



”Tidigt förebyggande och rehabiliterande insatser ska öka när det gäller barn och unga samt vuxna med missbruksproblem”
- Prioriterat mål för Göteborgs Stad 2012 – 2014

BEGREPP OCH ERFARENHETER



Göteborgs Stad
Social resursförvaltning

Innehåll

Inledning.....	3
Del 1: Förebyggande	4
Hälsans bestämningsfaktorer	4
Begrepp	5
Perspektiv på prevention	7
Vad ska förebyggas? När är något en risk?	8
Risk- och skyddsfaktorer	8
Vad kan man göra?.....	10
Exempel I: Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – en forskningsöversikt	11
Exempel II: Ungdomars sexuella hälsa – internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete.....	17
Exempel III: Pinocchioprojektet – ett exempel på intervention	19
Del 2: Rehabiliterande	22
Begrepp	23
Strukturella förutsättningar för framgångsrikt arbete.....	24
Vad kan man göra?.....	25
Tidig upptäckt.....	25
Bedömningsinstrument och dokumentation	25
Utredning, dokumentation och uppföljning	26
Att sluta med ett missbruk.....	26
Psykosocial behandling.....	27
Särskilda grupper	28
Särskilda utmaningar	29

Inledning

Under åren 2012 – 2014 var ett av Göteborgs Stads prioriterade mål att ”Tidigt förebyggande och rehabiliterande insatser ska öka när det gäller barn och unga samt vuxna med missbruksproblem”. Social resursförvaltning hade ett så kallat processägarskap för detta mål. Processägarskap innebär bland annat att den förvaltning som har det ska stödja stadsdelar, fackförvaltningar och bolag i staden i deras arbete för ökad måluppfyllelse. Ledningsgruppen för just detta prioriterade mål beslutade 2012 att lägga ut flera uppdrag till förvaltningen. Ett av uppdragen var:

- Att sammanställa ett underlag över aktuell kunskap och forskning om de risk- och skyddsfaktorer som är relevanta i förhållande till det prioriterade målet. Perspektivet skall vara brett och inkludera även vuxna och äldre. Utifrån underlaget (teorier, metoder) beslutar ledningsgruppen om vilka områden och insatser som ska prioriteras.

Bakgrunden till uppdraget var ett behov av att ha gemensamma definitioner att utgå ifrån i diskussioner om utgångspunkter och insatser i relation till det prioriterade målet.

”När jag eftersinnar orsakerna till sjukdomar och omåttelig död bland allmogen och sämre-hopen i städerna, så ställa sig i Första rummet Fattigdom, Elände, Brist på brödfödan, Ängslan och Misströstan”.

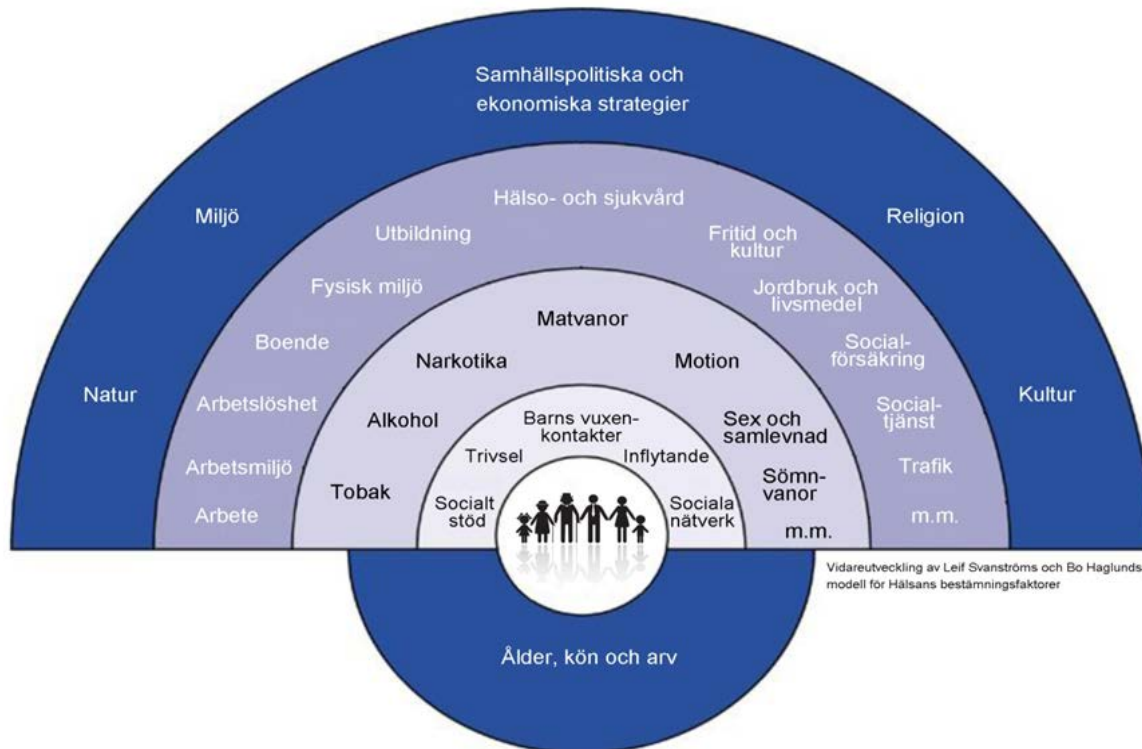
Abraham Bäck, 1765
(Initiativtagare till svensk dödsorsaksstatistik.)

Del 1: Förebyggande

”Tidigt *förebyggande* och rehabiliterande insatser ska öka när det gäller barn och unga samt vuxna med missbruksproblem”. I detta avsnitt ligger tonvikten på målformuleringens förebyggande del.

Hälsans bestämningsfaktorer

Den grundläggande utgångspunkten i målformuleringen utgår ifrån att många olika faktorer påverkar människors liv och hälsa och att en stor del av dessa ”bestämningsfaktorer” är möjliga att påverka.



I den innersta halvcirkeln i bildens övre "solfjäder" exemplifieras viktiga psykosociala resurser. I nästa halvcirkel individers och grupperns levnadsvanor. Därefter kommer "livsvillkor" och ytterst samhällsekonomisk struktur och miljö (vilket förstås också är att hänföra till "livsvillkor", men på en än mer övergripande nivå). I bildens nedre del definieras "opåverkbara" faktorer som ålder, kön och arv. Idag kan även en faktor som kön vara föränderlig, men i princip utgör dessa faktorer stabila förutsättningar för människors liv. Däremot är inte någon av dem statisk när det gäller vad de betyder för enskilda individer. Till exempel får också den ärftliga disposition en människa föds med olika konsekvenser i livet beroende på till exempel livsvillkor, levnadsvanor etc.

Begrepp

Inom folkhälsoområdet skiljer man mellan promotiva (främjande) och preventiva (förebyggande) insatser.

Promotion kommer av det latinska *pro=för* och verbet *movere = röra (sig)*.

Promotion betyder således "för rörelse"

Prevention kommer av *pre=före*, innan och verbet *venire=komma*. Prevention betyder således "innan (något) kommer"¹

De båda begreppen har därmed två helt olika utgångspunkter. Promotion utgår ifrån något som är bra, en positiv företeelse, som man vill främja eller stärka. Prevention utgår ifrån en negativ företeelse som man istället vill minska eller stoppa. I praktiskt arbete ligger dock de aktiviteter som sker med utgångspunkt i respektive perspektiv ofta nära varandra. Promotiva insatser har också ofta preventiva effekter och preventiva insatser har i sin tur promotiva effekter.

Diskussionen om promotion har ofta legat i skuggan av den om prevention och begreppet prevention har också en betydligt längre historia än promotion, särskilt inom medicinen.

Begrepp från medicinen har också länge varit tongivande inom preventionsforskningen och den historiska utgångspunkten har framför allt varit att åtgärda fysiska åkommor. En klassisk indelning är:

- *Primärprevention*; åtgärder för att förhindra att sjukdom överhuvudtaget uppkommer.²
- *Sekundärprevention*; åtgärder för att behandla skador och sjukdomar på ett tidigt stadium.
- *Tertiärprevention*; åtgärder för att förhindra ytterligare sjukdomsutveckling. Vissa räknar även rehabilitering efter sjukdom till tertiärprevention.

Dessa begrepp har också fortsatt använts även inom folkhälsoområdet, vilket till sin karaktär kombinerar vetenskap också från fler discipliner, bland annat de samhällsvetenskapliga.

Ny terminologi som under senare år börjat användas i preventionsforskningen framför allt inom det sociala området är *universell*, *sektiv* och *indikerad prevention*:

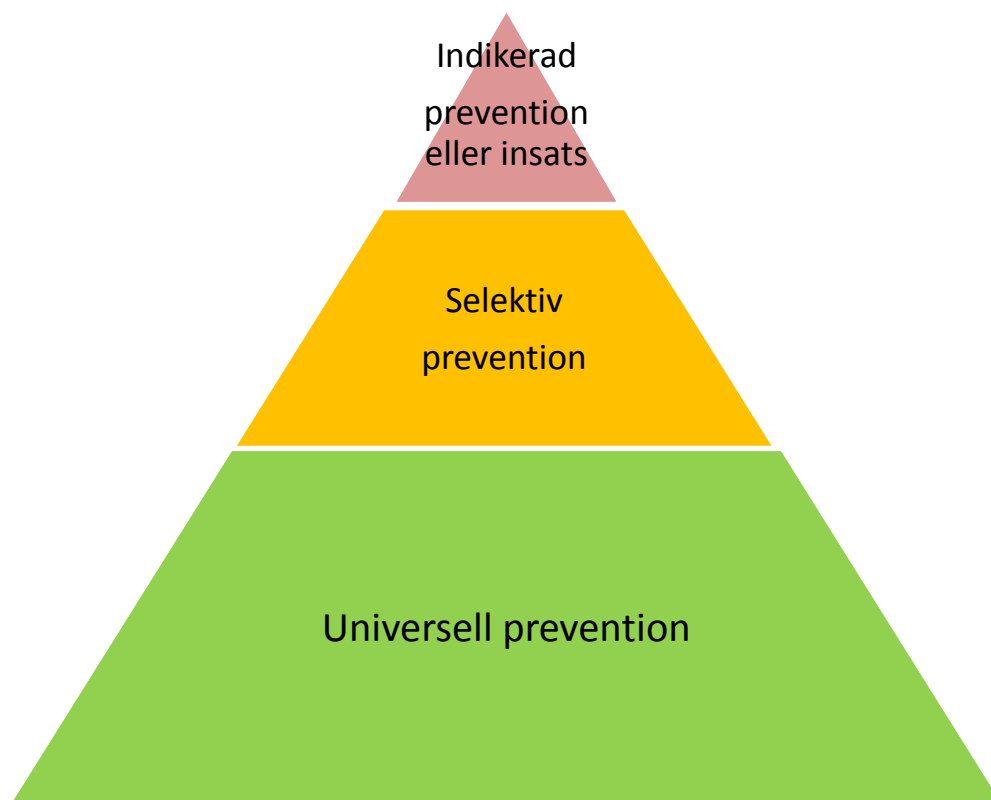
- *Universell prevention* definieras som en intervention som inte tar hänsyn till skillnader mellan hög- och lågriskgrupper. Man väljer inte ut någon enskild individ eller grupp utan interventionen syftar till att främja alla individer oavsett graden av risk. Merparten av

¹ Ordagrant "före kommandet"

² Primärprevention används ibland, felaktigt, för att beskriva också promotiva insatser. En orsak till detta är sannolikt att såväl promotiva som primärpreventiva insatser riktas till breda grupper eller "allmänheten" och därmed liknar varandra tekniskt om än inte innehållsmässigt. Även i SKL:s genomgång av risk- och skyddsfaktorer (Vänta inte! Guide för investeringar i tidiga insatser för barn och unga, SKL 2012) diskuteras friskfaktorer under rubriken "Strategier för generell prevention".

insatserna riktas mot att främja en positiv utveckling och öka individers skydd mot svårigheter, istället för att fokusera på risk.

- *Selektiv prevention* fokuserar på undergrupper i en population som exponeras för en eller flera riskfaktorer. Man identifierar inte individen utan det är gruppen som anses vara i riskzonen. Man genomför stödjande insatser, som syftar till att förhindra en negativ utveckling, riktade mot *grupper* som riskerar att utveckla problem. Preventionsprogram av denna typ syftar till förändringar i risk- och skyddsfaktorer samt i problembeteende.
- *Indikerad prevention* identifierar individer i riskzonen. Man fokuserar på de individer som har identifierats med allvarliga problem. När målet är prevention av problembeteenden har individer som ingår i indikerade program ofta redan kontakt med socialtjänsten eller rättsväsendet.

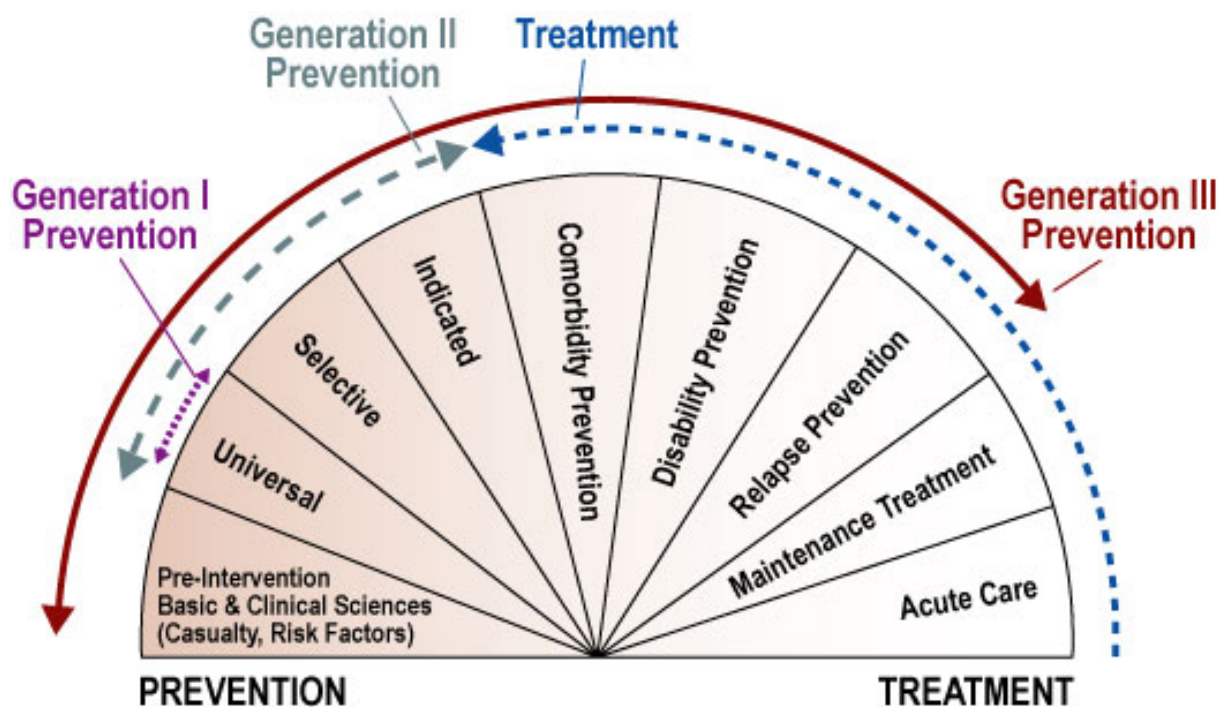


Modellen utgår ifrån tre olika nivåer av prevention. I rapporten Closing the gap in a generation, ofta kallad Marmotrapporten, (WHO 2008) fördjupas diskussionen om universell prevention och man förordar det man kallar proportionell universalism. *Proportionell universalism* innebär att universella insatser riktas i större omfattning till grupper eller områden som i något avseende är underförsörjda eller mer utsatta än omgivningen.

Perspektiv på prevention

Historiskt har perspektivet på prevention förskjutits. I modellen nedan framgår att det som benämns Generation I representerar ett relativt snävt sätt att se på prevention med inriktning endast på mycket generella aktiviteter riktade till "alla". Det motsvarar vad vi med modernare terminologi kallar för universell prevention. I nästa skede, generation II, utvecklas preventionsbegreppet till att omfatta även selektiv och indikerad prevention och man drar en gräns för prevention där denna "möter" behandlingsinsatser (treatment).³ I det tredje skedet, generation III, utvecklas preventionsbegreppet till att omfatta insatser också efter det att ett problem redan har uppstått. Här omfattar begreppet insatser som görs också efter det att ett sjukdoms- eller problemtillstånd redan har manifesterats. I modellen nämns samsjuklighet- (comorbidity), invaliditets- (disability) och återfalls- (relapse) prevention.

I arbetet med det prioriterade målet finns det ett behov av att definiera och skilja på insatser som är av förebyggande karaktär och sådana som är av rehabiliterande karaktär. Samtidigt kan man, bland annat med utgångspunkt i nedanstående modell, se att också rehabiliterande insatser kan definieras som förebyggande i ett senare skede av en process. Då som insatser som förebygger just sådant som att fler problem med koppling till de ursprungliga ska uppstå, och som förebygger återfall och funktionsnedsättning med koppling till de ursprungliga problemen.



NIMH. (1998). Priorities for Prevention Research at NIMH: A Report by the National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Health Disorders Prevention Research. NIH Publication No. 98-4321.

³ I vissa modeller, framför allt medicinska, har man istället för behandling använt sig av begreppet "tertiär prevention". Inom samhällsvetenskaperna har detta aldrig haft något egentligt genomslag.

Vad ska förebyggas? När är något en risk?

När det gäller förebyggande och rehabiliterande insatser riktade till barn och unga är det viktigt att göra utvecklingsmässiga överväganden. Många ungdomar tar olika typer av risker under sin tonårstid och då som en del i en normal adolescensutveckling. För en mindre andel av alla ungdomar innebär risktagandet de första stegen in i en mer allvarlig problemutveckling. Flera forskare har också visat på fenomenet ”clustering”, det vill säga att flera olika typer av problem ofta återfinns hos en och samma individ.

Många studier visar att problembeteenden som alkohol- och narkotikakonsumtion, våld och kriminalitet, oskyddat sex och bristande skolanpassning förekommer hos samma individ, både vid samma tillfälle och över tid. Exempelvis är det ofta samma individer som tidigt börjar skolka, snatta och begå andra kriminella handlingar, som också är bland de första att börja experimentera med alkohol och narkotika. Prevention av ett problem leder därför ofta till prevention av andra problem. Ett perspektiv är därför att inrikta preventionsarbetet mot problembeteenden i allmänhet, istället för att försöka förebygga ett visst problem (2005:5)⁴.

Risk- och skyddsfaktorer

I diskussionen om risk- och skyddsfaktorer återkommer uppdelningen i prevention och promotion. Riskfaktorer är sådana vi vill förebygga (prevention) medan skyddsfaktorer är sådana vi vill stärka (promotion).

Förebyggande arbete som bygger på att förebygga eller minska ungas problembeteenden bygger på teorier som förklarar varför problem uppstår. Dessa teorier beskriver att attityder, förmågor, föreställningar, beteenden eller situationer påverkar ett problems uppkomst och sammanfattas som risk- och skyddsfaktorer. Riskfaktorerna ökar sannolikheten medan skyddsfaktorerna minskar sannolikheten att ett problem ska uppstå, men de garanterar inte en minskning eller en ökning av problemet. Det är snarare ansamlingen av flera olika problem som ökar risken för uppkomsten av ett problem – de förstärker varandra och risken för ett problembeteende ökar med antalet riskfaktorer. Detta samtidigt som riskfaktorerna också ofta samvarierar. Därför försöker det förebyggande arbetet att rikta in sig på flera av skydds- och riskfaktorerna samtidigt (Sundell & Forster, 2005).

⁴ Ur citatet har hänvisningar till figurer i den ursprungliga texten tagits bort.

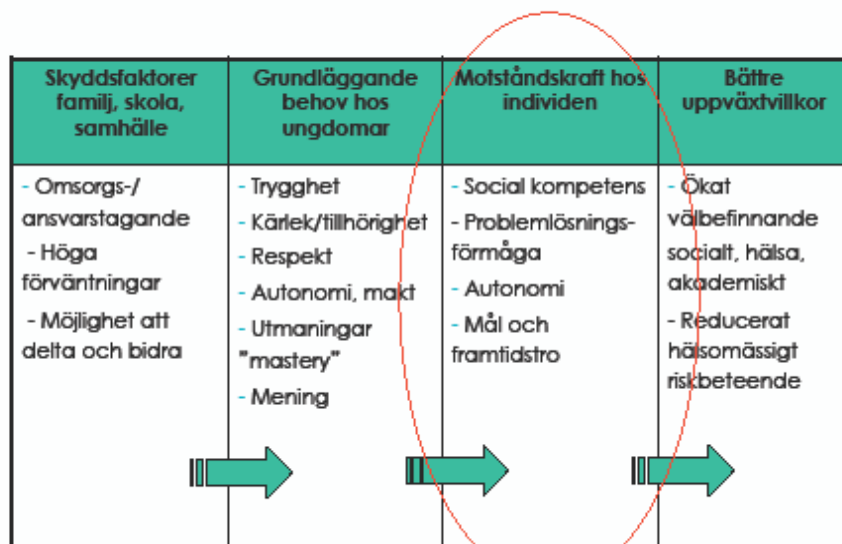
Skydds- och riskfaktorerna kan delas in i olika nivåer (se tabell nedan) som skolan, familjen, individen och kamrater. På samhällsnivå kan risk- och skyddsfaktorer bero på till exempel lagar, sociala normer, tillgång till droger eller hur förhållandena ser ut i ett bostadsområde.

Skyddsfaktorer	Riskfaktorer
<i>I skolan:</i> – tydliga normer/regler och förväntningar från vuxna – att uppmärksammas för positiva handlingar – att känna tillhörighet och anknytning – ett gott socialt och känslomässigt klimat	<i>I skolan:</i> – otrivsel – låg kunskapsnivå – oordning, brist på struktur – låga förväntningar från vuxna i skolan
<i>I familjen:</i> – tydliga normer och förväntningar från föräldrar – goda och kärleksfulla relationer och en förtroendefull dialog – att uppmärksammas för positiva handlingar – god insyn i vad barnet gör utanför hemmet	<i>I familjen:</i> – missbruk – brister i anknytning, uppfostran och tillsyn – allvarliga familjekonflikter – tillåtande attityd, t.ex. föräldrar som bjuder på tobak och alkohol
<i>Individen/kamrater:</i> – social och kognitiv kompetens – intelligens – skolframgång – välanpassade kompisar	<i>Individen/kamrater:</i> – tidigt och långvarigt asocialt beteende – koncentrationssvårigheter – misslyckande i skolan – skolk – kamrater som har problem – tidig debut och positiv attityd till droger – biologiska/genetiska faktorer

Ytterligare ett begrepp som är viktigt att nämna i samband med risk- och skyddsfaktorer, är *resilience*. Resilience, eller motståndskraft, innebär att individen behåller en normal eller hög funktionsnivå, trots att hon eller han utsätts för negativa förhållanden eller påfrestningar. I Sverige har begreppet ”maskrosbarn” ofta använts för att beskriva barn och unga som klarat sig bra trots svåra förutsättningar. Som alltså haft hög grad av resilience. Resiliencebegreppets främsta kännetecken är en god anpassning och tecken på en positiv utveckling även under riskfyllda omständigheter.

En bild från FoU i Väst/GR visar hur skyddsfaktorer och resilience hos ungdomar kan leda till bättre uppväxtvillkor. Bilden visar hur motståndskraft hos ungdomar handlar om; social kompetens, problemlösningsförmåga, autonomi samt mål och framtidstro.

Stärkande arbete



Benard, 2004

www.grkom.se/fouivast

GRÖNDRÖMMEHUS KOMMUNALFÖRBUND

Vad kan man göra?

Interventioner för att påverka människors liv i positiv riktning bygger lämpligen på en kombination av promotiva och preventiva insatser. Sundell o Forster konstaterar till exempel att "Effektiva preventionsprogram inriktas mot att påverka risk- och skyddsfaktorer. Forskning visar att det finns riskfaktorer inom flera parallella områden. Enstaka riskfaktorer har i allmänhet en begränsad betydelse. Preventionsprogram bör därför inriktas mot flera riskfaktorer samtidigt. Olika typer av problembeteenden – som missbruk och kriminalitet – har många gemensamma riskfaktorer. Därför kan interventioner mot ett problembeteende (t ex alkoholkonsumtion) även ha gynnsamma effekter på andra problembeteenden (t ex kriminalitet). Skyddsfaktorer kan minska risken för problembeteenden, framför allt för barn med förhöjd risk (bufferteffekt)(2005:13).

I detta avsnitt refereras och citeras utdrag ur tre texter där framgångsfaktorer i olika preventionsinsatser beskrivs. De två första exemplen är hämtade ur översikter över internationell forskning. Det tredje exemplet behandlar erfarenheter från "Pinocchioprojektet" som drevs av Sveriges kommuner och landsting (SKL) under 2007 – 2009.

De tre texterna utgör framför allt ett *diskussionsunderlag*. Flera av de slutsatser som dras kan med fördel problematiseras. I det första exemplet (Ferrer-Wreder) presenteras bland annat "utbildning" som en viktig komponent i skolinterventioner. Centrala frågor här kan vara; "Vilken typ av utbildning? Utbildning till vem? Utbildning av vem?" På samma sätt kan andra slutsatser i exemplen behöva en fördjupad diskussion innan de omsätts i lokal praktik.

Exempel I: Framgångsrika preventionsprogram för barn och unga – en forskningsöversikt

(Ferrer-Wreder m.fl. 2005). Översikten handlar om framgångsrika amerikanska och europeiska preventionsprogram som i utvärderingar visat sig minska ungdomars problembeteenden och främja barns sociala utveckling.

Interventionens kontext

När ett preventionsprogram ska implementeras bör man undersöka i vilken miljö det ska ske. Man bör vara medveten om relationen mellan person och miljö.

Bronfenbrenner (2000) ser omgivningen som ett system av sammanvävda strukturer där varje miljö delvis är inbäddad i nästa miljö (t.ex. familjen – skolan – närsamhället – kulturen – historien). Individen är invävd i dessa miljöer och hans/hennes utveckling formas i olika utsträckning av deras samband med varandra. (Ferrer-Wreder 2005, s.30)

Man talar inom *ekologisk teori/perspektiv* om individen som ingående i flera system. Enligt teorin tillhör systemen olika nivåer och integrerar med varandra. Ett komplext samspel äger rum inom och mellan de olika systemen. En ekologisk transaktionsmodell används ofta för interventioner som riktar in sig på multipla riskfaktorer för ett specifikt problembeteende, men används även för att förstärka skyddande faktorer som främjar en positiv utveckling.

Ser vi människan som en helhet och som en aktör i sitt eget liv börjar vi bättre kunna förklara hur människor samverkar med de många system av sociala upplevelser som genomsyrar deras liv. För att verkligen förstå mänsklig utveckling måste man titta på helheten, både hos individen och i dennes omgivning.

Den transaktionella modellen

Forskningen talar om den transaktionella modellen som menar att barnets utveckling ses som resultatet över tid av samspelet mellan faktorer hos barnet självt och den omgivande miljön:

1. Barnets medfödda och
2. Tidigt förvärvade egenskaper,
3. Ger upphov till reaktioner hos föräldrarna,
4. Dessa reaktioner formar i sin tur den fort-satta utvecklingen av barnets egenskaper
5. Och så vidare i ett ständigt utbyte (transaktion)

Ju äldre barnet blir desto större roll (positivt och negativt) spelar miljöer utanför familjen (skolan kamratkretsen etc.) för barnets utveckling. Därmed blir också mesonivån (samspelet mellan t.ex familjen och skolan) ännu viktigare.

- *Makronivån:* samhällets lagar och institutioner (lag mot aga, föräldrabalken, jämlikhet, social segregering etc.)

- *Exonivån:* bostadsområdet, aktuell samhällssituation (finanskras etc.)
- *Mesonivån:* relationen mellan olika mikro-system
- *Mikronivån:* de sociala system som barnet själv deltar aktivt i

Top-downmodell eller bottom-upmodell?

Evidensbaserade preventionsprogram riskerar att bli top-down eller expertorienterade och kan göra det svårt att nå ut till en bredare publik samt svårare att nå svårrekryterade populationer. Top-downmodeller fokuserar på vetenskapliga metoder och kunskap. Modellen har stora fördelar, men syftet med många interventioner är att engagera individer och grupper som har svårigheter att delta. Användningen av top-downmodeller kan ytterligare bidra till att marginalisera människor som redan upplever ett utanförskap och tycker att experter klampar in.

En bottom-upmodell kan leda till längre varaktighet för interventionen. Angreppssättet betonar deltagarnas egen förmåga att förändra sina liv och sin omgivning i positiv riktning. Man samarbetar med deltagarna och använder sig av aktiviteter som ökar deras känsla av kontroll. Deltagarna blir stärkta av upplevelsen att själva kunna skapa positiv och meningsfull förändring, istället för att utsättas för ytterligare ett åtgärds paket. Man strävar också ofta efter att överlåta ägarskap av programmen till exempelvis ett närsamhälle som har nytta av insatsen. Generellt är bottom-upmodeller utformade för att öka engagemanget hos individer och grupper som tidigare utesluts från det sociala systemet.

Bottom-upmodellen har många fördelar men man bör inte låta programmen gå på tvärs mot vetenskaplig kunskap. Att inte bry sig om evidensbaserad kunskap och metoder kan vara slöseri med resurser. I värsta fall kan det göra mer skada än nytta. Det finns exempel då man utvecklat blandmodeller som kombinerar både bottom-up och top-downmodellerna.

Interventioner i familjen

Tidig familjeintervention

Studier visar att många av de interventionsprogram som implementerats i familjer med barn i åldrarna 1-5 år som uppvisar positiva resultat är de som innehåller hembesök och tidig intellektuell stimulans. Man poängterar också vikten av att i interventioner använda sig av bottom-upmodellen istället för top-down. Bland annat talar man om samsarbetsmetoden som innebär att man till exempel frågar föräldrarna om barnets styrkor liksom om deras svagheter. Man berömmar föräldrarna för positiva sidor i deras barnuppfostran och respekterar dem som experter på sitt eget barn. Vidare lyssnar man på föräldrarna, visar på förståelse om deras tankar om sitt barns beteende och arbetar med lösningar som föräldrarna själva kommit fram till.

Sen familjeintervention

Med sena familjeinterventioner menas insatser som riktas mot familjer med barn i skolåldern. Interventionerna kan delas in i två kategorier: föräldrautbildning och familjeterapi. Föräldrautbildning syftar på de preventionsprogram som fungerar för föräldrar eller familjer med barn och ungdomar som befinner sig i riskzonen, både universellt och selektivt. Innehållet i

föräldrautbildning, som ofta involverar både barn och föräldrar, är vanligtvis information och utveckling av specifika förmågor.

Familjeterapi omfattar de familjeinterventioner som arbetar förebyggande med barn, tonåringar och/eller föräldrar, vars risknivå ligger mellan selektiv prevention, indikerad prevention och behandling. Familjeterapi är också inriktad på att utveckla förmågor och att förbättra samspelet i familjen. Men man skraddarsyr även insatser för att kunna arbeta med de behov som högriskungdomar och deras familjer har.



I samband med familjeinterventioner bör man understryka den utvecklingsmässiga förändring ungdomar genomgår som innebär att unga människor successivt blir mer självständiga och får mer komplexa färdigheter. De blir mer mottagliga för kamratpåverkan och löper större risk att pröva på eller ägna sig åt problembeteenden. Man bör ge föräldrarna information om dessa förändringar i barndomen och tonåren samt utforma program som riktas både till föräldrar och också till ungdomar. Man bör samtidigt undvika aktiviteter som innebär att äldre barn och ungdomar som har höga risknivåer förs samman i grupp. Man har funnit att högriskpojkar då börjar prata om riskfyllda aktiviteter och på så sätt förstärker varandras negativa beteenden. Men detta har man inte sett i samband med interventioner med yngre barn i grupp.

Familjeinterventioner kan användas för att förebygga antisocialt beteende. Man använder sig av familjeterapi för ungdomar som riskerar upprepade och allvarlig kriminalitet i vuxen ålder. Det kan också vara ett sätt att förebygga alkohol- och droganvändning samt minska riskförhållanden orsakade av föräldrars missbruk. För att förebygga beteendeproblem hos ungdomar vars riskförhållanden kan relateras till deras föräldrars drogmissbruk är det uppenbart att familjeterapi fungerar bäst när man kombinerar missbruksbehandling för föräldrarna med familjeinterventioner.

Interventioner i skolan

Individfokuserad skolintervention

Preventionsprogram på individnivå utformas ofta för att direkt påverka risk- och skyddsfaktorer som t.ex. elevens skolprestationer, engagemang i skolan, livskunskap och eventuella beteendeproblem. De utbildnings- och färdighetsprogram som genomförs i skolan brukar utformas för att arbeta med beteendeproblem som droganvändning, våld och tonårsgraviditeter. Ibland används begrepp som hälsoundervisning eller livskunskap för dessa interventionsprogrammen.

Det finns en stor mängd olika interventionsprogram som används i skolmiljö och det kan vara svårt att göra jämförelser mellan dem. Men det är viktigt att kunna identifiera bra metoder och användbara program för att förändra risk- och skyddsfaktorer som påverkar skolprestationer och/eller problembeteenden.

I forskningsöversikten pekar man några viktiga komponenter i framgångsrika program:

- *Tutoring* (handledning, mentorer) har visat sig vara verksamt för att främja goda skolprestationer hos barn som löper risk att misslyckas i skolan. I litteraturen skiljer man på vuxentutoring och kamrattutoring. Tutoring som förmedlas av vuxna riktas ofta till elever i grundskolan som riskerar att misslyckas i skolan och/eller att få beteendeproblem i klassrummet. Medan kamrattutoring är inriktad på en bredare universell-selektiv elevpopulation i grundskolan. Det finns preventionsprogram där den uttryckliga avsikten är att engagera kamrater i implementeringen av programmet. Litteraturen kring kamrattutoring visar på förbättringar i skolprestationer och attityder för dem som deltar, det gäller även de som fungerar som tutors.
- *Utbildning* är en viktig komponent i universella och selektiva skolinterventioner vars främsta syfte ofta är att öka elevernas kunskap om riskbeteenden. Kunskap om riskbeteenden och dess negativa konsekvenser är en viktig ingrediens för att minska problembeteenden hos unga. Med kunskap som bas kan man utveckla färdigheter och sociala kompetenser genom interaktiva färdighetsorienterade insatser.
- *Färdighetsträning* kan innehålla insatser för att förbättra social kompetens eller för att förbättra färdigheter som anses förebygga negativa beteenden, exempelvis alkohol- och droganvändning, tonårsgraviditet och/eller riskfyllt sexuellt beteende. Man försöker förbättra förmågan att fatta beslut och att stå emot påtryckningar. Man vill även utveckla mer generella färdigheter som medvetenhet om känslor, coping och att kunna känna igen risksituationer.

De utbildnings- och färdighetsprogram som visat på framgång har några saker gemensamt. För det första baseras de på ett teoretiskt ramverk och empirisk forskning. För det andra ger de, förutom att förmedla kunskap, möjlighet till interaktivt lärande. Kamrater spelar en viktig roll vid implementeringen av universella och selektiva preventionsprogram. Just kamraters deltagande i preventionsprogram med interaktiva aktiviteter är en av de komponenter som gör dessa program överlägsna de traditionella informationsbaserade preventionsmodellerna när man vill förebygga problem. För det tredje presenteras problemrelaterad och korrekt information på ett sätt som är lämpligt med avseende på utvecklingsnivå och kultur. För det fjärde är det generellt bättre att påbörja ett interventionsprogram innan eventuella problem har uppkommit.

Sammanfattningsvis pekar forskningsöversikten på några slutsatser och framgångsfaktorer för individbaserade skolinterventioner:

- I de utbildnings- och färdighetsbaserade programmen förmedlar man korrekt kunskap om problembeteenden.
- Man utvecklar färdigheter och kompetenser i dynamiska interaktiva gruppövningar.
- Det är av stor vikt att programmen utformas i dialog med de unga, exempelvis i fokusgrupper eller låta dem kommentera programmaterialet.

- De som ansvarar (oftast lärarna) för att implementera insatsen bör få stöd från omgivningen, både internt (kollegor, ledningen m.fl.) såväl externt (föräldrar, föreningar, företagare m.fl.).
- Det är nödvändigt att lärare, personal och elever som implementerar program får lämplig utbildning, stöd och handledning.
- Man bör även se till att skolpersonal får tillräckligt med tid avsatt för att genomföra aktiviteten.

Miljöfokuserad skolintervention och samarbete mellan familj och skola.

Skolan ses som en central arena, inte bara för universell eller selektiv prevention, utan också för att främja positiv utveckling (t.ex. social kompetens, etiska värderingar och beteenden och medborgerligt engagemang). Forskningsöversikten pekar på några exempel på skolbaserade interventioner som haft framgång. Till exempel kamratrelaterad intervention som syftar till att främja elevers positiva beteendeförändringar och att minska riskbeteenden genom påverkan från kamrater. Litteraturen visar att den typ av kamrater man umgås med är viktig för utvecklingen av såväl positiva som negativa beteenden. Exempelvis kan eleverna genom användandet av rollspel lära sig att känna igen risksituationer och att bli uppmärksamma på vad som gör att de kan ha svårt att säga nej. Men för lyckat resultat av kamratrelaterad intervention betonas vikten av att finns möjlighet till utbildning och handledning.

Klassrumsinterventioner är utformade för att förbättra inlärningsmiljön i skolan och riktar vanligtvis mot elevernas beteende i klassrummet. Enligt forskning tar barnet med sig beteende och förhållningssätt som de lärt sig av föräldrarna till skolan. Skolstarten blir en kritisk tidpunkt då det ger barnet möjlighet att förstärka och befästa brister i social kompetens och skeva uppfattningar om sig själv och andra, eller att förändras i positiv riktning. Skolan kan antingen bli en ny miljö för generalisering och stabilisering av aggressiva, okontrollerade beteenden i nya relationer eller en miljö där barnet lär sig att anpassa sig och tränar sig i att samspela på ett positivt sätt med nya kamrater.

Program som riktar in sig på förändring av hela skolan är utformade för att engagera alla nyckelpersoner i skolan (elever, föräldrar, lärare och administratörer) i preventiv verksamhet. Ibland fokuserar man även på att förbättra den fysiska skolmiljön och att ta fram riktlinjer som är preventionsinriktade. Genom att förändra miljöer som är centrala för ungas utveckling tänker man sig att man kan förändra elevernas exponering för risk- och skyddsfaktorer. Ett exempel på interventionsprogram som är riktad till hela skolan är anti-mobbningsinterventioner.

Vid så kallade *multikontextinterventioner* arbetar man inom flera miljöer samtidigt, till exempel i skolan och familjen. Studier visar att program som bygger på en teori, som är samordnade och som implementeras parallellt i skolan och i hemmet, kan förändra en ung människas exponering för missförhållanden och brist på sociala resurser. Studier visar också att interventioner som är riktade på att förbättra inlärningsmiljön och kvaliteten i familjelivet resulterar i förbättrade sociala relationer och förbättrad social kompetens. Detta är effekter som fungerar skyddande för barn i riskzonen och som förbygger debut av eventuella beteendeproblem i ungdomsåren.

Situationell prevention är ett annat exempel på implementering av insatser i skolmiljön för att minska oönskade beteenden, som våld, egendomsbrott, alkohol- och droganvändning. Konkreta åtgärder kan till exempel vara kameraövervakning, riktlinjer kring närvaro, regler för hur man använder gemensamma områden inomhus och utomhus, begränsad tillgång till byggnader och genomsökning av elevernas ägodelar. Situationell prevention används oftare på närsamhällsnivå för att förebygga gatubrottslighet än i skolmiljö för att minska alkohol- och droganvändning och våld i skolan.

Interventioner i närområdet/närsamhället

Precis som familjen och skolan är närsamhället eller närområdet en viktig arena för att skapa och sprida sociala normer och värderingar. Närområdet är en mycket viktig miljö för ungas socialisering och är en lämplig arena om man vill nå ut till unga människor. Forskningen visar att närsamhället är viktig för ungas utveckling men också för utvecklingen av problembeteenden. Man menar att det ofta finns ett samband mellan ungdomars beteendeproblem och lågt engagemang i närområdet, tillgång och tillåtande attityder till vapen, alkohol och andra droger, instabilitet eller utflyttning, upprepad exponering för kriminalitet och våld samt fattigdom och brist på resurser. Det finns också ett samband mellan dessa riskfaktorer och utveckling av aggressivt beteende, ungdomars droganvändning, avhopp från skolan, tidiga graviditeter och riskfyllt sexuellt beteende i ungdomsåren.

Samhällsmobilisering

Man kan mobilisera och samla individer i ett närområde för att arbeta tillsammans i en preventiv verksamhet. Formerna för mobiliseringsinsatser kan variera från top-downorienterade insatser, där medborgarna informeras om en aktivitet eller till bottom-uporienterad insats då initiativet tas av de boende i ett område. Mobiliseringsinsatser bör föregås av exempelvis deltagarobservationer, kartläggning av behov, riskbedömningar och att integrera deltagarnas kultur i interventionen. Det är även en fördel om det fattas långsiktiga beslut och att det bestäms hur arbetet ska fortsätta efter en intervention. Samhällsmobilisering bygger på tankar om medborgerliga rättigheter som yttrandefrihet, möjlighet att delta i socialt beslutsfattande och empowerment. Paulo Freires idéer om frigörande pedagogik och sociala aktioner är ett exempel på en sådan teori.



Tillgänglighetsbegränsning

En policy eller riktlinjer är en grundsten i tillgänglighetsbegränsning och exempel på riktlinjer kan vara restriktioner av alkoholförtäring på allmänna platser och evenemang, ökade sanktioner mot vuxna som förser unga med alkohol och tobak. I många studier (amerikanska och europeiska) anger de flesta ungdomar att deras huvudsakliga källa till alkohol, tobak och andra droger är en social kontakt, till exempel en kamrat, någon i familjen eller andra vuxna. Ett annat

policybaserat sätt att hantera ungdomars alkohol- och tobaksanvändning är genom höjda skatter och priser.

Utbildning och färdighetsträning

På samma sätt som vid interventioner i skola och familj används program för utbildning och färdighetsträning. Syftet är att ge ungdomar kunskap om exempelvis risker med alkohol och tobaksanvändning, stärka deras förmåga att säga nej till olika riskaktiviteter. Men interventionerna kan också handla om att förbättra relationer mellan ungdomar och olika företrädare för samhället. Programmen genomförs företrädesvis i närområdet där ungdomar vistas, till exempel på fritidsgårdar, i föreningar eller andra gemensamhetslokaler.

Interventionsprogrammen med utbildning och färdighetsträning kan fördjupas ytterligare genom att använda sig av mentorer (unga, vuxna) eller andra vuxna som möjliggörare och positiva förebilder för de unga. Relationer med vuxna eller mer kunniga jämnåriga kan vara ett sätt att ge unga tillgång till viktiga resurser, till exempel stöd, vägledning, omsorg och omtanke, samt chansen att vidareutveckla många olika livskunskaper. Mentorskapet kan, som selektiv eller indikerad prevention, fylla ett tomrum i många ungdomars liv när de befinner sig i riskzonen för en negativ utveckling och saknar positiva förebilder.

Exempel II: Ungdomars sexuella hälsa – internationella kunskapssammanställningar och svenska erfarenheter av förebyggande arbete

(Forsberg, Socialstyrelsen 2007). I rapporten sammanställs flera internationella forskningsöversikter över vad som ger effekter vid interventioner hos ungdomar. Rapporten bygger därmed på över 500 internationella studier inom området och redovisar slutsatserna från dessa i sex olika teman;

1. Ungdomar som målgrupp

Ungdomar är en heterogen grupp och interventioner måste utformas utifrån specifika behov och resurser hos respektive mindre grupp. Som exempelvis kön, ålder kulturell bakgrund och tidigare erfarenhet. Väl genomförda interventionsprogram bidrar till att senarelägga eventuella problembeteenden. Man lyfter även fram behov av mer övergripande insatser och breda utvecklingsprojekt för att stödja ungdomar på deras väg mot vuxenlivet. Till exempel handledning, mentorskap, smågruppsdiskussioner med engagerade vuxna, olika utvecklande aktiviteter samt åtgärder för att underlätta inträde på arbetsmarknaden.

Det är viktigt att uppmärksamma särskilt riskutsatta ungdomar och dels utforma strategier för att nå dem, dels skapa interventioner som kan appellera till dem. Enligt rapporten finns en tendens att program som riktas specifikt till riskutsatta grupper har uppnått tydligare effekter än program som riktats mer generellt till ungdomar.

2. Aktörer och arenor

Det finns en samstämmighet om att skolan är den centrala arenan för att nå ungdomar. Man når i stort sett alla ungdomar och de program som genomförts i

undervisningssituationer visar resultat i form av lägre risktagande hos ungdomar. Arbetet i skolan förstärks av att man i närsamhället och i sociala sammanhang som ungdomar lever i genomför insatser som ligger i linje med och samverkar med det skolbaserade arbetet. Detta innebär att fritidsgårdar, ungdomsmottagningar och föreningar bör engageras och att olika aktörer i samverkan kan skapa starkare förutsättningar för framgångsrika interventionsprogram. Det är en fördel om de aktörer som samverkar har olika bakgrund i teori, forskning och utbildning. Även vikten av uppsökande arbete betonas, såväl i skolan som i samhället i övrigt.

3. Interventionsstruktur

Det är viktigt att insatser utformas utifrån lokala förutsättningar och att det sker både med bred ansats och med uthållighet över tid. Den personal som ska arbeta med interventionen måste få adekvat utbildning i att genomföra programmet eller aktiviteten. Av stor vikt är också att de som arbetar med interventionen är genuint intresserade av detta. Man bör fullfölja den planering som gjorts för ett interventionsprogram för att garantera en noggrannhet och för att möjliggöra en utvärdering av arbetet. Forskningsöversikten pekar också på vikten av att förankra och säkra stöd från myndigheter, att interventionen överensstämmer med allmänna värderingar i samhället och att det finns tillräckliga personella och ekonomiska resurser.

4. Innehåll i interventioner

I rapporten framhålls vikten av att interventionerna bygger på gedigen teoretisk kunskap. De bör också utgå från ungdomars egna synpunkter och önskemål samt utforma interventioner i samspel med ungdomar. Med hjälp av åldersanpassade diskussioner om värderingar kan man lättare nå syftet med interventionen och utveckla gruppnormer mot riskbeteende. Ungdomar behöver träning i att tolka budskap i media. Man bör definiera hälsomål och risk- och skyddsfaktorer samt utgå från de risk- och skyddsfaktorer som påverkar riskbeteendet. De budskap som ges i interventionen ska vara tydligt formulerade och informationen ska vara fokuserad på det område som är aktuellt.

5. Kommunikation

Man understryker vikten av att skapa en trygg social miljö och att arbeta med aktiv och involverande pedagogik i interventionerna. Som exempel nämns dialog och diskussion kring olika frågor, värderingsövningar, rollspel och studiebesök. Det är även viktigt med en öppen kommunikation om fakta. Man bör ha en medvetenhet om hur olika budskap kommuniceras för att få ungdomar att reflektera över konsekvenser som olika agerande har. Man bör en eftersträva en kommunikation på individnivå för att möjliggöra en reflektion på det personliga planet. Att skapa en trovärdig och tillitsfull relation till de unga är avgörande för att främja en förändringsprocess och påverka deras handlingar.

6. Utvärdering

I rapporten understryks att man vid interventioner även genomför utvärdering och forskning. När man planerar och förbereder interventionsprogram bör man utforma dem så de är möjliga att utvärdera och sedan ska man se till att utvärdering verkligen genomförs.

Exempel III: Pinocchiprojektet – ett exempel på intervention

Projektet drevs av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) september 2007 – maj 2009. Syftet med projektet var att förbättra arbetet kring barn upp till 12 år som riskerar utveckla ett varaktigt normbrytande beteende. Pinocchiprojektet har bestått av tvärsektoriella team från främst förskola/skola, socialtjänst och Barn och Ungdomspsykiatri och där deltagarna även representerar olika yrkesgrupper som specialpedagoger, lärare, psykologer, kuratorer, förskollärare mfl. Projektet tog bland annat fram 11 Förändringskoncept för hur man kan arbeta för att förhindra att barn utvecklar ett varaktigt normbrytande beteende.



Förändringskoncept för arbete med barn i risk för långvarigt normbrytande beteende

Ett förändringskoncept kan sägas ha samma funktion som en katalysator. Det är ett hjälpmedel för att sätta igång processer. När processen väl är igång behövs inte katalysatorn längre. I förbättringsarbetet behövs ibland hjälpmedel för att komma igång med det kreativa nytänkandet. I Genombrottsprojekt är det vanligt att man tar fram förändringskoncept om det tema man arbetar med. Inspirationen till att ta fram Förändringskoncept (Change Concepts) kommer från Institute for Healthcare Improvement (IHI) och de amerikanska Breakthrough Series.

Den övergripande idén är enkel: *Identifiera de viktigaste evidensbaserade riskfaktorerna för långvarigt normbrytande beteende och sätt in insatser som är utvecklade för att fokusera och motverka dessa riskfaktorer. Identifiera också de viktigaste evidensbaserade skyddande faktorerna mot långvarigt normbrytande beteende och sätt in insatser som fokuserar på och kan stärka dessa faktorer.*

Med insats menas här någon typ av förebyggande eller behandlande intervention. Risk- och skyddsfaktorer som är statiska och som inte kan förändras genom insatser, t.ex. ålder, kön, etnicitet, vissa biologiska faktorer, fokuseras inte i förändringskoncepten eftersom de är av perifert intresse i insatser. Evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer som har att göra med sociala förhållanden såsom t.ex. trångboddhet, ensamstående föräldraskap, att familjen bor i ett bostadsområde där kriminalitet är överrepresenterat eller där den sociala kontrollen är låg, fokuseras inte heller. Även dessa faktorer kan anses vara av sekundärt intresse i insatser i jämförelse med andra evidensbaserade faktorer som sannolikt är mer direkt kopplade till barnets risk för normbrytande beteende, såsom t.ex. föräldrars uppfostringsstrategier gentemot barnet, när bedömning och insatser ska prioriteras till de mest relevanta risk- och skyddsfaktorerna.

Förändringskoncepten

1. Stärk och systematisera samverkan över verksamhetsgränser

Olika verksamheter (förskola/skola, barn- och skolhälsovård, socialtjänst, BUP) kan göra olika saker som alla kan vara viktiga för att hjälpa barnet och hans/hennes familj. Dessa verksamheter behöver känna till varandras ansvars- och kompetensområden för att på

bästa sätt kunna planera och genomföra verksamhetsöverskridande samverkan och samarbete.

2. Systematisera arbetet enligt en viss process

Det gynnar arbetet att ha en i förväg generell plan eller process för arbetet, som samtliga involverade verksamheter följer. Planen talar om vad som behöver göras och i vilken ordning. En central del av en systematisk arbetsprocess är kontinuerlig dokumentation.

3. Identifiera och sätt in insatser tidigt

Barn som befinner sig i riskzonen för eller redan har utvecklat normbrytande beteende är i behov av insatser. Vi vet att ju tidigare vi kan stävja en negativ utveckling, desto mindre är risken att allvarliga problem får fäste och utvecklas. Tidiga insatser är också kostnadseffektivt i ett längre perspektiv (Bremberg, 2007; Skolverket, Socialstyrelsen, & Statens Folkhälsoinstitut, 2004). En förutsättning för en tidig insats är en tidig identifiering. Utan den vet vi inte vilka barn vi behöver fokusera på. Sannolikheten för sk. överinklusion (att barn som inte egentligen är i behov av insatser, utan kommer att utvecklas positivt ändå, tar del av insatserna) är större vid tidiga insatser. Men vi kan inte se in i framtiden. Därför kan vi inte agera utifrån framtiden, utan endast utifrån de förhållanden vi känner till här och nu.

4. Använd standardiserade bedömningsmetoder som fokuserar på evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer

Strukturerad metodik är överlägsen ostrukturerad i att ge förutsättningar för att olika bedömare kommer fram till samma sak i en bedömning. Detta möjliggör en mer säker och tillförlitlig hantering av ett ärende. Det skapar en bra grund för vilka insatser som bör sättas in samt för kommunikation med barn, föräldrar och mellan verksamheter. Det ger också möjlighet till mer strikt utvärdering av huruvida insatser har effekt eller ej.

5. Arbeta tillsammans med föräldrarna

Föräldrar spelar en central roll i barnets utveckling. Det är viktigt att samarbeta med och involvera föräldrarna i både bedömning och insatser.

7. Fokusera på evidensbaserade riskfaktorer

Många olika faktorer har visat sig hänga samman med normbrytande beteende. Fokusera på identifiering, bedömning och uppföljning främst på de faktorer som forskning har visat på är av störst vikt, som är direkt snarare än indirekt relaterade till normbrytande beteende (proximala) och som är föränderliga (dynamiska).

8. Fokusera på evidensbaserade skyddsfaktorer

Det finns flertalet faktorer som påvisats kunna minska risken för långvarigt normbrytande beteende. Insatser ska sättas in för att stärka dessa skyddsfaktorer, lika självklart som insatser sätts in för att reducera risker.

9. Anpassa insatserna till varje barns specifika behov

Risk- och skyddsfaktorer är olika för olika barn. Därför måste man skräddarsy insatser till varje enskilt barns risker och behov för att vara effektiv.

10. Sätt in insatser över en betydande tidsperiod

Normbrytande beteende utvecklas inte över en natt – lika lite som normbrytande beteende kan försvinna över en natt. Insatser över längre tid skapar varaktiga positiva konsekvenser för barnet, medan insatser över kortare tid ger mindre, ofta tidsbegränsade effekter.

11. Använd evidensbaserade insatser

En insats som är evidensbaserad fokuserar direkt på normbrytande beteende eller på faktorer som forskningen påvisat är risk- eller skyddsfaktorer för normbrytande beteende.

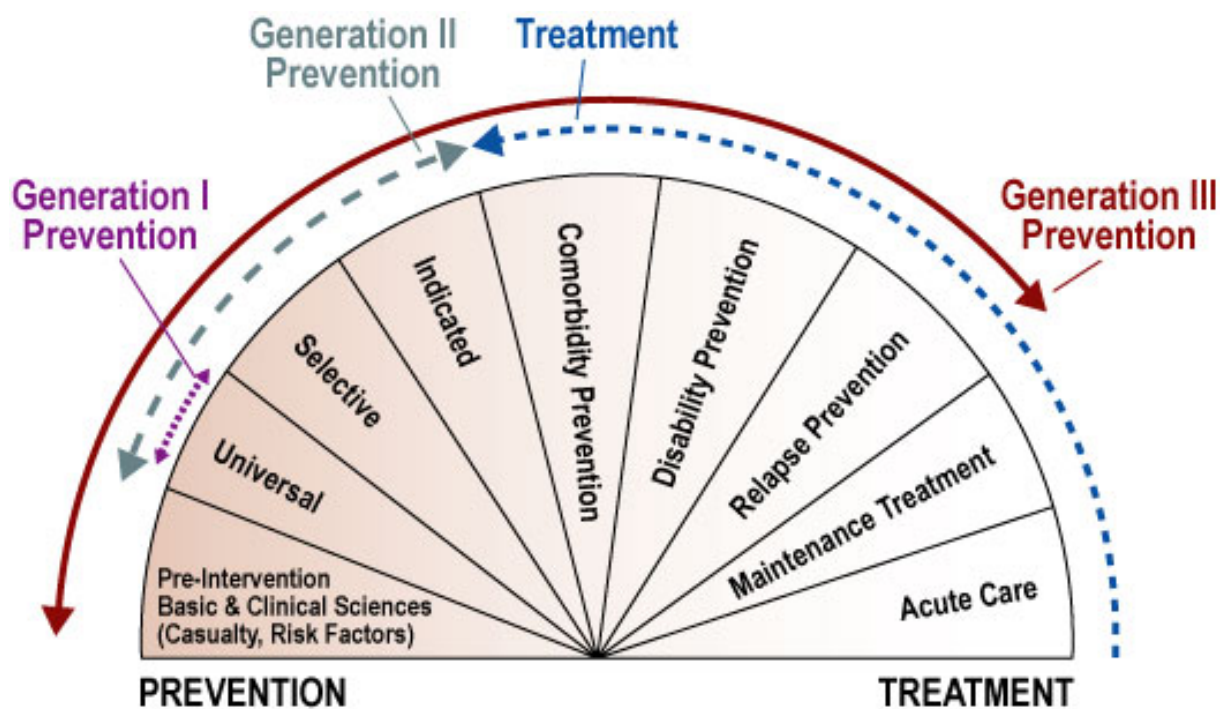
12. Beakta särskilt eller undvik följande

Undvik att göra ostrukturerade bedömningar och insatser som inte är fokuserade direkt på evidensbaserade risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende. Var vaksam på utveckling i negativ riktning, både när det gäller individ och grupp.

Del 2: Rehabiliterande

”Tidigt förebyggande och *rehabiliterande* insatser ska öka när det gäller barn och unga samt vuxna med missbrukproblem”. I detta avsnitt ligger tonvikten på insatser för tidig upptäckt och behandling.

I diskussionen om tidigt förebyggande och rehabiliterande insatser till vuxna med missbruk, finns det skäl att upprepa den tidigare presenterade modellen rörande de tre olika ”generationerna” av synsätt på prevention.



Universella promotiva och preventiva insatser mot missbruk handlar i hög grad om motsvarande typer av insatser som redan avhandlats i föregående avsnitt. Inom området universella insatser tillkommer, när det gäller alkohol och droger, också olika typer av restriktioner och kontrollsystem (lagstiftning, tillgänglighetsrestriktioner, tillståndsgivning etc). När det gäller personer som riskerar att etablera ett missbruk, kan samhället och dess olika institutioner, liksom arbetsgivare och frivilligorganisationer, spela en stor roll i att tidigt upptäcka olika typer av signaler. Samma aktörer har viktiga roller att spela i de senare delarna av ett preventionsperspektiv – att förebygga att missbruket också kombineras med andra typer av problem eller att det blir funktionsnedsättande. När en person lyckats avbryta ett missbruk blir i sin tur återfallsprevention viktig.

Begrepp

Ordet "rehabilitera" betyder ordagrant återanpassa, "åter göra habil/duglig".

När det gäller rehabilitering och gruppen "vuxna med missbruksproblem" är det framför allt i Socialstyrelsen *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. (2007) som man kan hitta underlag för målet "Tidigt förebyggande och rehabiliterande insatser ska öka när det gäller vuxna med missbrukproblem". Ansvar för att arbeta med missbruks- och beroendevård delas av två huvudmän, dels kommunernas socialtjänst, dels landstingens beroendevård. Socialstyrelsen har i och med ovanstående rapport för första gången tagit fram riktlinjer för både socialtjänst och hälso- och sjukvård. I rapporten diskuteras bland annat de olika begrepp och definitioner som används av respektive huvudman samt vikten av att utveckla en mera samstämmig terminologi för att underlätta ett framtida samarbete. Rapporten kommer att revideras under 2013.

Vid kontakt med socialstyrelsen 130308 konstateras att i arbetet med människor med missbruksproblem anser man att termen rehabilitera i alltför hög grad för tankarna till medicin och funktionsnedsättning. Därför föredrar man i sin terminologi att använda begreppen *vård* respektive *behandling*.

Socialstyrelsen definition av *behandling* är:

Systematiska och teoretiskt grundade tekniker eller metoder som används för att hjälpa enskilda individer att komma från sitt missbruk eller beroende.

Socialstyrelsen menar också att *behandling* ska innefatta fyra kriterier:

- Evidenskriteriet (avser systematiska och teoretiska metoder med stöd i forskning).
- Intentionskriteriet (avsikten att hjälpa enskilda individer att komma från sitt missbruk eller beroende och inte återvända till det).
- Kompetenskriteriet (utövare av behandlingen ska ha lämplig kompetens).
- Kriteriet om terapeutisk kontext (praktik som utövas inom en verksamhet som är anpassad för terapeutiska och behandlande aktiviteter).

Termen *psykosocial behandling* bör förutom ovanstående fyra kriterier även innefatta följande kriterier:

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

I riktlinjerna menar Socialstyrelsen att termerna *psykosocialt stöd* och *sociala insatser* inte faller under begreppet behandling. De syftar mer till stödjande insatser både för den enskildes sociala situation (arbete, bostad m.m.) och livssituationen i övrigt (relationer, självkänsla m.m.) Skillnaden mot psykosocial behandling är bland annat att denna baseras på en specifik, ofta evidensbaserad metod eller teknik, medan psykosocialt stöd inte gör det.

Sjukdomsbegreppet kan ibland vara ett förenklat synsätt och en endimensionell förklaringsmodell på missbruk och beroende. Socialstyrelsen menar att förhållningssättet till missbruk och beroende bör vara att dessa är multifaktoriella problem. Många faktorer, ibland i samverkan, har betydelse vid utvecklingen av missbruk och beroende.

Socialstyrelsen pekar på att ett problem inom området handlar om att socialtjänst och hälso- och sjukvård ofta använder sig av olika termer och begrepp när det gäller hur man definierar missbruk och beroende. Förhoppningen från Socialstyrelsens sida är att arbetet med riktlinjerna ska vara ett första steg mot att huvudmännen kan använda samma termer i större utsträckning.

Inom hälso- och sjukvården använder man sig av diagnosklassifikationer (ICD-10 eller DSM-IV) för att bestämma om det föreligger ett missbruk eller beroende. Enligt Socialstyrelsen saknas i socialtjänstlagen definitioner av termerna *"missbruk"* och *"missbrukare"*. De uttrycks mer som allmänt hållna formuleringar. Socialstyrelsen menar att det kan vara ett hot mot rättssäkerheten att man inom socialtjänsten inte använder ett enhetligt system för att bedöma frågan om ett missbruk.

Strukturella förutsättningar för framgångsrikt arbete

Det finns några förutsättningar som är viktiga för att rekommendationerna ska kunna implementeras i verksamheten. Dessa handlar om hur verksamheten organiseras, vilken kompetens som finns samt om kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen påpekar vikten av samverkan, det kan vara mellan mindre kommuner (eller stadsdelar) eller mellan kommuner och landsting. En särskild grupp som lyfts fram är personer med så kallat samsjuklighet, det vill säga missbruk eller beroende och psykisk sjukdom eller störning. Dessa personer riskerar att falla mellan stolarna och har mycket stora vårdbehov som kräver ett samarbete mellan vårdgivarna. Socialstyrelsen nämner även självhjälsorganisationer som ytterligare en viktig aktör som vårdgivarna bör samverka med för kompletterande stöd. Man betonar samtidigt att vårdansvaret ska ligga hos missbruks- och beroendevården.

En grundläggande och viktig aspekt inom missbruks- och beroendevården är personalens kompetens. Det gäller bland annat grundutbildningen för de yrkesgrupper som kommer i kontakt med klienter och patienter, samt fördjupad utbildning för dem som professionellt ska arbeta med stöd och behandling av alkohol- och narkotikaproblem. Redan yrkesverksamma bör erbjudas fortbildning. Missbruks- och beroendevård är mycket kostnadskrävande för hela samhället. För att man optimalt ska utnyttja resurser på ett kostnadseffektivt sätt är det viktigt att behandlingen och de olika insatserna utvärderas.

Vad kan man göra?

I de nationella riktlinjerna tar Socialstyrelsen upp ett stort antal rekommendationer på specifika metoder för interventioner inom sex huvudområden:

1. Bedömningsinstrument och dokumentation
2. Upptäckt och rådgivning
3. Behandling vid missbruk och beroende av narkotika
4. Behandling vid missbruk och beroende av alkohol
5. Missbruk och beroende under graviditet
6. Samsjuklighet mellan missbruk och beroende och psykisk och somatisk sjukdom

I detta avsnitt presenteras en sammanfattning av ett antal insatser, främst aktuella inom kommunal verksamhet. För en utförligare läsning hänvisas till Socialstyrelsens ursprungliga rapport.

Tidig upptäckt

Socialstyrelsen betonar vikten av att det finns tydliga strategier för tidig upptäckt av alkohol- och narkotikaproblem för att så snabbt som möjligt kunna möta dem. Till exempel kan det inom socialtjänsten inte uteslutas att alkohol eller narkotika kan vara en del av problemet i följande fyra situationer:

1. Parrelaterade problem och våld inom familjen
2. Försummelse av barnen
3. Kriminalitet, t.ex. rattfylleri och stöd
4. Upprepade eller långvariga ekonomiska problem

När en person har kontakt med socialtjänsten på grund av ett eller flera av de ovanstående problemen är det alltså inte orimligt att anta att alkohol- eller narkotikamissbruk kan vara en del av problemet. Då kan det också vara relevant att ställa frågor om alkohol och narkotika.

Från hälso- och sjukvården vet man idag att kort rådgivning är en effektiv metod för att minska alkoholkonsumtionen hos personer med begynnande alkoholproblem. Två samtalstekniker som har god evidens är FRAMES och MI. FRAMES är inriktad på rådgivning och kräver en grundläggande kunskap om alkohol. MI är orienterad mot att stödja patientens reflexion kring sina motiv för vissa beteendemönster och metoden ställer krav på utbildning och träning. En metod som också används inom hälso- och sjukvården för att upptäcka personer med riskkonsumtion av alkohol är AUDIT. Dessa tre metoder har visat sig effektiva i hälso- och sjukvårdssammanhang. Socialstyrelsen bedömer att de även bör prövas inom socialtjänsten.

Bedömningsinstrument och dokumentation

För att upptäcka och bedöma graden av alkohol- eller narkotikaproblem hos en person kan olika former av bedömningsinstrument användas. I verksamhet utanför hälso- och sjukvården är det framför allt olika beteendevetenskapliga frågebatterier som kan vara aktuella.

AUDIT och MAST är de två testmetoder för alkohol som Socialstyrelsen bedömer har tillräcklig kvalitet för att kunna användas i reguljär verksamhet för att identifiera alkoholproblem. I första hand rekommenderas AUDIT. DUDIT anses vara det enda etablerade testet för narkotikabruk.

Utredning, dokumentation och uppföljning

Efter den inledande identifieringen och bedömningen av problemens svårighetsgrad behövs instrument för att avgöra val av insats, behandlingsplanering och uppföljning av den enskildes situation och behov. Många av de bedömningsinstrument som kan användas för att utreda klientens eller patientens hjälpbehov kan även användas för verksamhets- och kvalitetsutveckling. De kräver som regel relativt omfattande utbildning. De instrument som uppfyller kraven på bl.a. tillförlitlighet är ASI och DOK. För unga klienter eller patienter är ADAD eller Euro-ADAD kvalitetstestade instrument. Som komplement till framför allt ASI kan MAPS användas. I riktlinjerna framhålls också vikten av att alla åtgärder nog dokumenteras, både när det gäller formen av insatser och deras resultat.

Att sluta med ett missbruk

Socialstyrelsen konstaterar att en majoritet av dem som lyckas sluta med ett alkohol- eller narkotikamissbruk gör det utanför de etablerade vårdinsatser som erbjuds av samhället. Slutsatser av kunskapsgenomgångar som Socialstyrelsen gjort, visar att ett stabilt socialt nätverk har betydelse för en positiv utveckling. Vid alkoholproblem lyfts också deltagande i självhjälpgrupper fram som en positiv faktor.

Att upphöra med ett missbruk innebär dock stora utmaningar för den enskilde och Socialstyrelsen pekar på ett antal olika insatser som ofta bygger på en kombination av medicinska och psykosociala insatser och stöd.

Många vuxna med missbruks- eller beroendeproblem som har kontakt med vården har även andra problem och sociala svårigheter. Socialstyrelsen skriver bland annat i sina riktlinjer att ungefär en sjättedel av de vuxna missbrukare som har kontakt med vården är hemlösa. En stor del av missbruks- och beroendevårdens klienter är ensamstående eller franskinda och står utanför arbetsmarknaden. Forskningen kring naturlig läkning visar också att förändringar i den sociala miljön, till exempel när det gäller arbete och sysselsättning, bostad, stabil inkomst, fungerande familjeliv och ett socialt nätverk kan göra det lättare att hitta en väg ur missbruket eller beroendet, med eller utan behandling.



I riktlinjerna diskuteras olika typer av psykosocialt stöd i relation till olika typer av missbruk. Några exempel är att vid cannabismissbruk konstateras att detta ofta rör yngre personer varför stödinsatser för dennes familj och närstående alltid bör övervägas. Vid missbruk av centralstimulantia menar man att kognitiva beteendeterapeutiska metoder eller tekniker de för närvarande bedöms vara de mest effektiva behandlingarna. Vid missbruk av opiater menar man att psykoterapi tycks vara effektivare än andra metoder då det gäller att få en person att stanna kvar i behandlingen.

Socialstyrelsen skriver vidare att: "Sociala stödåtgärder vid sidan av behandling kan antas ha stor betydelse för rehabiliteringen av narkotikamissbrukare. Den genomgång av forskningslitteraturen som experterna har gjort har bl.a. uppmärksammat familjens roll, arbetsrehabilitering och boendestöd. Redovisningen pekar på att familjen under vissa förutsättningar kan vara en viktig faktor för att sluta missbruka eller minska missbruket av narkotika. Det är därför viktigt att vården bistår de familjemedlemmar som utgör ett stöd i rehabiliteringen.

Psykosocial behandling

Med psykosocial behandling menas generellt metoder eller tekniker som ska förändra eller bearbeta den enskildes problembeteende. Enligt Socialstyrelsen syftar psykosocial på att interventionerna riktar sig både mot den enskildes missbruks- och beroendeproblem och eventuellt andra problem som kan ha funnits före missbruksproblemet, eller som är konsekvenser av det. Man kategoriserar de metoder som används i fem olika grupper:

- Höjning av motivationen till förändring (motivationsmetodik)
- Förändring av själva missbruks- eller beroendebeteendet (främst varianter av kognitivt beteendeterapeutiska metoder och 12-stegsbehandling).
- Metoder inriktade på möjliga bakomliggande faktorer till missbruket eller beroendet (främst dynamiskt orienterad behandling och interaktionella terapier).
- Allmänt stödjande rådgivning (ofta kallad standarbehandling eller sedvanlig behandling, ibland kompletterad med sociala insatser och disulfirambehandling).
- Behandling inriktad på partnern eller en anhörig.

Förändringsprocessen, vare sig den innehåller professionell behandling eller inte, är starkt influerad av olika omgivningsfaktorer, till exempel krav och stöd från andra människor, trovärdiga alternativ till drickandet och sociala vinster av att upphöra med missbruket eller beroendet.

Aktuella studier pekar på ett antal gemensamma principer och förhållningssätt som leder till lyckosamma förändringsprocesser. Som exempel på sådana principer kan nämnas vikten av att

- betrakta den enskilde som medaktör i förändringsprocessen
- upprätta en fungerande terapeutisk relation
- anpassa olika insatser till den enskildes personliga och sociala förutsättningar och fas i förändringsprocessen
- samverka med olika "läkande krafter" i hans eller hennes levnadsmiljö.

Särskilda grupper

Gravida kvinnor

Socialstyrelsen betonar att när det gäller gravida kvinnor får begreppet riskbruk och missbruk en annan och speciell innebörd. Alkoholkonsumtion som för den icke gravida kvinnan kan bedömas som ofarlig kan ofta i förhållande till risken för fostret bedömas som farlig för en gravid kvinna och därmed betraktas som ett risk- eller missbruk.

Studier pekar på att många av de gravida kvinnor som använder alkohol och narkotika under graviditeten även bär med sig psykosociala och medicinska riskfaktorer, till exempel våld, psykisk sjukdom eller hiv-infektion. Det framgår även i studierna att kvinnor som utsätts för våld har en ökad benägenhet att använda alkohol och/eller narkotika.

Det kan vara svårt att ge behandling till den gravida kvinnan om hon förutom missbruk även är omgiven av en mängd psykosociala riskfaktorer. Det krävs ofta en någorlunda stabil miljö för att en behandling ska bli verksam. Därför är det viktigt att alla de myndigheter (MVC, socialtjänsten, familjecentraler m.fl.) som kommer i kontakt med gravida kvinnor är uppmärksamma på problematiken och i högre utsträckning ställer frågor om livsstil, inklusive alkohol- och drogvvanor.

Det är viktigt att kunna erbjuda olika typer av socialt stöd till gravida kvinnor med missbruksproblem och, om de så önskar, till deras partners som komplement till behandlingsinsatser.

Missbruk/beroende och samtidig sjukdom

Enligt Socialstyrelsen har hälso- och sjukvården och socialtjänsten ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med missbruk/beroende och samtidig psykiatrisk eller somatisk sjukdom (samsjuklighet). Befolkningsstudier har visat att personer som har alkohol- och/eller narkotikaproblem har en klart ökad risk för psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. Det omvända sambandet gäller också, personer som någon gång haft en psykiatrisk diagnos har ökad risk för alkoholproblem. Socialstyrelsen menar att problemen kring psykisk störning och sjukdom och samtidigt missbruk eller beroende är omfattande och sannolikt växande.

Det praktiska behandlingsarbetet med dessa patienter och klienter försvåras av att ansvaret för behandling och stöd är uppdelat mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Därför är samordnad behandling att föredra och inom denna integreras behandling för båda tillstånden med sociala insatser. Samordnad behandling av missbruk eller beroende och samtidig psykiatrisk störning eller sjukdom bör ske i ett gemensamt team inom samma verksamhet. Verksamheten bör finnas i en speciell enhet utanför de båda huvudansvariga (kommun och landsting).

Socialstyrelsen hänvisar till studier som visar att sådan samordnad behandling är mer effektiv än när missbruket eller beroendet och den psykiatriska störningen eller sjukdomen behandlas separat inom olika verksamheter.

Särskilda utmaningar

På narkotikaområdet introduceras ständigt nya narkotikapreparat på den illegala marknaden vilket försvårar behandling. Mängden olika preparat gör att interventionerna och behandlingen kontinuerligt måste anpassas och specificeras. Narkotika är inget enhetligt fenomen och personer med narkotikamissbruk eller -beroende använder sig ofta av flera narkotikaklassade preparat, och ofta i kombination med alkohol och andra preparat som lugnande medel. Frågan vid behandling blir då, vad för slags missbruk eller beroende är det som är föremål för interventionen.

Socialstyrelsen pekar på några problemområden i fråga om behandling av narkotikamissbruk- och beroende. Man lyfter fram en skiljelinje mellan dem som accepterar det som kallas skadelindring ("harm-reduction"), det vill säga insatser i form av till exempel sprutbytesverksamhet, och dem som tar avstånd från sådan. En annan fråga man tvistar om inom vården är om man ska använda läkemedel för att behandla opiatmissbrukare, så kallad läkemedelsassisterad behandling.