

Riskbruk av alkohol

*Hur gör vi för att utveckla vårt
arbete i Västra Götaland?*

Dokumentation från
dialogkonferens i Göteborg
4 mars 2010



Riskbruk är ett begrepp som används för att uppmärksamma riskabel alkoholkonsumtion. Riskbruk behöver inte betyda att man har problem med alkohol här och nu, men att man kan få det i framtiden.

Riskbruk är vanligt. Forskning visar att 9 procent av kvinnorna och 17 procent av männen som har kontakt med primärvården har ett riskbruk. Det är sannolikt lika vanligt inom socialtjänsten. Vad kan vi göra i Västra Götaland för att stärka det arbete med att uppmärksamma riskbruk som redan påbörjats?

Det var utgångspunkten för den dialogkonferens som hölls i Göteborg den 4 mars

2010. Då samlades omkring

150 personer som på olika sätt arbetar för att

utveckla arbetet

med riskbruk av

alkohol i kom-

munerna i Väst-

ra Götalands län

samt hälso- och

sjukvården i

Västra Götalands-

regionen.



Fredrik Spak, psykiater, lektor och docent i socialmedicin vid Sahlgrenska Akademien

■ Att tidigt uppmärksamma riskbruk/missbruk av alkohol – vad är det vi pratar om och varför är det viktigt?

Hälsa och relationer i fara vid riskbruk

Många människor riskerar sin hälsa för att de dricker för mycket alkohol. Att bli uppmärksam på sitt riskbeteende kan räcka för att minska konsumtionen.

– Vi har goda metoder som vi vet fungerar. Men varför använder vi dem inte?, undrade Fredrik Spak.

Fredrik Spak har lång och bred erfarenhet av missbruksfrågor och behandling. Från avgiftning och behandling av narkomaner på 1970-talet, till dagens fråga om riskbruk av alkohol i de breda befolkningslagren och hur man implementerar arbetssätt för att nå dem som ännu inte fått uppenbara problem.

Att uppskatta antalet personer med riskbruk är svårt, men den pågående statliga Missbruksutredningen räknar med att cirka 900 000 svenskar har ett riskbruk av alkohol. Det är en långt större grupp än högriskgruppen som är beroende och behöver behandling för sitt missbruk. Inom alkoholforskningen kallas det för preventionsparadoxen – att riskerna för skador är stora hos högriskgruppen, men att lågriskgruppen är så många fler att de genererar de största problemen. Det kan illustreras med ”tratten” där det översta lagret består av många människor, men med relativt sett låg grad av social påverkan. Ju längre ner i tratten man kommer, desto färre personer ingår i den samtidigt som graden av social påverkan ökar.

Riskbruk kan definieras på två sätt, genom konsumtion eller symtom. Gränsen för när alkoholkonsumtionen

betraktas som riskfylld varierar, men i Sverige är den satt till 9 glas per vecka för kvinnor och 14 glas för män.

Man kan också använda måttet intensivkonsumtion, det vill säga hur mycket man dricker vid ett och samma tillfälle. Där är gränsen satt till mer än 4 glas för kvinnor och 5 för män.

– Det här är riktmärken. I andra länder finns andra gränser, konstaterade Fredrik Spak.

De symtom som tyder på riskbruk är till exempel försämrade relationer, dålig sömn, depression, högt blodtryck eller att man råkar ut för olyckor. Symtom som är väl kända på varenda vårdcentral.

– Det finns de som tycker att man inte ska ta upp frågan om patientens alkoholvanor förrän den kommer ”naturligt”. Men då uppmärksammar vi ju inte den i tid, betonade Fredrik Spak.

Det är främst tre skäl som gör att det är viktigt att uppmärksamma riskbruk. Det första är **hälsoproblemen**. Av de tio främsta orsakerna till sjuklighet och dödlighet intar alkoholen tredjeplatsen. Tobak kommer först och därefter blodtryck.

– Och man kan ju fundera på hur många av blodtrycksproblemen som beror på för mycket alkohol, påpekade Fredrik Spak.

Sociala problem, där riskbruket drabbar även andra än den som dricker, är en annan anledning. Bakom många olyckor, slagsmål och annat våld finns alkohol. Gravida kvinnor som dricker är också en del av den problembilden.

Den **förändrade alkoholpolitik** som blev ett resultat av att Sverige gick med i EU innebär att alkoholanvändningen har ökat och därmed riskbruket.

Det finns i princip två vägar att gå för att tidigt upptäcka riskbruk. Den ena är systematisk screening med hjälp av något standardiserat verktyg, till exempel Audit, Cage eller Tweak.

– Men det tar tid och skulle vi screena alla hela tiden skulle inte hinna med annat. Därför kan man använda delar av formuläret, menade Fredrik Spak.

– Det finns de som tycker att screening inte är klientcenterat. Struntprat! Det beror på hur man möter personen!

Den andra vägen att gå är att i samtalet med patient/klient alltid ställa frågan om alkoholvanor när det faller sig naturligt.

I dag finns evidens för att så kallade korta insatser på mellan 10 och 30 minuter har effekt, framför allt inom primärvården. Det finns ännu inga studier från andra verksamheter, till exempel inom socialtjänsten.

I mötet med patienten/klienten finns behandlingskoncept och –modeller att använda sig av. Fredrik Spak nämnde Frames, MI och biofeedback. Frames är en modell för motiverande rådgivning i sex steg. MI står för motiverande samtal (Motivational Interviewing) och bio-feedback är laboratorieanalyser av till exempel blodprover.

– MI tar tid att lära sig och man måste träna och hålla liv i kunskaperna. Biofeedback kan vara en positiv förstärkning, att man märker att värdena blir bättre när man dricker mindre.

Men vill patienten/klienten prata om alkohol?

– Ja, oftast, men det beror på hur behandlaren uppför sig. Timingen måste vara rätt och man ska undvika konfrontation.



Preben Bendtsen, professor i socialmedicin och folkhälsovetenskap vid Institutionen för medicin och hälsa vid Linköpings universitet

- Från teori till praktik – om implementering och institutionalisering av metoder för att uppmärksamma riskbruk



Forskning om implementering

En plan för att implementera ny kunskap ökar chansen att lyckas

I en ständig ström av ny kunskap och nya metoder blir det allt viktigare att förstå mer om hur människor och organisationer tar till sig det nya.

– Det finns mycket irrationellt kring hur ny kunskap sprids, sa Preben Bendtsen.

Tillsammans med sin forskargrupp, Lifestyle Intervention Research-gruppen, studerar Preben Bendtsen vad levnadsvanor betyder för hälsan samt hur man kan påverka människor till att förändra sina levnadsvanor. I detta ingår att också titta på hur metoder och arbetssätt kan implementeras inom hälso- och sjukvården.

– Det finns så mycket kunskap som inte används och det kan ta lång tid innan ny kunskap slår igenom, trots uppenbar evidens, sa Preben Bendtsen.

Den traditionella synen på kunskapsspridning är att det finns ett enkelriktat flöde av kunskap från forskningen till praktikerna. De är passiva mottagare som tar till sig en neutral och otvetydig kunskap som de kan börja använda direkt i praktisk handling.

Så fungerar det givetvis inte. Det finns en amerikansk studie som visar att bara drygt hälften av alla patienter i USA får den vård som är rekommenderad. En holländsk studie fann att endast två tredjedelar av de kliniska besluten överensstämde med riktlinjerna. Preben Bendtsen gav några historiska exempel på hur trögt kunskap rör sig:

– Det tog 264 år innan kapten James Lancasters

upptäckt att citronsaft hjälper mot skörbjugg slog igenom i handelsflottan. I mitten på 1800-talet upptäckte dr Semmelweis ur viktigt det är att tvätta händerna inom sjukvården. Det är fortfarande ett stort problem att personal inte sköter handhygien tillräckligt.

Andra studier visar att även om kunskapen om en ny metod finns, dröjer det innan det stora flertalet börjar använda den.

Inom implementeringsforskningen finns olika skolor. I dag talas det mycket om evidensbaserad medicin (EBM), som handlar om att systematiskt söka, utvärdera och utnyttja moderna forskningsresultat som underlag för beslut i klinisk verksamhet. Implementeringsforskningen, som började under 1990-talet, utgår från EBM och fokuserar på interventioner som ska förändra beteendet hos praktiker.

För att medarbetarna i en organisation ska ta till sig en nyhet eller förändring krävs att de ser att det finns fördelar med den nya metoden. Den får inte vara för krånglig eller svår att anpassa till nuvarande arbetssätt och man vill gärna kunna se ett resultat av innovationen.

Individerna i en organisation är också olika benägna att ta till sig en nyhet. Ett fåtal är på hugget och tar till sig allt nytt. Andra är lite mer avvaktande men positiva. Majoriteten är med på tåget efter ett tag, medan en mindre grupp är mycket misstänksamma mot allt nytt.

– Alla dessa finns på en arbetsplats, vilket förklarar varför det ser ut som det gör när nya metoder ska införas, konstaterade Preben Bendtsen.



Organisationens struktur, som storlek och ledarskap, har också betydelse, liksom dess kultur och arbetsätt. Somliga organisationer är mer förändringsbenägna än andra. Genom att ta ett steg i taget och följa en plan ökar chanserna för att implementeringen lyckas:

- Identifiera behovet – finns det ett gap mellan vetenskap och praktik?
- Identifiera hinder för att ändra arbetsätt
- Studera möjliga implementeringsstrategier
- Skraddarsy implementeringsstrategin
- Genomför implementeringen

- Utvärdera implementeringsprocessen
- Utvärdera det nya arbetsättet

Det är också viktigt att ha en realistisk syn på implementering. Forskningsbaserad kunskap är sällan neutral utan ingår alltid i ett sammanhang. Praktikerna har sina erfarenheter som de införlivar med forskningsrönen.

– Därför är det viktigt att respektera den praktikbaserade kunskap som finns och ge tid till att reflektera kring den nya kunskapen och hur den kan passa in i den ordinarie verksamheten. Och så vill jag veta om det nya är till någon fördel för mig?

Lästips

- **Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst.** En forskningssammanställning av Karin Guldbbrandsson. Folkhälsinstitutet 2007. Finns att ladda ner som pdf från www.fhi.se
- **Att förändra socialt arbete: forskare och praktiker om implementering.** Knut Sundell, Maria Roselius. Gothia förlag 2008.

Trögt på vårdcentralerna men lättare på MVC

Att införa en ny form av alkohlrådgivning inom primärvården gick trögare än väntat. Däremot var det inga problem med att få personalen inom mödrahälsovården att börja använda Audit.

Det är LIR-gruppen vid Linköpings universitet som i samarbete med Östergötlands läns landsting har följt ett antal projekt som handlar om implementering av nya arbetsmetoder.

Det ena som rörde primärvårdens inställning till alkoholpreventiva insatser och inleddes i början av 2000-talet.

– Efter första fasen i projektet, probleminventeringen, konstaterade vi att alla gång på gång återkom till att tiden inte räcker till för preventivt arbete, berättade Preben Bendtsen.

Forskarna hade tidigare erfarenheter av datoriserade lösningar som alternativ till tidskrävande personliga insatser. De medverkande vårdcentralerna fick en ”datorkiosk” där patienterna själva kunde göra ett livsstilstest och få ut en skriftlig rekommendation.

Tanken var att personalen skulle kunna föreslå patienten att göra testet och sedan följa upp vid nästa besök med en enkel fråga om ”hur gick det med livsstilstestet?”.

Varje vårdcentral fick själva välja vilka patientgrupper som de skulle vända sig till. Om varje personal erbjöd en patient om dagen att göra testet skulle oerhört många nås av en hälsofrämjande insats. Men det blev långt ifrån en om dagen, kanske en i månaden. Efter tre år visade det sig att fem procent av patienterna hade gjort livsstilstestet.

På de vårdcentraler där man själva fick testa ”datorkiosken” under en vecka var man mer positiva och erbjöd fler patienter att göra testet. Tekniken gjorde det också möjligt

att enkelt få ut statistik på användandet. Redan från den första månaden fick varje vårdcentral automatiskt statistik på hur mycket som konceptet hade använts, vem som hade hänvisat till testet och hur många personer som hade ohälsosamma levnadsvanor.

Men trots all planering och teoretiska överväganden gick implementeringen trögare än man väntat sig. Det kan bero på att personalen inte upplever att det finns ett behov, även om de är positiva till metoden som sådan.

Att införa Audit inom mödrahälsovården gick däremot smidigt. Det var 2006 som kvinnohälsans rutiner ändrades för att mer systematiskt kartlägga alkoholvanor hos gravida kvinnor och ge information kring alkohol och graviditet. Även före Audit samtalade personalen med kvinnorna om alkohol, men inte på samma systematiska sätt. Det fanns dock ingen skillnad mellan de kvinnor som fått informationen med det gamla arbetssättet och de som omfattats av Audit. Omkring 6 procent drack alkohol under graviditeten i båda fallen.

I Östergötland pågår mycket få samverkansprojekt gällande riskbruk mellan socialtjänst och primärvård. Vid en vårdcentral genomförs ett ”hälsoår” tillsammans med kommunen där all personal deltar i gemensamma utbildningar och man sprider samma informationsmaterial.

Dialog 1: Det här är utmaningarna

Under det första dialogpasset diskuterade deltagarna utmaningarna för att utveckla arbetet med att tidigt uppmärksamma riskbruk.

De tre viktigaste utmaningarna noterades på lappar som sorterades av Antonia Reuter och Elisabeth Beijer. De fann ett antal områden/teman som återkom:

Våga fråga

- Fundera över vilken attityd man själv har till alkohol.
- Det handlar om att närma sig människors integritet.
- Efter upptäckt – och sedan?
- Erbjud individuell stöd.
- Screening?
- Audit – hur används det?



Frågor för mig/oss för att kunna utveckla arbetet med att tidigt uppmärksamma riskbruk/missbruk.

Ansvar och samverkan

- Vem bär ansvaret?
- Hur blir det allas ansvar?
- Inte bara samverkan mellan organisationer utan också inom en verksamhet, mellan eldsjälar och mindre intresserade.
- Samverkan mellan primärvård och kommun – gör att ingen vill upptäcka riskbruk...
- Krävs resurser och beslut, ett tydligare uppdrag.
- Vilken prioritet har detta i förhållande till andra uppdrag?
- Organisatoriska komplikationer. Det fria vårdvalet och funktionsindelningen i socialtjänsten.

Tid

– Här var det inte så många lappar som vi trodde, kommenterade Antonia Reuter.

Nå olika målgrupper

Ungdomar, människor ”mitt i livet”, äldre med sömnproblem. Samsjuklighet.

Utbildning

Det är en utmaning att inte ha tillräckligt med utbildning och när man fått utbildning får man inte tillräcklig träning i metoden.

Tillgänglighet till alkohol

Kommentarer:

– Man behöver inte fråga om riskbruk utan om levnadsvanor. Rör du på dig? Röker du? Hur är det med alkoholvänorna? (*Preben Bendtsen*)

– Ansvar är något som gäller både organisationen och individen. Är det kliniskt relevant att fråga om alkohol är det inget problem att fråga, där är både HSL och SoL kristallklara. Det handlar inte om att få människor att sluta dricka alkohol, utan får personen att tänka över sitt bruk och ta ansvar för sina handlingar. (*Fredrik Spak*)



Elisabeth Beijer, Antonia Reuter, Fredrik Spak och Preben Bendtsen studerar gruppernas lappar.

– Jag tycker inte att vi ska överdriva behovet av samverkan. När det gäller riskbruk är det inte fråga om långvarigt stöd, utan om korta insatser där personen tar ett eget ansvar. Det är en helt annan sak om vi pratar om missbruk och beroende, då ska det förstås finnas samverkan. (*Fredrik Spak*)



Göran Eriksson, distriktsläkare, projektledare Riskbruksprojekt VG-regionen samt RIS-projektet

■ Erfarenheter från primärvården i Västra Götaland

*Hanna Nelvén,
Göran Eriksson
och Antonia Reuter
berättade om erfarenheter av riskbruksarbete.*

Frågar patienten om alla levnadsvanor

Alkoholförebyggande arbete i primärvården handlar om att möta patienterna där de är. De kommer med ett symtom som kanske kan relateras till livsstil.

– I samtalet med patienten testar vi en hypotes. Kan det du söker för ha samband med dina alkoholvanor?

Göran Eriksson började intressera sig för alkoholprevention och riskbruk i samband med en workshop i början av 1990-talet.

– Då insåg jag att det inte är jag som läkare som tar ansvar för patientens livsstil, utan att det handlar om att få patienten att själv ta ansvar, sa Göran Eriksson.

Därför är det viktigt att möta patienten i det han eller hon söker för, men att koppla det till livsstil och pröva om det finns ett riskbruk som kan vara en del av problematiken. En kort intervention kan då ha stor betydelse.

Inom primärvården arbetar man också med en kortvariant av MI. Man rekommenderar även att det på primärvårdens olika enheter ska finnas ett team med läkare och sjuksköterska med särskilt engagemang i just de här frågorna.

Riskbruksprojektet startade 2006 med stöd av utvecklingsmedel från Länsstyrelsen och sedan 2008 finansieras det via Folkhälsoinstitutet och det nationella riskbruksprojektet.

Intentionen i projektet är att på olika sätt nå personalen och få dem att använda screeninginstrument,

informationsmaterial och motivationshöjande samtalsmetodik. Till stöd för det arbetet finns ett antal riskbrukscoacher eller handledare. De ska hjälpa till att bygga upp ett lokalt fungerande arbete på vårdcentralerna samt inom barna- och mödrahälsovården.

Projektet utvärderas sedan starten av socialmedicinska avdelningen vid Göteborgs universitet. Bland annat studeras hur coachningen underlättar arbetet och hur implementeringen och förankringen fortskrider.

Resultaten hittills visar att implementeringen gått ganska bra på mödravårdscentraler och barnavårdscentraler. På vårdcentralerna har framgångarna växlat.

– Man jobbar på så olika sätt och det gäller att hitta lösningar som passar varje enskild enhet, menade Göran Eriksson.

Coachningen har fungerat bra liksom integreringen av andra livsstilsfaktorer. Ett nätverk för kontaktpersoner har etablerats och utbildningsinsatser har genomförts. Ett försök med ett datorbaserat formulär har dock inte blivit av än, på grund av tekniska svårigheter.

Av Folkhälsoinstitutets treårsuppföljning framgår att



Västra Götalandsregionens primärvård ligger bra till i förhållande till genomsnittet i landet.

Göran Eriksson avslutade med några av framgångsfaktorerna för en lyckad implementering av alkoholförebyggande arbete inom primärvården:

- Stöd av chef/er
- Lokalt kända kontaktpersoner och handledare/coacher
- Nätverk av kontaktpersoner
- Personalen på vårdenheten ser en vinst i att frågan tas upp
- Alla livsstilsfrågor tas upp
- Grundutbildning samt regelbundna utbildningsdagar för varje yrkeskategori
- Kunskap angående remissgång vid upptäckt av missbruk/riskbruk
- Professionell, pedagogisk marknadsföring

■ Riskbruksprojektets folder **Alkohol och hälsa**, med information om hur hälsan påverkas av alkohol, kan beställas av britt-marie.finbom_forsgren@vgregion.se

Antonia Reuter, verksamhetschef, Primärvården Göteborg

■ Mödra- och Barnhälsovården och riskbruksarbetet

Föräldraskapet en tid för förändring

Föräldraskapet är en kraftfull "motor" till förändring. Det är en period i livet man är mottaglig för påverkan och det motiverar till samtal om och kring alkoholbruk.

Det ger i sin tur möjlighet att tidigt uppmärksamma barn och föräldrar där alkoholen kan utgöra en risk.

Mer kunskap om alkoholens inverkan på graviditet, det väntade barnet och föräldraskapet bland personalen på BVC och MVC är ett av målen i riskbruksarbetet. Kunskap om hur man identifierar riskbruk och samtalar om bruk av alkohol ingår också.

Syftet är att tidigt under graviditeten identifiera kvinnor med riskabel alkoholkonsumtion. Nästa steg är att få föräldrarna att reflektera över hur deras alkoholvanor påverkar barnen.

– Det är ganska lätt att på MVC få kvinnorna att se riskerna. Det är svårare på BVC, där det handlar om att alkoholbruk påverkar föräldraskapet, sa Antonia Reuter.

Inom mödrahälsovården arbetar man med tidiga besök, strukturerade metoder och motiverande samtal. När man ser ett riskbruk, eller missbruk/beroende, etableras en samverkan med coacherna.

På barnavårdscentralerna förs samtal om alkohol både individuellt och i grupper. Eventuella insatser under graviditeten följs upp för de mammor där man identifierat ett riskbruk. För de med missbruk eller beroende följer man en plan för samverkan med andra berörda verksamheter.

Utvärderingarna visar att detta fungerar bra på MVC och BVC i Västra Götaland.

– Men vi märker att det behövs återkommande fortbildning i ämnet. Och vårdvalet inom primärvården har "ställt till" det. Samverkan måste underhållas, konstaterade Antonia Reuter.

Hanna Nellvén, gruppleddare vid försörjningsstöd, socialtjänsten i Skövde kommun

■ Erfarenheter av användning av Audit i samband med ansökan om försörjningsstöd

Audit öppnar för samtal om alkohol

Det tog ett halvår att införa Audit på enheten för försörjningsstöd.

– Metoden öppnar för samtal om alkohol och får den sökande att själv fundera över sin konsumtion, betonade Hanna Nellvén.

Det var en FoU-cirkel vid FoU i Väst om "Att möta riskbruk" som fick de tre gruppleddarna för försörjningsstöd att intressera sig för screeninginstrumentet Audit. Tanken var att hög alkoholkonsumtion kan vara ett av problemen som leder ekonomiska bekymmer.

Handläggarna intervjuades i smågrupper och man hade diskussioner i storgrupp. Alla fick utbildning i Audit, Dudit, återkoppling och kort rådgivning.

– Det var många bra diskussioner, till exempel om med vilken rätt vi ställer de här frågorna om alkoholvanor, hur vi ska hantera den information vi får och om den påverkar rätten till bistånd, berättade Hanna Nellvén.

Man beslutade att Audit-intervjun ska göras i samband med att en handlingsplan upprättas för personer med långvarigt försörjningsstöd. Det brukar ske inom tre till sex månader.

– Det blir ett bra sammanhang och vi kan ge återkoppling direkt. Om resultatet ger medelhöga poäng erbjuder vi en kort rådgivning. Är problemen större kan vi hjälpa till att kontakta missbrukshandläggarna – något som ännu inte har skett.

Efter nästan ett år med Audit var det ingen av handläggarna som tyckte att det kändes svårt och ingen klient hade reagerat negativt. Det är bara en som avböjt att medverka.

– Intervjuerna leder till andra bra samtal, om anhörigas problem eller om andra typer av missbruk, sa Hanna Nellvén.

Lästips

■ **Att möta riskbruk** – en FoU-cirkel vid FoU i Väst/GR våren 2008. FoU-cirkel med deltagare från socialtjänst och primärvård. September 2008. Pdf finns på www.grkom.se/fouivast

Långsiktigt och brett arbete har ändrat inställningen till rökning



Rökning har minskat markant de senaste 30 åren. Under lika lång tid har det tobakspreventiva arbetet pågått på alla nivåer, från FN till lokalsamhället, och med brett stöd. Men, som Göran Boëthius påpekade:

– Frågan löses inte fortare än vad den allmänna opinionen tillåter.

För 30 år sedan var rökfria arbetsplatser eller restauranger en utopi. Idag är det en självklarhet för de allra flesta. Bakom denna inställning ligger ett långsiktigt och målmedvetet arbete på många nivåer och med en bredd på åtgärder.

Nedgången i antalet rökare beror både på att många slutat röka och att färre börjar. Det som främst påverkar tobaksbruket är pris, tillgänglighet och social acceptans. Priset på en ask cigaretter är det ungefär detsamma nu som 1965 med konsumentprisindex. Lagstiftning har använts för att på olika sätt minska tillgängligheten. Med varningstexter, reklamförbud, begränsad exponering och åldersgräns, som infördes 1997, ska allt färre lockas till tobaken.

Ett viktigt steg var skyddet mot passiv rökning som infördes 1994, menade Göran Boëthius. När rökfria restauranger infördes drygt tio år senare var acceptansen för passiv rökning låg. Medierna hakade på och

var och varannan tidning kunde man fimpas med någon kändis. Kampanjerna som drevs fick stor uppmärksamhet.

Sedan slutet av 1970-talet har ett flertal hjälpmedel för att sluta röka kommit och på 1990-talet utbildades personal på MVC och BVC i rökavvänjningsmetodik. SBU presenterade en rapport om ”Metoder för rökavvänjning”.

Inom vården är nya riktlinjer på gång, till exempel att den som ska opereras måste avhålla sig från att röka.

Även läkarnas attityd till rökning har förändrats. 1969 trodde 30 procent att det finns ett samband mellan tobaksrökning och hjärtinfarkt. I en undersökning från 2001 uppgav 92 procent att de ger sina hjärtpatienter rådet att sluta röka. Allt fler läkare röker inte för att vara en god förebild.

Snuset verkar inte ha ersatt rökningen fullt ut. I dag snusar cirka 20 procent av alla män (11 procent röker) och knappt 5 procent av alla kvinnor (14 procent röker). Sett över tid har snusningen minskat något bland män och ökat lite bland kvinnorna. Än är forskningen inte klar över skaderiskerna med snusning.

Det breda och långsiktiga arbetet på alla nivåer är framgångsfaktorerna i tobakspreventionen, betonade Göran Boëthius:

– Låt alla nivåer stödja varandra och det måste finnas samverkan mellan myndigheter och organisationer.

Lästips

■ Yrkesföreningar mot Tobak har gett ut boken **Livräddarna. Om det framgångsrika tobaksförebyggande arbetet – att lära av och driva vidare.** Den kan beställas av marianne@ymtkansli.org

Dialog 2: Det här är förbättringar som jag/vi kan göra nu för att kunna utveckla arbetet med att tidigt uppmärksamma riskbruk/missbruk



- Börja fråga.
- Använd AUDIT.
- Starta i försörjningsstödsgruppen.
- ”Ring coachen.”
- Gör metodinventering på arbetsplatsen.
- Anordna fortbildning i MI.
- Förankra i organisationen.
- Samverkan
- Gemensamma utbildningar.
- Informera varandra.
- Hålla sig uppdaterad om varandras verksamhet.
- Information i väntrummen.
- Skaffa en ”datorkiosk” från Östergötland.
- Tid att reflektera över metoder, instrument.
- Arbeta med media.
- Lita på människors förmåga att själva ta tag i sin situation.
- ”Gör föräldrar oroliga.”

Kommentar:

– Vi måste fundera på kvalitetssäkring och feedback eftersom vi inte kan veta om det vi gör har effekt. MI tar tid att lära sig och behövs inte för riskbruksgruppen. Där räcker det oftast med en kortare intervention. (Fredrik Spak)



Arbetet för att uppmärksamma riskbruk fortsätter i länet. FoU i Väst och Stenungsunds kommun har fått i uppdrag av Länsstyrelsen att kartlägga socialtjänstens arbete med riskbruk i länet.

– Länsstyrelsen återkommer under året med ett nytt erbjudande till de kommuner som vill utveckla sitt arbete med riskbruk,

Riskbruksarbetet fortsätter

sa Lennart Rådenmark, länssamordnare vid Länsstyrelsen Västra Götalands län.

Claudia Fahlke, professor vid psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet, påpekade också att forskningsnätverket FMB är en resurs i utvecklingsarbetet. FMB står för Forskningsrådet för missbruks- och beroendefrågor och har fokus på forskning och utbildning när det

gäller riskbruk, missbruk och beroende.

Claudia Fahlke betonade hur viktigt det är att forskning och praktik kommer närmare varandra och att det pågår patient- och klientnära forskning. Prevention och tidig upptäckt är ett av de områden där det finns stora möjligheter för forskning och praktik att arbeta nära varandra.



Claudia Fahlke



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN

www.lansstyrelsen.se/vastragotaland

Rapport nummer 2010:27
ISSN 1403-168X



GÖTEBORGS
UNIVERSITET



För dig som vill veta mer

På webbplatsen www.riktlinjerivast.se finns information om arbetet med att införa och tillämpa de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård i Västra Götaland och Göteborg. Där kan även **Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård** laddas ner.

Kunskap till praktik är ett utvecklingsarbetet inom Sveriges Kommuner och Landsting som syftar till att utveckla och förbättra den svenska missbruks- och beroendevården. Mer information finns på www.skl.se/kunskaptillpraktik.

FMB, Forskningsrådet för missbruks- och beroendefrågor – nätverk i Västra Götaland för forsknings- och utbildningsfrågor inom området riskbruk, missbruk och beroende. FMB riktar sig i första hand till vård- och behandlingspersonal men också till ledare och förtroendevalda. Läs mer på www.fmb-vg.se. Kontaktperson: claudia.fahlke@psy.gu.se

Riskbruksprojektet på Folkhälsoinstitutet, www.fhi.se/riskbruksprojektet, stimulerar utvecklingen av insatser inom primärvården och företagshälsovården. Målet är att frågan om alkohol ska bli självklar i vardagssjukvården på samma sätt som tobaken är det idag. Arbetet är en del av de nationella alkoholpolitiska åtgärder som riksdagen lagt fast.

Länsstyrelsen Västra Götalands län, www.lansstyrelsen.se/vastragotaland, har länkar till flera publikationer som pdf-filer:

- **Riskbruk, missbruk, beroende.** Forskning & vård. En rapport från Göteborgs universitet och Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, 2006–2007.
- **Hur kan vi hjälpas åt?** Dokumentation från regionala konferenser under 2007 om komplexa vårdbehov hos personer med psykisk sjukdom och missbruk. KPM-projektet. Där finns även projektets slutrapport med samma namn.
- **En heldag om nationella riktlinjerna.** Dokumentation från konferens om Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, 27 september 2007, Göteborg. Rapport 2007:64.
- **Rum³ – idéer • utveckling • möjligheter.** Inom missbruks- och beroendevården i Skåne, Stockholms och Västra Götalands län. Rapport 2008:39.
- **När, var, hur?** Dokumentation från konferens om implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, 10 april 2008. Rapport 2008:50.
- **Vägar ut ur missbruk och beroende.** Dokumentation från konferens 23 maj 2008, Göteborg. Rapport 2008:59.
- **Cannabismissbruk.** Dokumentation från konferens 6 november 2008, Göteborg. Rapport 2008:84.
- **"De förstår alla situationer"**. Brukarperspektiv på integrerade vårdformer vid missbruk eller beroende samt psykiska problem. Elisabeth Beijer, FoU i Väst/GR, januari 2009
- **Missbruk och psykiatrisk samsjuklighet.** Dokumentation från konferens med Kim T. Mueser, 2 april 2009, Göteborg. Rapport 2009:29
- **Dags för de glömda barnen.** Dokumentation från länskonferens, 27 maj 2009, Göteborg. Rapport 2009:44
- **Brukarråd – Ja, tack!** Dokumentation från ett möte om inflytande för brukarorganisationerna i beroendevården i Västra Götaland, 24 september 2009. Rapport 2009:66
- **Så går vi vidare.** Dokumentation från chefsdagen för RIS-projektets delregionala arbetsgrupper i Västra Götaland, 4 februari 2010. Rapport 2010:12

Kontaktperson: Länsamordnare Lennart Rådenmark, tel 031-60 52 89, lennart.radenmark@lansstyrelsen.se