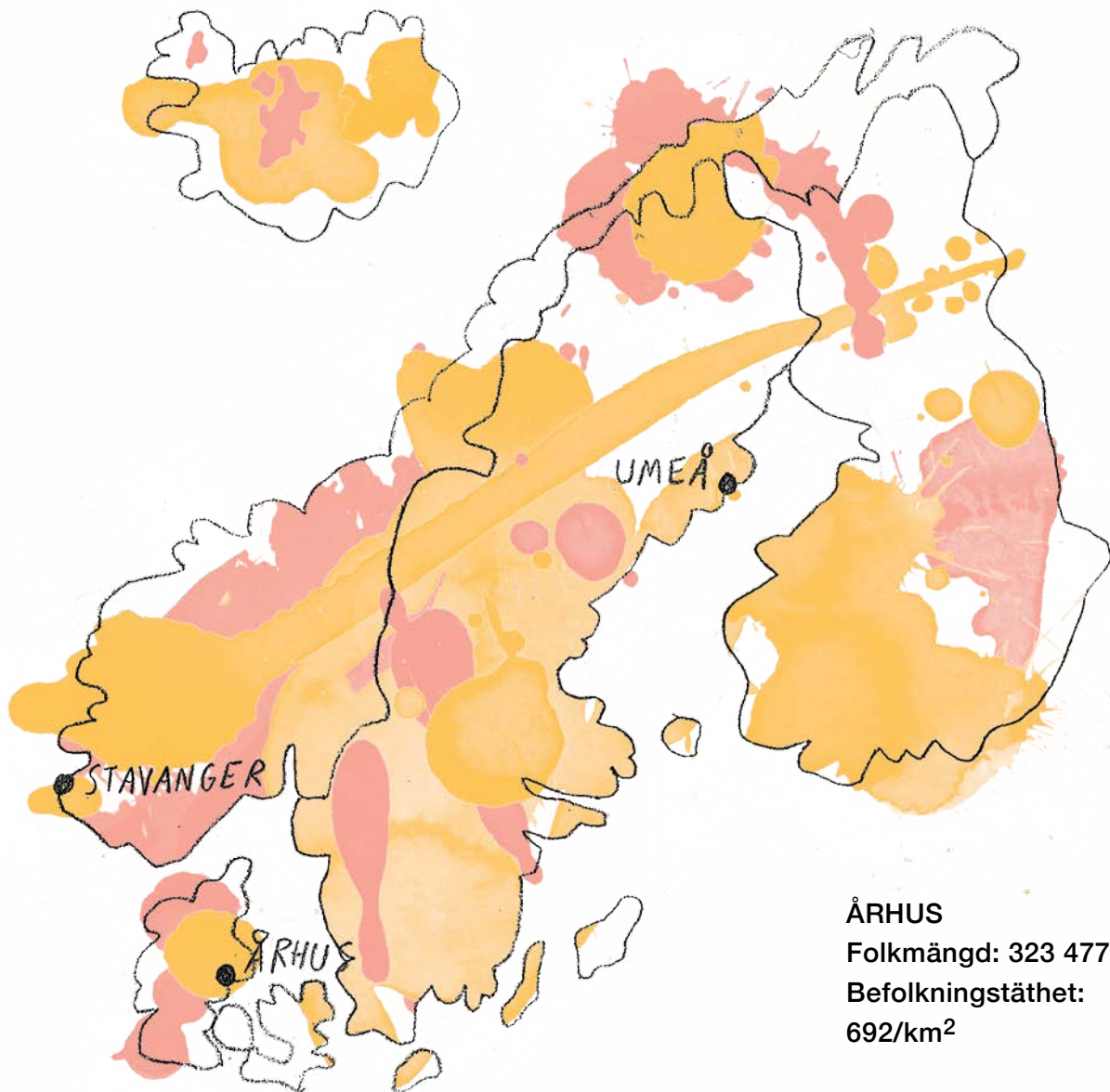
*Direktör
Nordens Velfärdscenter*



Sverre Nesvåg

*Forskningsleder
Korfor kompetansesenter*

¹ Næss, O., Opedal, S. & Nesvåg, S (2014): Room for action? How service managers in three Scandinavian cities experience their possibilities to develop their services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 31(3), 289-307



ÅRHUS

Folkmängd: 323 477

Befolkningstäthet:

692/km²

STAVANGER

Folkmängd: 130 000

Befolkningstäthet:

1815/km²

UMEÅ

Folkmängd: 120 000

Befolkningstäthet:

50/km²

I projektet har praktiker och forskare från Stavanger, Århus och Umeå deltagit.

STORA SKILLNADER INOM SUBSTITUTIONSVÅRDEN I NORDEN



BAKGRUND

Substitutionsvården för opiatberoende har varit kontroversiell i de nordiska länderna. Behandlingen nådde Sverige och Danmark redan på 60-talet, men har sedan dess gått två skilda vägar i de båda länderna. I Danmark blev den snabbt en central del av missbruksvården, medan utformningen ännu är omstridd i Sverige.

I Norge och Finland inleddes behandlingen på nationell nivå först på 90-talet. I Norge har antalet patienter ökat kraftigt sedan en lagförändring 2010 som liberaliserade regleringen. Finland har också minskat styrningen och ökat

tillgängligheten, men antalet patienter ökar inte i samma takt där. Sedan 2008 har andelen finska patienter som endast får läkemedel, utan annan vård, ökat. De nationella riktlinjerna för vården i Finland ger fria händer till dem som erbjuder behandlingen, vilket betyder att det finns många små enheter med olika praktiker.

LOKALA UTMANINGAR INOM VÅRDEN

Substitutionsbehandlingen varierar mellan de olika länderna, men i alla länder skriver patienter ut sig eller blir utskrivna. Varför? Vad är orsakerna bakom utskrivningarna? För att kart-

Den nordiska substitutionsvården i siffror

	Patienter inom vården	Antal enheter	Andel av befolkning med opioidbruk	Andel i behandling
Finland ¹	2439	161	0,24 %	16 %
Sverige ²	5252	114	0,07 %	73 %
Norge ²	7038	–	0,18 %	74 %
Danmark ¹	7600	58	0,23 %	–
Island ⁵	90-100	1	0,06 %	50 %



¹) 2011, ²) 2012, ³) 2008, ⁴) 2006, ⁵) 2013

lägga bakgrunden till att patienter avbryter sin substitutionsbehandling och därmed kunna förbättra vårdpraktiken intervjuades personer som avbrutit och återupptagit sin behandling.

Trots att praktiken skiljer sig åt mellan länderna, berättar de intervjuade patienterna i Sverige, Danmark och Finland att de inte blir hörda i sin behandling. De beskriver hur de vacklar mellan att se substitutionsbehandlingen som positiv, att vilja leva ett drogfritt liv och emellanåt en önskan att gå tillbaka till drogbruket. Men de tycker att vården inte ser deras önskningar och anpassas inte till deras individuella behov av vård och stöd, som också kan variera från en dag till en annan. Att behandlingen blir rutinmässig är en stor risk för vårdformer som har strikta regler och omgärdas av kontroll. De här intervjuerna visar, överraskande nog, att patienter både från Danmark, med sin liberala vård, och Sverige, som befinner sig i andra ändan av spektrumet, uttryckte samma kritik: att inte bli hörda.



Mera material, som enkäter, patientbroschyrer, rapporter och artiklar hittar du på nordicwelfare.org/ANDTgodpraktik

PATIENTENS EGEN ÅSIKT VIKTIG INOM SUBSTITUTIONSVÅRDEN

Inom NoLoM-projektet har patienter som avbrutit och återupptagit behandling intervjuats i Århus, Umeå och Esbo/Helsingfors. Syftet har varit att förstå varför behandlingen avbröts, varför den återupptogs och hur tiden utan behandling har sett ut.

ÅRHUS: LYSSNA PÅ PATIENTERNAS VILJA ATT BLI DROGFRIA

Danmarks substitutionsvård har den lägsta tröskeln i Norden. Patienten ska få vård inom två veckor, men väntetiden är i praktiken ofta kortare. Sidomissbruk eller kriminalitet under behandling sanktioneras inte och patienten behöver inte heller ha en fast bostad. Patienten får ta hem doser efter två veckor i behandling.

En brukarundersökning som gjordes vid Center for misbrugsbehandling i Århus 2013 visade att nästan hälften av patienterna önskade att rehabiliteras till drogfrihet. Den höga andelen överraskade vårdpersonalen.

Många av de som intervjuades i Århus uttrycker en önskan om ett opioidfritt liv, om att vara oberoende av både behandling och narkotika. De vacklar mellan att å ena sidan se fördelarna med att vara i behandling och att å andra sidan önska att leva ett drogfritt liv. Rädslan för återfall kan hindra dem från att försöka sig på ett liv utan medicinering, och ibland till och med från att uttrycka en önskan om det. Patienterna delar inte med sig av sina önskemål, men de känner att personalen inte heller frågar efter dem.

Ett centralt problem som framkommer i intervjuerna är att patienterna inte intervjuas systematiskt under behandlingens gång. Därför märker personalen inte om patienterna ändrar sina behandlingsmål. I början av behandlingen är den primära önskan ofta att stabilisera livet, men målet kan ändras med tiden. En del är

nöjda med substitutionsvården, andra inte.

Personalen borde vara lyhörd och ge råd och stöd till dem som vill trappa ner sin läkemedelsdos. Stöd från patientens familj och bekanta i samarbete med vårdpersonalen är viktigt under alla skeden: när patienten vill stabilisera sitt liv, trappa ner eller leva ett drogfritt liv.

Om vården plötsligt avbryts för att patienten vill leva helt utan opioider kan det resultera i återfall, vilket sker för ca 60 procent av patienterna. Det är lätt att bli återinskriven i behandling i Danmark, men ett återfall uppfattas ändå ofta som ett misslyckande och kan få dramatiska konsekvenser för patienten framtida behandling.

En systematisk uppföljning av patienter som lämnat behandlingen efterlyses, som ett sätt att följa upp orsakerna bakom avbrottet. Likaså kunde systematiska intervjuer med dem som återupptar behandling belysa orsakerna till att ett liv utan behandling inte lyckades.

UMEÅ: OKLARA REGLER FRUSTRERAR PATIENTERNA

För att bli inskriven i substitutionsvård i Sverige måste patienten vara minst 20 år och ha ett år av dokumenterat opiatbruk bakom sig. Patienten får inte heller testa positivt för andra droger än opiater under en månad innan vården inleds. Efter sex månader i vård kan patienten börja få doser med sig hem.

Patienterna som intervjuades i Umeå säger att det inte känns som att personalen lyssnar på dem. De beskriver framförallt en frustration över att behandlingens regelverk är oklara: att reglerna om uteslutning ur vården tillämpas godtyckligt och att de behandlas orättvist.

Den dubbla rollen som vårdpersonalen har inom substitutionsvården – att behandla och kontrollera – gör det svårt för patienterna att känna förtroende för personalen. Därför är det viktigt att patienterna vet vad som förväntas av dem, men också att personalen förklarar den vård som patienterna har rätt till. Då kan tillit mellan personal och patient byggas.

De intervjuade önskade mer psykosocialt stöd i samband med medicineringen. Det tudelade ansvaret mellan sjukvård och socialtjänst kräver att det finns ett tätt samarbete för att patienterna ska få en ändamålsenlig behandling. Efter som sjukvårdspersonalen också ansvarar för de disciplinära åtgärderna, så måste den psykoterapeutiska behandlingen skötas av en terapeut som inte arbetar på mottagningen.

ESBO/HELSINGFORS: ATT BLI BEROENDE AV BEHANDLINGEN

Substitutionsvården har två mål i Finland, att rehabilitera och nå drogfrihet eller att minska risken för skador och öka livskvaliteten. Efter det att patienten har bedömts vara i behov av vård måste hen vanligtvis vänta tre månader för att komma in i substitutionsbehandling.

De intervjuade i Esbo/Helsingfors säger att de inte bara känner sig beroende av opioider, utan också är beroende av själva behandlingen. De kan anse att livskvaliteten med behandling är bättre än när de var drogbrukare, men de siktar ofta på ett liv utan substitutionspreparat eller opioider. Detta trots att de är medvetna om risken för återfall. Om de avbryter vården måste de dessutom vänta tre månader för att få återuppta den.

Behandlingen borde ta i beaktande patienternas önskemål och stöda dem som vill avsluta sin behandling, så att det sker på ett kontrollerat sätt. De som intervjuades hade uteslutits ur behandlingen för att de agerat våldsamt, provocerade av behandlingens regler.

Rekommendationer

- Genomför enkäter bland patienterna för att kartlägga vad de tycker om hur verksamheten är uppbyggd. Använd svaren för att utveckla verksamheten.
- Dokumentera systematiskt avbrotten i substitutionsvården och deras orsaker. Många personer som avbryter vård har även psykiska problem och risken är stor för att de också avbryter.
- Sträva till att utbyta kunskap och idéer med grannkommuner för att jämföra lokala praktiker. Även om ni jobbar under samma regelverk, så kan arbetet i praktiken skilja sig åt.
- Var tydlig med vilka regler som finns för vården. Bara då kan patienten förstå vad som förväntas av dem. Sträva till att göra beslut tillsammans med patienten.



Överläkare Mikael Sandlund säger att det är problematiskt att balansera regelverket med behandling.

— FÄRDIGHETSTRÄNING OCH INDIVIDUELLA LÖSNINGAR EFTERLYSES —

Då mottagningen för substitutionsvård vid Norrlands Universitetssjukhus i Umeå intervjuade sina patienter framkom önskemål om tydligare information om behandlingens regler. Oklarheter ledde till osäkerhet och frustration bland dem som blev utskrivna. Det fick mottagningen att se över sina rutiner.

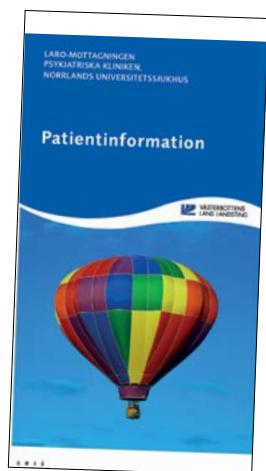
Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO) i Sverige är med nordiska mått mått strikt reglerad. Socialstyrelsens föreskrifter ger begränsat svängrum för dem som driver behandlingen, men däremot finns det frihet i hur man bemöter patienter och arbetar i praktiken. Det säger Mikael Sandlund, överläkare på psykiatriska kliniken inom beroendepsykiatri vid Norrlands Universitetssjukhus.

– Man arbetar med regelverket på lite olika sätt. För mig är en väldigt viktig ambition i mitt LARO-arbete att tona ner den disciplinära delen av verksamheten. Man kan mycket lätt hamna i en mer disciplinerande än behandlande roll gentemot patienten, säger Sandlund.

Sandlund beskriver en problematisk situation för personalen, där vården – det som persona-

len blivit utbildad i – lätt överskuggas av arbetet med att uppmärksamma patienter på olika regler.

Som en pilotstudie inom NoLoM-projektet intervjuades patienter som skrivits ut ur LARO-mottagningen. Intervjuerna visade att många patienter var osäkra på regelverket och önskade att de förtydligades. En förutsättning för att behandlingen lyckas är att patienterna vet från början vad som krävs av dem. Nu delar mottagningen ut en broschyr med information till patienterna. Broschyren beskriver behandlingsprogrammet i korta punkter, från ansöknings- och utredningsprocessen till vårdplanen och regler för exempelvis resor.



Broschyren som patienterna får beskriver behandlingen i korthet. Broschyren finns att ladda ner på nordicwelfare.org/ANDTgodpraktik.

– Det finns personer som inte kräver mycket engagemang från teamet. Sen finns det de som har det mer struligt. Jag skulle önska att det fanns två program inom LARO. Ett formaliserat för fungerande individer, som hämtar läkemedlet på apotek och träffar läkaren en gång om året, och en mottagning med lägre tröskel och större tolerans för avvikelser och större insatsberedskap. Behandlingen nu ger inte rum för individuella lösningar, säger Sandlund.

VI BEHÖVER MER METODUTVECKLING

Sandlund säger att han saknar specifika metoder för psykologisk behandling i samband med LARO. Många vill bara ha läkemedlet och inte mycket annan behandling, medan andra önskar terapi utöver medicineringen.

– För många klienter är medicin 99 procent av det man önskar och i en del fall det enda de behöver. Sen finns det ett stort antal personer som har behov av mer behandling. Här skulle det behövas metodutveckling. Det finns lite forskning om psykosociala insatser i kombination med LARO, säger Sandlund.

Sandlund säger också att det nya liv som många patienter börjar när de skrivs in i LARO-behandlingen ställer stora krav på personerna. Det är nya rutiner som ska följas, inte bara för att följa behandlingens regelverk, utan också för att anpassa sig till ett så kallat normalt liv. Sandlund pratar om färdighetsträning, hur man ska hantera vardagen.

– Det finns behov för konkret hjälp med att strukturera och planera sin dag. Man behöver strategier för att komma ihåg saker och för att få en dagsrytm. Många kommer från en bakgrund som inte har varit så strukturerad, säger Sandlund.

Under 2016 ska ett projekt om sömnstörningar bland LARO-patienter inledas i Århus, Umeå och Skellefteå. Sömnlöshet är vanligt bland patienterna och kan starkt påverka behandlingen.

– Nästan alla sover dåligt, önskar sömnmedel och en del får det. Men ibland måste de gå till en annan läkare för att få medicin och då kan det uppstå problem ifall man är LARO-patient, säger Sandlund.

BEHANDLINGEN BYGGS UPP EFTER KLIENTENS BEHOV

En brukarundersökning vid Center for Misbrugsbehandling i Århus visade att närmare hälften av patienterna inom den läkemedelsassisterade behandlingen ville bli helt och hållet drogfria. Problemet är att myter och rädslor gör att patienterna inte delar med sig av sina önskemål till personalen.

Vinnie Thomsen, chef för Center for Misbrugsbehandling, säger att det höga antalet inte är överraskande. Tidigare undersökningar har visat samma resultat.

– Brukarna vågar inte säga att de vill bli drogfria för det finns för det finns många som tror att man inte får vara i behandlingen om drogfrihet är ett mål. Samtidigt känner de att de är beroende av själva behandlingen och det tror jag ingen tycker är trevligt, säger Thomsen och hänvisar till reglerna inom behandlingen som styr patienternas liv.

– Vi måste undervisa personalen som delar ut läkemedlet. Det är de som först märker om brukare uteblir från behandlingen. Det är de som pratar med brukarna och har möjlighet att säga att vi också kan hjälpa med att uppnå drogfrihet om det är det de vill, säger Thomsen.

Många av patienterna, eller brukarna, som är i behandling är vana att leva ett liv där de ibland använder narkotika och ibland inte. I behandling känner de däremot att de alltid medicineras – att det är allt eller inget. Denna uppfattning borde förändras, säger Thomsen.

– Vi fokuserar på dem som avslutar sin behandling. Om de vill bli drogfria så borde vi inkludera dem i behandlingen och visa att de också kan använda behandlingen för att trappa ner.

INTERVJUER VISAR VÄGEN

Patienter som skrivs in igen efter återfall får en ny behandlingsplan. Personalen intervjuar bru-

karna om deras perspektiv på och mål med behandlingen. En tidsram planeras och efter varje samtal monitoreras hur situationen framskrider och förhållandet mellan klienten och personalen utvärderas. Detta sker via så kallad Feedback Informed Treatment (FIT).

– Nedtrappning planeras som en del av behandlingsplanen utefter klientens individuella behandlingsmål. Vi planerar när de vill börja trappa ner och under vilket tidsperspektiv, beskriver Thomsen.

Vad som också framkom i brukarundersökningen från 2013 är att de flesta vill ha individuell behandling framom gruppbehandling och att handledningen ska stöda dem i att nå sina mål, om det så är drogfrihet eller inte.

– Vår behandling utgår primärt från individuella behandlingsmodeller då det gäller substitutionsbehandling, men vi utvärderar alltid hurudan behandling brukaren vill ha, säger Thomsen.

Överlag betonar Thomsen vikten av klienternas sociala omgivning.

– Vi uppmärksammar vikten av det sociala nätverket i arbetet med att bli drogfri. Vi försöker säga att det spelar en viktig roll och uppmanar dem att låta närstående bekanta sig med behandlingen. Men det är inte lätt, det är svårt att ta in närstående, eftersom missbruket inte är något man talar om, säger Thomsen.



KRONIKK: **INNOVATION SPRUNGER UT FRA LOKALT ENTREPRENØRSKAP**

Ole Naess

Korfor kompetensesenter, Stavanger

I 2014 gjorde vi en studie av rusbehandlings-tjenestene i Stavanger, Århus og Umeå. Spørsmålet var enkelt. Vi spurte 23 ledere av rusbehandlingstiltak om muligheter og begrensninger for lokalt tjenesteutviklingsarbeid i en kontekst preget av tellekanter og standardiserte behandlingsformer.

Først. Ingen tvil om at respondentene i vår undersøkelse var trøtte og leie av å rapportere på nøkkeltall om og om igjen. De mente det gikk mye tid på å serve ulike myndighetsnivå med data, uten at de helt så hva som kom ut av det. Jo da. Mange var oppgitte over ulike former for bestiller/utfører modell. Å, ja. Mange syntes det var for mange retningslinjer å holde styr på. Og helt klart. Samhandlingsutfordringer mellom tjenestene har ikke blitt mindre. Et hjertesukk fra Danmark (hvor de nylig har gjennomført en omfattende strukturreform) lød som følger:

«Du kan hilse Norge og Sverige fra meg og si at samhandlingsutfordringer ikke forsvinner fordi om vi slår sammen kommuner og endrer på organisasjonsstrukturer. De bare flytter seg».

Men! Så var det en historie til. Den ble tydeligere og tydeligere jo lengre ut i analysene vi kom. Medarbeidere og ledere i denne type tjenester møttes på kryss og tvers. De tok de samme

etter- og videreutdanninger, - de deltok på de samme seminarer og de hadde kontakt med sine respektive forskningsmiljøer. Forskningsmiljøene møttes også på felles konferanser, leste de samme artiklene og gjennomførte felles forskningsprosjekter. I sum ble det tydelig for oss at rusbehandlingstjenestene i disse tre Skandinaviske byene også lot seg påvirke av andre forhold enn myndighetsbestemt organisering og retningslinjer. Tjenestene består av sterke, profesjonelle og autonome aktørgrupper som selv velger hvordan de vil forholde seg til styringssignaler. Aktørene tar opp i seg styringssignaler og omformer dem slik at de passer til den aktuelle virkeligheten slik denne til enhver tid kommer til uttrykk.

I Stavanger har lokale ledere tatt initiativ til og startet et lavterskel oppsøkende behandlingsteam i partnerskap mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. I Umeå har Västerbotten Län og Umeå kommune opprettet en lavterskel alkohol og narkotikamottakelse. Århus har hentet inspirasjon fra NICE miljøet i England og bygget opp sitt senter for alkoholbehandling fra grunnen av. Felles for disse tre eksemplene (det var mange flere) er at de har sprunget ut fra miljøer preget av lokalt entreprenørskap, engasjerte ledere og medarbeidere i ulike former for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

DET DOLDA ALKOHOLBRUKET VANLIGARE ÄN MÅNGA TROR



Konsekvenserna av ett riskfyllt alkoholbruk kan ta sig olika former. Det kan påverka utvecklingen av sjukdomar eller leda till olycksfall. I många fall är det riskfyllda alkoholbruket dolt för läkare och arbetsgivare, men ibland också för familj och vänner. Det finns klara fördelar med att uppmärksamma riskerna med alkohol i ett tidigt skede. NoLoM-projektet har identifierat två arenor för sådana interventioner.

De flesta alkoholrelaterade problem går obemärkta förbi inom hälsovården. Problemen kan variera från hjärt- och kärlsjukdomar och leverskador till trötthet, infektioner och cancer. En norsk studie visar att inte mer än 20 procent av de alkoholrelaterade problemen i Norge uppmärksammas inom social- eller hälsovården. Det är ett stort mörkertal, som i det långa loppet kan ha en stor inverkan på både livskvalitet och kostnader för samhället.

Till gruppen med ett dolt alkoholbruk hör de som har ett skadligt eller riskfyllt alkoholbruk. De alkoholrelaterade problemen är inte alltid de typiska, som skrumplever eller beroende, utan kan vara indirekta sjukdomar eller skador som orsakas eller förvärras av alkoholbruk. Olycksfall, högt blodtryck, infektioner som aldrig går om eller sår som aldrig läks är några av de följder som kan komma från ett skadligt alkoholbruk. Till kategorin hör också personer som bara har

ett riskfyllt alkoholbruk och vars alkoholbruk i framtiden kan leda till komplikationer.

Inom NoLoM-projektet identifierades två arenor där dolt alkoholbruk kan uppmärksammas och diskuteras och metoder utvecklas. Den första är somatiska sjukhus, där patienter söker vård för sjukdomar eller symtom som kan vara relaterade till alkoholbruk. Den andra är lågtröskelmottagningar för alkohol- och drogbehandling.

PRIMÄRVÅRDEN EN NYCKELARENA

En persons skadliga alkoholbruk är ofta känt bland familjer och vänner, men är inte alltid lika synligt för kollegor och andra nätverk. Här spelar somatiska sjukhus en nyckelroll för att identifiera och uppmärksamma ett riskfyllt alkoholbruk. Upprepade besök på hälsovårdscentralen för samma åkomma eller spår av alkohol i blodet kan signalera att ett samtal om alkohol är på sin plats. Att tydligt förklara sambandet mellan patientens hälsotillstånd och hur det påverkas av alkohol är en bra grund för samtal och minskar riskerna för stigmatisering och moralisering kring en persons dryckesvanor.

I Stavanger har en modell med alkoholrådgivare, eller så kallade ruskonsulenter, utvecklats. Kärnan i modellen är att läkare och sjuksköterskor vid somatiska sjukhus lär sig att identifiera patienter med ett riskfyllt alkoholbruk och hänvisar dem till en ruskonsulent för samtal. Målen med samtalen kan variera från patient till patient, med det huvudsakliga målet att göra patienten uppmärksam på sitt alkoholbruk.

Under de fem år som Stavanger Universitetssjukhus har haft ruskonsulenter anställda på heltid, så har allt fler patienter hänvisats till samtal och modellen har visat sig vara effektiv för att nå personer med ett dolt alkoholbruk. I början av försöket hänvisades mest patienter med lever-, hjärt- och kärlsjukdomar, men med tiden har uppfattningen om vad som är ett riskfyllt drickande utvidgats, och patienter med andra symptom har börjat hänvisas till konsulenterna. På

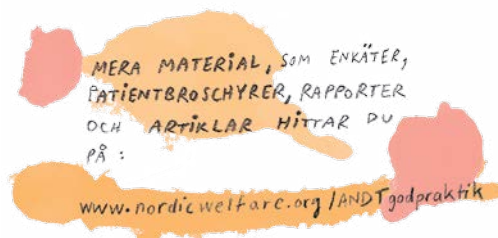
sidan 16 har vi intervjuat ruskonsulenten Hege Tvedt om hur hon arbetar i praktiken.

TILLGÄNGLIGHET VIKTIG FÖR ATT NÅ DOLT ALKOHOLBRUK

Ett annat område som har uppmärksamats inom forskargruppen är behovet av mottagningar för personer som i det stora hela lever ett stadig liv, men som är oroliga för sitt alkoholbruk. Detta är en grupp som kanske anser att steget till att kontakta socialtjänsten är allt för långt och att allt de egentligen behöver är att diskutera sitt alkoholbruk med någon.

Alkohol- och drogmottagningen i Umeå är ett exempel på en sådan lågtröskelmottagning som grundades för att fylla ett tomrum i vårdutbudet. Principen är att personer som kontaktar mottagningen – även anhöriga kan ringa in – ska bli erbjudna en träff så snabbt som möjligt. Mottagningen kräver ingen remiss, utan det ska vara som att ringa tandläkaren, som mottagningens samordnare Lena Häggström säger i intervjun på sidan 22.

Precis som med alkoholrådgivningen på sjukhusen i Stavanger och Umeå så är målet att personen med missbruket själv ska bli uppmärksam på konsekvenser som ett missbruk kan ha – både på andra i omgivningen och på den egna hälsan.



Mera material, som enkäter, patientbroschyrer, rapporter och artiklar hittar du på www.nordicwelfare.org/ANDTgodpraktik



Nathalie Idsøe (första från höger) och Hege Tvedt (andra från höger) har arbetat som ruskonsulenter vid Stavanger Universitetssjukhus i tre år. Över 750 patienter hänvisades till dem år 2014, en rejäl ökning från tidigare år.

— RUSKONSULENTEN NÅR DET DOLDA — ALKOHOLBRUKET

Stavanger sjukhus har sedan 2010 haft två ruskonsulenter som är anställda med en enda uppgift – att diskutera riskfyllt alkohol- eller drogbruk med patienter som blir inskrivna på somatiska avdelningar. På sju år har antalet samtal ökat tiofaldigt och nu har flera andra sjukhus i Norge startat liknande verksamheter.

Upp till var femte patient som blir inskriven på Stavangers Universitetssjukhus behöver vård för sjukdomar eller symtom som är alkoholrelaterade. Det kan handla om att man fallit medan man är berusad, om hjärt- eller kärlsjukdomar eller om epileptiska anfall. Om man kan uppmärksamma patienternas riskfyllda alkoholbruk kan det försnabba tillfriskningen och hindra att sjukdomarna utvecklar sig.

Lösningen kan vara så enkel som att minska alkoholbruket.

Vid Stavangers Universitetssjukhus jobbar Hege Tvedt tillsammans med sin kollega Nathalie Idsøe som ruskonsulenter. Tvedt har en bakgrund som socionom och Idsøe som sjuksköterska inom alkohol- och drogfältet. De är båda anställda på heltid för att samtala med patienter som har ett riskfyllt alkoholbruk.

SJUKVÅRDSPERSONALEN IDENTIFIERAR, RUSKONSULENTEN INGRIPER

Upplägget är enkelt. Avdelningspersonalen, det vill säga läkarna och sjuksköterskorna, identifierar patienter som kan ha ett riskfyllt alkoholbruk – illegala droger hör också till ruskonsulenternas område, men de flesta fall är alkoholrelaterade – och hänvisar dem vid behov till en ruskonsulent, som sätter sig ner och pratar med patienten.

– En viktig del av arbetet är att läkaren gör patienten uppmärksam på alkoholbruket. Om patienten kommer in med alkohol i blodet så måste läkaren ta det i beaktande och det ger en anledning att hänvisa till ruskonsulenten, säger Tvedt.

Alkohol är ett känsligt tema att ta upp. Det omgärdas av ett stigma, som lätt kan förstärkas av hur patienterna blir bemötta.

– För några låter det som att man anses ha ett stort alkoholproblem då man hänvisas till oss. Det beror väldigt mycket på hur läkaren tar upp ämnet. Frågar de om patienten har lust att prata med en konsulent, så säger många nej. Det är ingen som har lust att prata med en okänd person om ett sådant tema.

Tvedt betonar hur viktigt det är att patienten själv känner att ett samtal med ruskonsulenten är relevant för hälsan. Det är viktigt att läkarna hänvisar till patientens hälsotillstånd då de tar upp frågan om alkohol, så att patienten ser nytan i samtalet.

Ruskonsulenterna har informationstillfällen med nya läkare två gånger om året för att informera om sitt arbete. Antalet patienter som hänvisas till ruskonsulenterna har ökat tiofaldigt sedan tjänsten inleddes som försök 2008 – siffran har stigit från ett 80-tal till över 750 år 2015. Hänvisningarna kommer från allt fler avdelningar och symtomen bland dem som hänvisas har breddats.

– Tidigare berodde hänvisningarna på tydliga alkoholrelaterade diagnoser, som alkoholförgift-

ning, abstinens eller delirium. Men nu beror allt fler på indirekta diagnoser, som bröstsmärtor, kramper eller olycksfall i berusat tillstånd, säger Tvedt.

Det är just det som har varit huvudmålet med ruskonsulenttjänsten – att nå det dolda alkoholbruket. En person med ett tydligt beroende är lätt att identifiera, men då det gäller skadligt eller riskfyllt bruk så kan det vara svårare att se problemerna som kan uppstå på grund av alkohol.

– De som har ett dolt bruk har kanske aldrig fått prata med hälsovårdspersonal om alkohol. Det är lättare att nå någon i ett tidigt skede än någon som druckit i 30 år. Därför är det viktigt med tidiga interventioner.

Tvedt och Idsøe har inte sitt kontor på själva sjukhuset, dels på grund av att avdelningarna är utspridda över staden och dels för att inkludera och ge ansvaret till sjukhuspersonalen i identifieringen av alkoholproblem.

– Om vi fanns på avdelningen så hade vi väldigt lätt fått ansvaret för allt som har med rus att göra och då hade personalen inte lärt sig lika mycket om identifiering av riskbruk. Det ska vara ett tudelat ansvar, som kan öka kompetensen hos hela personalen, säger Tvedt.

UPP TILL EN TIMMES SAMTAL

Ruskonsulenten besöker bara patienter som blir inlagda på sjukhuset, det vill säga de måste stanna på sjukhuset längre än fem timmar. Om läkaren eller sjuksköterskan anser att det finns behov för samtal så skickas en hänvisning till Tvedt och Idsøe.

– Folk är inte inskrivna länge på sjukhuset så vi måste vara snabba. Vi läser hänvisningen och relevanta delar av journalen. Sen tar vi beslut om det är en patient i vår målgrupp, säger Tvedt.

Patienter delas in i två målgrupper, den primära och sekundära. Till den primära gruppen hör personer med dolt riskfyllt alkoholbruk, i den sekun-



*Över 750 patienter hänvisades
till ruskonsulenten 2014.*

dära personer med ett förflutet av alkoholproblem.

– Våra samtal kan vara till och med en timme om det finns behov, beroende på bland annat patientens tillstånd och på hur pratsam patienten är. Vi frågar om familjesituation, arbete, sociala nätverk och livsstil. Det är viktigt att förstå vad patienten själv tänker om sitt alkoholbruk, om vilken funktion det har och om de önskar en förändring. Vi vill att patienten ska bli uppmärksam på sitt alkoholbruk, så att de kan besluta om förändringar som de själva anser vara förnuftiga.

Behovet av intervention kartläggs. Det kan variera från långsiktig behandling till att göra upp en plan för hur man kan trappa ner bruket.

Tre av fyra som Tvedt pratar med är hänvisade från observationsavdelningen på akuten. Det är patienter som ganska snabbt blir utskrivna, så

vanligtvis hålls bara ett samtal med patienterna på sjukhuset. Ungefär 10 procent av alla samtal är uppföljningar efter sjukhusvistelsen.

– Dessa möten har vi om patienten önskar en förändring. Vissa bestämmer sig på sjukhuset för att inte dricka mer och då kan vi ha ett samtal fyra veckor efteråt för att fråga hur det har gått. Vi kan hjälpa med att göra upp en plan eller diskutera en mer långsiktig missbruksbehandling om det finns behov för det, säger Tvedt.

MODELLEN SPRIDER SIG I NORGE

Stavangers modell med ruskonsulenter anses vara ett lyckat sätt att nå personer med ett dolt alkoholriskbruk och har hjälpt sjukhuspersonalen att ta upp alkoholfrågan med patienter. Sedan 2013 har flera norska sjukhus börjat fokusera på alkoholbruk hos patienter inlagda på somatiska sjukhus. Ruskonsulenterna från de olika sjukhusen träffas två gånger om året för att utbyta erfarenheter.

Personalen på avdelningarna identifierar personer med ett riskfyllt alkoholbruk och hänvisar dem till ruskonsulenten. Ruskonsulenten bedömer behovet av åtgärd tillsammans med patienten.

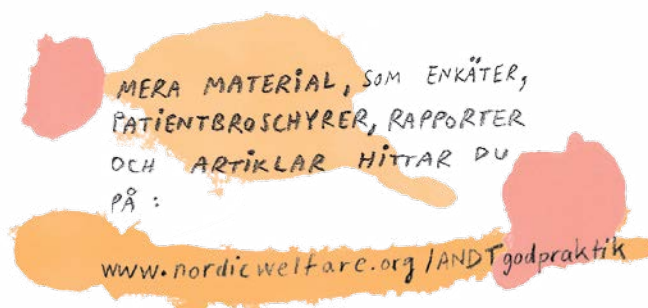
Vad personalen på avdelningen kan tänka på:

- Kan sjukhusbesöket vara alkoholrelaterat?
- Finns det tecken i blodprover eller från tidigare besök?
- Är patienten bekymrad över sitt alkoholbruk?
- Diskutera patienten med en kollega och skicka en hänvisning.
- Informera patienten och motivera varför du hänvisar till ruskonsulenten.
Ex. "Du har fallit och blodproverna visar att..." eller "Här är det rutin att hänvisa till en ruskonsulent då alkohol kan vara en bidragande faktor till sjukhusvistelsen".

Ruskonsulentens uppgift:

- Läs patientens journal
- Finns det tidigare sjukhusvister relaterade till alkohol?
- Har patienten haft kontakt med missbruksvården tidigare?
- Har patienten familj, barn, jobb eller andra nätverk?
- Samtal med patienten. Vad tänker patienten själv? Uppmärksamma patienten på det egna alkoholbruket och kopplingen mellan alkohol och hälsa.
- Åtgärd. Utredda behov för uppföljning hos egenläkare eller vid kommunala tjänster.
- Egenläkaren* meddelas om samtalet.

** Sedan 2001 har varje norrman rätt till en egen allmänläkare, en "fastlege", som man ofta håller sig till en längre tid.*



Mera material, som enkäter, patientbroschyrer, rapporter och artiklar hittar du på www.nordicwelfare.org/ANDTgodpraktik



— UPPDRAG: ERBJUDA LÄTTILLGÄNGLIGA SAMTAL OM ALKOHOL —

Alkohol- och drogmodtagningen i Umeå har ett huvuduppdrag: att vara så lättillgänglig som möjlig. Modtagningen grundades för att nå de personer som inte kan kontrollera sitt alkoholintag, men som ännu inte anser sig vara i behov av att kontakta socialtjänsten. Man kan ringa dygnet runt och en träff kan arrangeras redan nästa dag, men ännu brottas modtagningen med snedvridna uppfattningar om vad ett alkoholmissbruk är.

För en tid sedan började man uppmärksamma en grupp patienter som regelbundet besökte sjukhusets akutmodtagning. De kunde återkomma med liknande symptom gång på gång och kunde visa tecken på ett riskfyllt alkoholbruk, som ofta är dolt från läkare och andra sociala nätverk och diskuteras därför sällan. Personen som dricker kanske inte själv anser sig ha ett problem eller inser inte de konsekvenser alkoholintaget kan ha på hälsan.

– Politiker och tjänstemän insåg att det fanns en lucka i vårdutbudet och att det saknades en missbruksmodtagning inom primärvården för personer som inser att de har problem, men som inte skulle söka sig till socialtjänsten. Vi fick ett uppdrag med den specifika uppgiften att vara lättillgänglig för denna grupp, säger Lena Häggström som är samordnare för Alkohol- och drogmodtagningen i Umeå.

Mottagningen började sin verksamhet i september 2008 för den här målgruppen, men också för anhöriga till personer med missbruk. På mottagningen jobbar ett mångprofessionellt team med kuratorer, socialsekreterare, psykolog, sjuksköterska och läkare. Mottagningen kan nås per telefon och den som ringer får direkt tala med någon.

– Man blir erbjuden att komma in för ett samtal redan nästa dag. Man behöver ingen remiss, det är som att ringa tandläkaren, säger Häggström och betonar att det är en erbjudande verksamhet, det vill säga att de som söker stöd ska själva uppfatta sitt alkoholbruk som problematiskt och vilja ha hjälp.

ANHÖRIGA OCKSÅ VÄLKOMNA

Mottagningen tar emot personer som själva har missbruksproblem och även anhöriga. Telefonsamtalen fördelar sig jämnt mellan de två olika grupperna, men Häggström har en känsla av att andelen anhöriga har ökat under 2015.

– De anhöriga bokar sällan in tid för samtal utan frågor om råd. Med anhöriga är det viktigt att få hjälp direkt för det är ofta en plötslig händelse som har fått dem att ringa, säger Häggström.

De som söker stöd erbjuds fem träffar för att diskutera sin livssituation och bestämma behovet av behandling. Man diskuterar också allmänna strategier för att minska det vardagliga alkoholbruket. För de anhöriga handlar samtalerna om hur man hanterar problem som uppstår med en annans persons alkoholmissbruk.

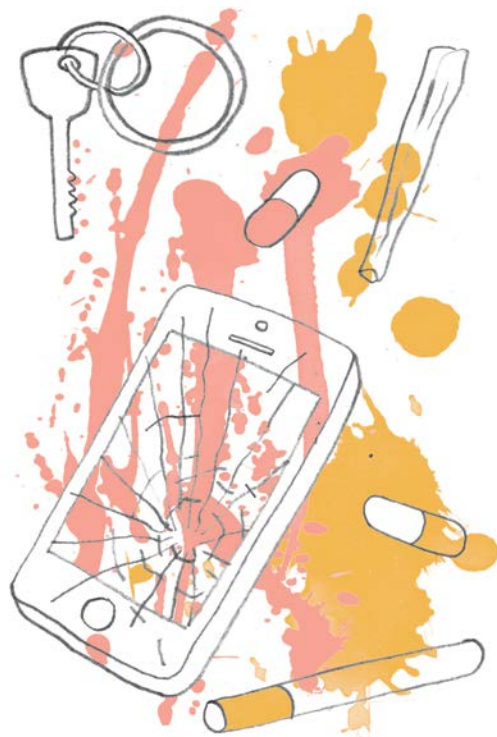
– De som varit inne för fem samtal blir uppringda efter sex månader för en uppföljning dels om hur livssituationen ser ut, dels för att följa upp om åtgärden haft verkan. Vi vill att det ska finnas en tråd kvar till behandlingen och alla blir erbjudna att komma in för ett nytt samtal, säger Häggström.

BROTTAS MED STEREOTYPIER

Det har blivit lättare att prata om alkohol, anser Häggström, och bilden av vad som är ett missbruk breddas alltjämt. Kändisar berättar om sitt alkoholmissbruk och missbruk sett ur de anhörigas synvinkel uppmärksammas allt mer i medier. Men den stereotypa bilden av en person med missbruksproblem är ännu svår att ändra. Mottagningens målgrupp – personer som förutom ett riskfyllt alkoholbruk har ett stadigt liv: jobb, familj och bostad – blev inte uppmärksammade inom den somatiska vården till att börja med.

– När mottagningen hade varit i gång en tid upptäckte vi att det fanns personer som var kända inom somatiska vården på grund av upprepade alkoholrelaterade besök men som var helt okända för socialtjänsten och aldrig hade fått någon behandling för sina alkoholproblem. Det fanns inte någon tradition inom somatiken att lotsa patienter vidare mot socialtjänsten eller annan missbruksvård. Det här är något som till exempel alkohol- och drogsjuksköterskorna har hjälpt att ändra på, säger Häggström.

— UNGA VILL VETA VEM DE PRATAR MED —



Tonårstiden kan vara en känslig tid för många. Psykisk ohälsa, trivsel-, alkohol- och narkotikaproblem kan bli faktorer som påverkar skolgången och hur det framtida livet formas. Därför är det viktigt att hitta de unga som visar tecken på dessa problem. Center for Rusmiddelforskning i Århus har utvecklat en enkät som kombinerar frågor om trivsel med frågor om drogvänor.

Många unga skulle gärna tala om sina problem med en rådgivare, men tröskeln för att göra det självant kan kännas hög om rådgivaren är obekant sedan tidigare. Det är en av erfarenheterna av ett försök med att kombinera en enkät med en intervention som gjordes i Århus 2014. Målet var att identifiera unga i 16 till 17-års åldern som har utvecklat ett missbruk och som upplever psykisk ohälsa eller trivselproblem.

En grundläggande idé bakom enkäten UngMap, som har utvecklats av Center for Rusmiddelforskning vid Århus universitet, har varit att

kartlägga ungas psykiska hälsa och välmående tillsammans med frågor om alkohol- och narkotikavanor. Bruk av droger kan bero på problem i den generella trivselen eller vice versa och för att förstå ungas situation krävs det kunskap om alla dessa livsområden. En central tanke bakom UngMap var att utveckla en enkel metod som kartlägger elevers trivsel, men som inte belastar skolan.

Verktöget UngMap består av en webbaserad enkät och ett datorprogram som sammanställer resultaten. Enkäten består av frågor om externa-

liserade faktorer (konflikter, hyperaktivitet eller skol- ning), internaliserade faktorer (depression, ångest eller självmordstankar) och sociala faktorer (kontakt till föräldrar och vänner) som påverkar trivseln. I ett försök i Århus 2014 prövade man även se om kartläggningen samtidigt kunde användas för att identifiera elever med problem. Eleverna fick möjligheten att be om personlig feedback på sina svar. Alla som begärde feedback, även de som inte visade tecken på ohälsa, fick ett personligt skriftligt utlåtande. De unga som ansågs ligga i riskgruppen för att utveckla psykiska problem, missbruksproblem eller andra sociala problem blev uppmanade att kontakta en ungdomsrådgivare.

MÅNGA VISAR TECKEN PÅ PROBLEM, FÅ SÖKER HJÄLP

I skolundersökningen 2014 ombads elever på tionde klasser¹ i Århus att fylla i enkäten. Eleverna fick fylla i den elektroniskt under skoltid antingen anonymt eller med kontaktuppgifter om de ville få feedback på sina svar.

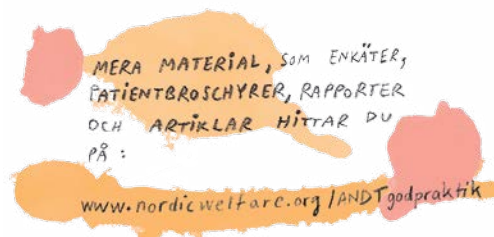
Två av tre elever svarade på enkäten, varav en tredjedel bad om feedback. Många av dem hade upplevt mobbning eller känt sig försummade av sina föräldrar. Hälften av alla som svarade att de hade känt sig kraftigt påverkade av ensamhet, depression eller självmordstankar under den senaste månaden bad om feedback. Det samma gällde en tredjedel av dem som använt illegala droger under den senaste månaden.

Alla de som skickade med kontaktuppgifter fick personliga svar från en forskare vid Århus universitet. Förutom kommentarer på sina svar fick ungdomarna ett telefonnummer till en ungdomsrådgivare om de ville prata med någon. De som visade tydliga tecken på psykisk ohälsa eller en hög konsumtion av alkohol och narkotika rekommenderades uttryckligen att kontakta rådgivaren.

LÄRDOMEN: EN MER PROAKTIV STRATEGI?

Ingen av eleverna kontaktade rådgivaren trots att de hade visat tecken på allvarliga problem, som självmordstankar, ensamhet, mobbning och bruk av narkotika. Många unga tycks gärna berätta om sina problem, men känner ett hinder för att självmant ta kontakt med obekanta rådgivare.

Försöket visade att telefonnumret inte fungerar för att närma sig unga med problem. Att rådgivaren är en anonym person i andra ändan konstaterades vara en stor utmaning. UngMap används fortfarande, utan hotline-delen för att kartlägga elevers trivsel och alkohol- och drogvänor. Detta har öppnat upp dörren för andra former av interventioner. På sidan 24 berättar professor Mads Uffe Pedersen om hur UngMap används som ett sätt för skolor att kartlägga sina elevers välmående och visa vilka resurser de behöver för sitt arbete med de ungas välmående.



Mera material, som enkäter, patientbroschyrer, rapporter och artiklar hittar du på www.nordicwelfare.org/ANDTgodpraktik

¹ Tionde klass, eller efterskola, är ett extra år som är möjligt att ta mellan grundskolan och gymnasiet. En del väljer det tionde året för att förbättra sina betyg eller för att ta en ett mellanår innan man vidareutbildar sig.

— UNGMAP UPPMÄRKSAMMAR LÄRARE — PÅ ELEVERS TRIVSEL

Webbenkäten UngMap används i Danmark för att kartlägga hur skolungdomar mår. Den har blivit ett verktyg för skolor att visa vilka problem som deras elever upplever och vilka resurser de behöver från kommunen.

UngMap är Danmarks mest använda screening-verktyg inom missbruksbehandlingen av unga under 18 år. Verktöget är egentligen utvecklat för att kartlägga hur ungas bruk av alkohol och narkotika förhåller sig till deras generella trivsel. Frågepaketet är insamlat från ett antal olika screening- och interventionsverktyg, men utgår från tanken om att ungas nätverk och trivsel har en stor inverkan på bruket av alkohol och narkotika. Själva verktöget består av en elektronisk enkät och ett datorprogram som behandlar materialet.

De unga som når missbruksbehandlingssystemen i Danmark är i stor utsträckning de som har vad man kan kalla externaliserade problem. Det är de som kan ha svårt att koncentrera sig och hamnar lätt i konflikter, slagsmål och skolk från skolan. En annan grupp är unga med internaliserade problem, som depression och ångest, säger Mads Uffe Pedersen, professor vid Center for Rusmiddelforskning vid Aarhus universitet, som har utvecklat UngMap.

– Vi har två grupper av unga. Gruppen med utåtriktade problem är de som ofta knyts till drogmisbruk. Ser vi vem som kommer till behandling är det just den här gruppen och det är också de som är svårast att hålla kvar i behandling, säger Pedersen.

UNGMAP SOM POLITISKT VERKTYG

En skolundersökning bland 10-klassister i Århus utfördes 2014 för att dels undersöka elevernas välmående och dels för att användas som en interventionsdel där unga med problem eller unga i riskzonen för problem

blev uppmanade att ringa ett telefonnummer. Ingen använde sig av möjligheten och en av utmaningarna som identifierades var att eleverna inte visste vem det var de pratade med.

Feedbackdelen har försvunnit, men UngMap-undersökningen finns kvar och spelar nu en annan roll i skolorna. Med enkäten kan skolorna se hur deras elever mår, vilket har visat sig vara lyckat för att övertyga politiker om resurser.

– Vi har inte inkluderat feedbackdelen i undersökningen de senaste två åren. Skolorna har använt UngMap politiskt för att visa vilka unga de har i sin klass och vilka resurser de har behov av för att hjälpa dem som har problem, säger Pedersen.

Skolorna är pressade ekonomiskt och kommunen ska spara. Skolorna har använt undersökningen för att bevisa för politikerna att de behöver resurser för att förbättra elevernas välmående. Nu finns det en ungdomsrådgivare från missbruksbehandlingscentret i Århus som besöker 10-klassen varje vecka.

– Rådgivarna besöker skolorna och deltar i aktiviteter en gång i veckan så att de unga vet vem rådgivaren är. Rådgivarna finns nära eleverna och har ett tätt samarbete med lärarna.

Att elever kan sätta ett ansikte på rådgivaren sänker tröskeln, anser Pedersen. Telefonnummer som unga kan ringa till kan fungera, men Pedersen är skeptisk till om de unga som har de stora problemen nås av dessa insatser.

Pedersen säger att ett tätare samarbete har skapats mellan ungdomssektorn och 10-klasserna i Århus i och med rådgivare.

– Att rådgivaren är på skolan har ökat möjligheterna för att nå ut till unga med problem.

En förutsättning för UngMap-enkäten har varit att den inte ökar skolornas arbetsbörda, men Pedersen konstaterar att den har ökat lärarnas intresse för elevernas hälsa. Detta har också underlättat kontakten och ökat förståelsen mellan lärare och rådgivare.

– Vi har fokuserat på att enkäten inte ska belasta skolorna. Skolorna använder bara en timme på själva UngMap-undersökningen och det är det enda de behöver göra. Men resultaten har skapat ett intresse bland lärarna i skolorna och gett dem en inblick i hur deras klasser ser ut och hur deras elever mår, säger Pedersen.



— UNGMAP GÅR LÄTT ATT ANPASSA — TILL NORGE

UngMap-enkäten har använts i två skolor i Rogaland i Norge för att kartlägga trivselproblem, psykisk hälsa och rusproblem. Forskningsledare Sverre Nesvåg säger att de inte behövde anpassa enkäten mycket för att den skulle passa det norska samhället. UngMap är en bra enkät, men får betydelse först då den integreras i skolans verksamhet, enligt Nesvåg.

Jåttå videregående skole och Randaberg videregående skole i Rogaland i Norge har använt UngMap-enkäten för att undersöka elevers trivsel, användning av rusmedel och deras psykiska hälsa. Runt 440 elever svarade på enkäten och resultatet har överraskat skolorna.

– Omfånget av psykisk ohälsa överraskade skolorna. Men resultatet liknar de danska. Pojkar upplever till större grad externaliserade problem, som aggression och koncentrationssvårigheter, och flickor upplevde internaliserade problem, som ångest och depression, säger Sverre Nesvåg, forskningsledare vid Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning, som koordinerar undersökningen.

De som har externaliserade problem använder i större grad alkohol och illegala rusmedel, berättar Nesvåg. Men däremot är användningen av läkemedel vanligare bland dem som har internaliserade problem.

– Jag har en känsla av att de som har de externaliserade problemen är synliga i skolan och kan utveckla rusmedelsproblem väldigt snabbt. Rusmedel kanske kommer in i ett senare skede för de med internaliserade problem.

ENKÄTEN SKA STARTA DISKUSSION

Huvudmålet med undersökningen är att få igång en diskussion om trivsel, psykisk hälsa och rusmedel i skolorna. Resultaten från undersökningen ska presenteras för skollämnarna, eleverna och lärarna i skolorna.

– Ska man arbeta med rusmedel i skolorna så måste man ta omvägen via trivsel och psykisk ohälsa. Sambandet är så starkt att det inte går att förbises.

I Rogaland ska resultaten användas för att se vilka mönster i elevernas trivsel och vilka förebyggande åtgärder som behövs bland dem som upplever problem. Med stöd från resultaten hoppas Nesvåg på integrerat förebyggande av rusmedelsproblem och psykisk ohälsa.

– Vi borde koppla lärarmiljöer och trivsel tätare samman i skolan. Trivseln borde ses som en förutsättning för att lära sig, säger Nesvåg. Och trivsel kan vara kopplat till psykisk hälsa och bruk av rusmedel.

Det görs redan en del undersökningar av skolungdomars rusmedelsvanor, men fördelen med denna studie är att skolorna får se sina egna elevers resultat. Det skapar ett helt annorlunda engagemang, säger Nesvåg.

– UngMap ger en översikt men den får betydelse först då resultaten integreras i skolornas arbete. Att göra jämförande forskning är en positiv bisak, säger Nesvåg och säger att en komparativ studie mellan Danmark och Norge ska göras.

Den danska UngMap-enkäten översattes till norska, men det behövdes inte många fler anpassningar för att passa in i norska skolor, berättar Nesvåg. Frågor om snus saknades och sattes in.

– Det är en enkät som går lätt att anpassa till övriga Norden.

— NOLOM – EN INNOVATIONSMODELL FÖR — DEN NORDISKA VÄLFÄRDEN

Kerstin Stenius

Nordens Velfärdscenter Finland

Den här rapporten presenterar några resultat av NoLoM-projektet. Projektet identifierade tre medborgargrupper i tre nordiska städer – Stavanger, Århus och Umeå – där missbruksvården borde utvecklas: personer i substitutionsvård med både sociala och medicinska svårigheter, ungdomar i sena tonåren som är på väg in i ett problematiskt alkohol- och drogbruk, och personer med ett riskfyllt alkoholbruk som vårdas inom den somatiska sjukvården.

Vi hoppas förstås att resultaten och erfarenheterna i den här publikationen ska inspirera andra vårdenheter runtom i Norden att använda sig av de praktiska verktyg som har uppmärksammats inom projektet.

Men vi tror också att NoLoM-projektet kan inspirera till mycket mera.

Som projektledaren Sverre Nesvåg påpekar i inledningen i denna rapport utgick NoLoM-projektet från en speciell styrka i den nordiska förvaltningsmodellen, nämligen den kontinuerliga dialogen mellan den lokala (kommunala) och den centrala (statliga) nivån. I den nordiska välfärdssektorn föds nya idéer och verksamhetsformer minst lika ofta på den lokala nivån som på centralt håll. Sedan kan de i bästa fall spridas och eventuellt bli en del av de nationella riktlinjerna eller rekommendationerna.

I NoLoM ville vi starta utvecklingsarbetet med utgångspunkt i nordiska lokala jämförelser. Fördelarna med att jobba lokalt med utvecklingsarbete är flera. För det första är det lättare att beskriva och begripa ett mindre lokalt system. NoLoM:s arbete inleddes med en kartlägg-

ning av de lokala systemen för missbruksvård. Det gav deltagarna ett nytt perspektiv på den egna kommunens vård: vilka samarbetsproblem fanns, var var resurserna för små och var kunde de goda lokala lösningarna hittas? Det var också lärorikt att se hur liknande vårdenheter i andra nordiska länder, med annorlunda ramvillkor, tacklade liknande problem. Systemens delar, lagstiftningen och de existerande vårdstrukturerna ger visserligen viktiga och olika utgångspunkter. Men det finns ändå alltid en frihetsgrad i den praktiska verksamheten, oberoende av systemet.

Det andra särdraget med NoLoM-projektet, som också stärkte dess effekt, var det nära samarbetet mellan forskare, förvaltare och praktiker. Vi hade fördelen av att kunna involvera forskare med unika akademiska insikter om välfärdssystem som samtidigt hade en lokal förankring och ett starkt engagemang för att förbättra vården. Samarbetet i projektet har varit lika givande för alla parter. Det har redan resulterat i akademiska produkter och kommer att fortsätta också i form av forskningsprojekt.

Redan från början fanns tanken att NoLoM kunde fungera som en arbetsmodell för andra delar av välfärdssystemen, såsom äldrevården eller barnskyddet. De bästa praktiker som utvecklas i alla nordiska länder borde bli allmän egendom och befrukta varandra. Det gäller kanske särskilt de välfärdsområden där problemen är komplexa eller kroniska och det krävs samarbete över administrationsgränser, kunskap om forskningsläget, men också realism, fantasi och nytänkande. Här finns ett stort potentiellt arbetsfält för det nordiska samarbetet.

MEDLEMMAR I PROJEKTETS FORSKARGRUPP

Sverre Nesvåg

Korfor kompetensesenter, Stavanger (NO)

Ole Naess

Korfor kompetensesenter, Stavanger (NO)

Mads Uffe Pedersen

Center for rusmiddelforskning, Århus (DK)

Kirsten Skovsgaard

Center for rusmiddelforskning, Århus (DK)

Mikael Sandlund

Umeå universitet (SE)

Annika Nordström

FoU Västerbotten (SE)

Kerstin Stenius

Nordens Velfärdscenter Finland

Institutet för hälsa och välfärd

SoRAD, Stockholms universitet (SE)

PRAKTIKER SOM DELTAGIT I PROJEKTET

Århus: Helene Bygholm Risager, Tine Horn, Susanna de Lima, Hanne Dam, Vinnie Thomsen, Jannie Langballe Blenstrup Pedersen.

Umeå: Jan Brännström, Britta Eriksson, Birgitta Johansson, Lotta Kronberg, Anton Karlsson, Lena Häggström.

Stavanger: Eli Karin Fosse, Anne Helene Frostestad, Ole Hegg, Tonje Hoff, Brita Næss, Wiggo Wiborg, Sigrid Dalaker, Anne Kari Dahl, Marit Lohne, Hege Tvedt, Nathalie Idsøe

REFERENSER

Jonsson, B. (2013): *Vara opiatberoende och ha en vilja att leva ett anständigt liv*. Fördjupningsarbete, Umeå universitet.

Nordens Velfärdscenter (2015): *Utveckling av substitutionsvård för opiatberoende - resultat från en pilotstudie av lokal missbruksvård i fyra nordiska länder*. Pilotstudierapport. Nordens Velfärdscenter.

Næss, O., Opedal, S. & Nesvåg, S (2014): *Room for action? How service managers in three Scandinavian cities experience their possibilities to develop their services*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 31(3), 289-307

Pedersen, M-U., Frederiksen, K. & Pedersen, M. (2013): *UngMap. Resultater fra den nationale stikprøveundersøgelse 2014*. Center

for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Selin, J. (2013): *Local substance abuse treatment in the Helsinki region*. Nordens Velfärdscenter.

Selin, J., Perälä, R., Stenius, K., Partanen, A., Rosenqvist, P. & Alho, H. (2015): *Opioid substitution treatment in Finland and other Nordic countries: Established treatment, varying practices*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs 32(3), 311-324

Thomsen, V. (2013): *Fleksibel Substitutionsbehandling*. Center for Missbruksbehandling. Aarhus Kommune.

Umeå Kommun Socialtjänsten: Patientinformation. LARO-mottagningen, Västerbottens Läns Landsting.

**NORDENS VÄLFÄRDSCENTER
– EN INSTITUTION UNDER NORDISKA
MINISTERRÅDET**

Vi främjar och stärker den nordiska välfärdsmodellen.

Kunskap

**Vi samlar erfarenheter från de nordiska länderna inom
det välfärdspolitiska området.**

Vidareföring

Vi sprider kunskap via våra aktiviteter och nätverk.

Dialog

Vi skapar dialog mellan politiker, forskare och praktiker.

**Vi arbetar med
Välfärdspolitik
Funktionshindersfrågor
Arbetsinkludering**