



## Musikk som døråpner

Musikk kommer ut av glede, og ut av glede kommer det musikk. Musikk gjør noe med oss mennesker. Vi kan bli oppstemte eller nedstemte, vi kan gråte og le, løpe eller slappe av. Det musiske fenomenet har blitt til et pilotprosjekt ved Seksjon for Illegale Rusmidler (IR) ved Ahus.



– Musikkens motiverende kraft er sammensatt. Den er dels knyttet til musikkens sosiale funksjon, dels det estetiske, og dels det nevrologiske, ved at musikk virker sterkt inn på hjernens belønningssystem, slik sex og rusmidler også gjør. For de som sliter med høy grad av angst og abstinensopplevelser, kan musikken gi en opplevelse av velvære for en periode, sier seksjonsleder ved Seksjon IR, Janka Holstad.

### Fra skjerming til fellesskap

Pasientene som kommer til Seksjon IR blir skjermet et par dager slik at de får snudd døgnnet, spist mat og blitt kvitt de største abstinensene. Når de ikke lengre ser ruspåvirket ut, og begynner å komme litt mer i form får de en overgang til det de kaller fellesskapet.

– I vår fellesskapsstatus får de flere goder, men også mer ansvar, sier Holstad. Når man skal vekke folk til en ny dag må de få noe å våkne til, også ved en kortids avgiftningsenhet. Vi har sett at et program og aktiviteter i løpet av dagen er en viktig årsak til at pasientene gjennomfører innleggelsen. Vi ønsker at de skal ha en opplevelse av å tilhøre et sted hvor de både blir sett og hørt og gjerne gitt muligheten til å påvirke selv. I avgiftningsfasen er man ofte sårbar og vi har lagt opp til aktiviteter som de kan, bør eller må delta på, legger hun til.

### Opplever mestring

I seksjonens behandlingstilbud har miljøterapi et høyt fokus. Behandlingsmiljøet er tilrettelagt slik at læring, mestring, og personlig ansvar blir fremmet.

– Vi har klare regler og trygg struktur for at pasientene skal oppleve mestring. ►►

*Seksjonsleder Janka Holstad gleder seg til å få et rom fylt med instrumenter. – Musikkterapiprojektet får frem det gode i pasientene. Så langt i prosjektet har vi bare høstet positive erfaringer, sier hun.*

Formålet er at vi skal bidra til å styrke opplevelsen av motivasjon og egenverdi. Målet er motivasjon og fremtidstro. Individuelle samtaler og samtalegrupper er også en del av behandlingen. I evalueringen fra pasientene ser vi ofte at musikktilbud og de andre aktivitetene scorer høyt, sier Holstad.

### **Ikke traumebehandling**

Målsetningen i musikkprosjektet er å se om tilbudet kan bidra til å gi økt motivasjon til å fullføre innleggelsesgrunnen slik at pasientene kan komme seg videre i behandling og ut av rusen.

– Her har vi ikke traumebehandling og vi graver ikke etter forhistorien, men av og til kommer historier opp, og da snakker vi naturligvis med pasientene om dette. Det skal være et trygt sted å ha det vanskelig på, sier Holstad.

### **Strukturert hverdag**

Under avgiftningsoppholdet har pasientene en strukturert timeplan. De streber etter å komme «på den andre siden». For å komme dit er struktur i hverdagen viktig.

– De kan enten være med på bildegruppe, motiverende samtale, helsegruppe, psykologgruppe eller musikkgruppe. Musikk har blitt veldig populært. Flere av de som kommer hit kan spille et eller annet instrument, og alle kan vi lage lyder eller slå en takt med hendene. Foreløpig har vi bare hatt gitar, men vi får snart flere instrumenter, sier Holstad.

### **Endelig ei tåre...**

De som kommer til avgiftning er ofte slitne og har bak seg et liv på gata hvor det ofte hersker et hierarki. – Dette ser vi også tendenser til her. Når pasientene kommer fra skjermet avdeling til fellesskapet må de på mange måter bevise hva de er gode for ovenfor de andre pasientene. I dette kan sang og musikk være en grensesprenger av de store, sier Holstad.

Seksjon IR har en kreativ musikkterapeut som klarer å få med seg alle pasientene, enten på instrument, sang eller rytme. – Vi opplevde blant annet en gang en pasient som begynte å gråte til en sang som ble spilt. Musikkterapeuten lurte i ettertid på om hun burde ha avsluttet sangen, men pasientens tårer viste seg å være en god opplevelse for pasienten. Hun fortalte selv at hun aldri klarte å gråte når hun var ruset. Hun gråt også av glede da hun oppdaget at hun gråt. For henne betydde dette at hun var på vei til å bli rusfri og på bedringens vei!

### **«Nesten ettervern»**

Pasientene er inne på Seksjon IR i cirka 14 dager. Når de skal ut igjen får de med seg mange nye musikk tanker.

– Musikkterapeuten er flink til å vise pasientene mulighetene som ligger der for dem. Det kan være hvordan søke på Internett for å finne musikk skoler, musikk lærere, hvor man kan få kjøpt nye strenger til gitaren og ellers alt som har med musikk å gjøre. Hensikten er å gjøre terskelen så lav som mulig for å få dem til å fortsette med musikken uansett hvor de havner i ettertid, sier Holstad.

### **Evidensbasert forskning**

Til nå er det gjort lite forskning på musikkterapi for ruspasienter, men innen kriminalomsorgen og psykiatrien har dette vært utprøvd en stund og med gode erfaringer. Musikkterapi på korttidsinstitusjon er et pilotprosjekt.

– Jeg er med i nettverk for avgiftning i Helse Sør-Øst. Da jeg presenterte min idé om musikkterapi i dette forumet var det helt nytt for alle der. Vår musikkterapeut holder på med en masteroppgave om dette og vi håper at det vil bli en doktorgrad etter hvert også. Vi er opptatt av at den behandlingen vi gir skal være evidensbasert. Forskningsavdelingen ved Ahus er positive til opplegget og vi er veldig stolte av å få lov til å være først ute, sier Holstad.

### **Godt nettverk**

I 2010 startet dialogen og arbeidet knyttet til musikkterapi, forebygging og rusrehabilitering. I dag er det et nettverk som består av KoRus-Bergen, KoRus-Oslo, KoRus-Midt og KoRus-Øst, de to norske forskningssentrene innen musikkterapi; Senter for musikk og helse ved Norges Musikkhøgskole og GAMUT – Griegakademiets senter for musikkterapiforskning ved Universitetet i Bergen. Spesialisthelsetjenesten er representert i nettverket ved Ahus, seksjon IR. Nettverket har fått navnet KuRS (Kultur, rus og samhandling).

Målet med nettverket er å oppnå praksisnær forskning og kunnskapsutvikling. Prosjektet ved Ahus er finansiert av KoRus-Øst og har faglig veiledning fra Norges Musikkhøgskole. Prosjektet er ett av to tiltak så langt, i regi av KuRS. KuRS ønsker blant annet å undersøke musikkterapi som systematisk behandlings- og rehabiliteringstiltak, utvikle et samarbeid på tvers av fag og metodikk, og å kombinere tiltak og forskning.

# Savner trad

Trond Malmedal ved Kildevangen behandlingssenter i Oppland mener veien til behandling har blitt lengre, selv med pasientrettigheter. I sitt innlegg på Røroskonferansen tidligere i sommer snakket han om sine erfaringer rundt endringene i rusreform '04.

– Da rusreform '04 kom skulle alt bli så mye bedre for pasientene, men jeg er ikke så sikker på om alt nødvendigvis oppfyller kriteriene for suksess, sier Malmedal. Tidligere var tradisjonelle omsorgsboliger, eller verneboliger et vanlig tilbud til de som trengte et lite avbrekk i hverdagen.

– Kildevangen er ikke lengre et omsorgssenter, men et behandlingssenter etter 12-trinnsmodellen. Pasientene som benyttet seg av omsorgstilbudet opptar nå plasser i helsekøen. Kommunen og Fylkene får ikke lenger overført penger i forhold til behandlingsdelen og overføringene går rett til helseforetakene, sier han.

### **Et nødvendig avbrekk**

– De som kom til Kildevangen var typiske klienter som ville passet i et vernehjemsopplegg. Hos oss fikk de et kort opphold, før de reiste hjem til sitt. Dette var tradisjonelle alkoholikere som rett og slett kom til oss når de selv følte de måtte ha et lite avbrekk. Disse var ikke ute etter å bli rusfrie, men trengte å komme seg vekk for å slappe av litt, få vekk litt fylleangst og kanskje litt psykosier før de gikk tilbake til sitt eget liv. Altså, for dem, et nødvendig avbrekk, forteller Malmedal.

### **Rusreformen 2004**

– Det positive med endringene etter rusreform '04 er at flere nå får mulighet for behandling fordi de har fått pasientrettigheter. Det negative er at du mister den personlige kontakten som vi hadde tidligere, og den personlige valgmuligheten som kommunen hadde, sier Malmedal.

# isjonelle omsorgsboliger

Tidligere var det slik at det var enklere å få et opphold på steder som Kildevangen, noe flere benyttet seg av.

– Før kunne ruskonsulenter eller saksbehandlere til vedkommende bare henvende dem til oss. Vi kjente hverandre, og veien til hjelp var kort. Nå må det bli søkt gjennom fastlege eller NAV, som først må søke klienten inn i DPS systemet, hvor det er ventetid før du kommer inn til en forvernsamtale, og så skal det vurderes hvilke tiltak du trenger. Vurderingen blir gjort av folk som bare har sett deg en halvtime. Etterpå kommer ventetiden i det offentlige

hjelpeapparatet eller behandlingsapparatet. Den er relativt mye lengre enn før, forteller Malmedal.

## Mer kronglete

– Det som nå er bra er at klientene/pasientene har pasientrettigheter, men selv med pasientrettigheter har veien blitt mer kronglete og ventetiden mye lengre for de som trenger hjelp. Ironisk nok diskuterer vi fremdeles om vi har med en svakhet eller sykdom å gjøre. De som for eksempel har søkt om å utgiftsføre behandling ved Kildevangen har fått som svar fra lignings-

kontoret at de har en svakhet og ikke en sykdom. En svakhet omfattes ikke av pasientrettighetene på lik linje med en sykdom. Da faller de utenfor, både definisjonen på hva man kan få behandling for og hva man kan få økonomisk støtte til. Det offentlige har jo samme behandling, men da koster det ingen ting. Dette mener jeg er en merkelig praksis, sier Malmedal.



*Trond Malmedal ser både positive og negative trekk ved utviklingen av rusbehandlingen og trekker frem pasientrettighetene som et klart fremsteg, men saksbehandlingen i sin helhet som et tilbakesteg.*

## Fakta om Kildevangen

Kildevangen Behandlingssenter gir i dag en helhetlig behandling og benytter blant annet et velfungerende 12-trinnsprogram som fundament.

De tar i dag imot klienter som sliter med alkoholproblemer eller andre misbruks- og avhengighetsproblemer. Senteret kan dessverre ikke ta imot sterkt belastede narkomane eller pleietrengende.

Kildevangen har ikke avtale med det offentlige helsevesenet, og det er i hovedsak klientene selv eller deres arbeidsgivere som betaler for behandlingsoppholdet.

Aktørene innenfor rusbehandlingen har nok en gang valgt å stikke «hodet i sanden»! Debatten om manglende kvalitet og resultater fra dagens behandlingsformer (jfr. riksrevisjonens rapport om Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, april 2010) – er fortsatt like fraværende.

# Etter Stoltenbergutvalget!

Stoltenbergutvalget foreslår en rekke tiltak for «narkotikaavhengige», som er den pasientgruppen i Norge med høyest sykkelighet og dødelighet. Utvalgets innstilling understreker meget sterkt nødvendigheten av helhetstenkning og samhandling mellom de ulike aktørene for å lykkes på rusfeltet.

Utvalgets arbeid ble kronet med en konsensuskonferanse på Oslo Plaza, hvor alt kokte ned til kun å gjelde «heroinbehandling». Alt annet i utvalgets innstilling synes å være glemt.

Vi fortsetter dermed som før og det eneste man oppnår er å «produsere» flere pasienter som blir ansett som «behandlingsresistente» og som til slutt ender i LAR eller får «heroinbehandling».

## Så mye om et verdig liv

Viljen til å se kritisk på hvilke tilbud og ikke minst kvaliteten i rusbehandlingen virker helt fraværende. Selv med den ramsalte kritikken fra riksrevisjonen er den totale tausheten fra de involverte på «fagfeltet» påfallende stor. Hvorfor er det slik? Hvorfor er systemet så handlingslammet og hjelpeøst når deres oppgave skal være å tilrettelegge for hjelp til de som trenger det.

Debatten rundt rusbehandlingen i Norge har gitt inntrykk av å stå på stedet hvil i mange år. Noen kosmetiske endringer er

gjort, men i hovedsak har den vært preget av kortsiktige løsninger, samt mer byråkrati. Alle kjemper om midler, diagnoser og rusens kompleksitet. Hjelpeapparatet går seg vill i sine egne korridorer og prøver å løse sine problemer med mer av det som ikke virker – til man gir helt opp og tilbyr rusmisbrukeren det misbrukeren trenger aller minst, nemlig mer av det som ikke virker.

## En del av et livsstilproblem!

Fra tidens morgen har det alltid vært mennesker som ikke har «ønsket» å være en del av storsamfunnet. Slik er det også for de som har «valgt» rusen som en del av sin identitet. La dem få lov til det, og gi dem den omsorg og pleie som er lovfestet.

Men for de som har et ønske om å bli etablert i samfunnet, må vi målrette ressursbruken. Hvis den motiverte pasienten fortsatt skal møte venting og likegyldighet, reduseres vedkommendes tro og en senere mulighet til å lykkes.

Dette forutsetter at vi skiller de såkalte «hjelpetrengende» inn i to grupper. De som er ute etter en «time-out» fra ruslivsstilen og de som har kommet til veis ende, og ønsker et annet liv.

En narkoman har i tillegg til sitt rusproblem et livsstilsproblem. Både narkotika- og livsstilsproblemet må løses samtidig. Det er ikke mulig å løse rusproblemet uten at livsstilen endres. Hvilke tilbud gir vi en motivert og nykter narkoman? Hva anser vi for å være meningsfull tilværelse? Er det noen anledning til å anta at det vil være noen forskjell på hva en narkoman og en vanlig borger oppfatter som en meningsfull dag? For den vanlige mann og kvinne anser samfunnet det å ha en jobb å gå til nærmest som en forutsetning for en meningsfull hverdag.

Desto ferskere minnene om lidelsene og ydmykelsene som en livsstil fylt med rus er,

*– Hjelpeapparatet går seg vill i sine egne korridorer og prøver å løse sine problemer med mer av det som ikke virker – til man gir helt opp og tilbyr rusmisbrukeren det misbrukeren trenger aller minst, nemlig mer av det som ikke virker, sier Frode Skjølsvik.*

jo større er viljen (motivasjonen) for å få et annet liv. Motivasjon er ferskvare. Alle aktører på rusfeltet vet hvor viktig det er å få de narkomane til å bli motivert for å gjøre endringer i sitt liv. Derfor bruker vi store ressurser på motivasjon. Når motivasjonen er til stede, så er køer i alle ledd i behandlingsskjeden det vi har å tilby. Motivasjonen forsvinner som dugg for solen. Det fortoner seg som fullstendig meningsløst å drive på denne måten og for den narkomane oppleves det hele som veldig frustrerende og svært demotiverende.

## Radikal endring må til

Livsstil er et resultat av våre tanker, følelser og holdninger. Disse tankene, følelsene og holdningene resulterer i det levesettet et menneske velger å leve sitt liv etter. For den narkomane, som har et ønske om å slutte med rusmidler og leve et «A4-liv», må det til en radikal endring av livsstilen. Noen mener at frykten for å endre livsstil er verre enn å slutte med stoff. (Bedre med et kjent helvete, enn et ukjent paradys). Det er derfor av avgjørende betydning at den narkomane får en visjon om at en ny livsform med dens innhold, vil være mye bedre enn den gamle.

Det tar kun noen få dager å legge grunnlaget for en mental endring av livsstilen, gjennom veiledning av en som vet hva det innebærer og selv har gjennomført denne prosessen med et positivt resultat. Tanker, følelser og holdninger som før var dominerende i den narkomanes liv, vil bli lagt til side og et helt nytt sett med oppfatninger og motiver vil begynne å prege dem i deres hverdag.

Neste skritt er å komme i en jobb. En jobb hvor en blir behandlet på samme måte som alle andre på arbeidsplassen. Denne likebehandlingen innebærer at det stilles de samme kravene og rettighetene som for de andre på arbeidsplassen.

## Avslutning

For å nå de målsettingene som er nevnt i Stoltenbergutvalget, for de narkomane som



# Pøbler i Elverum

Pøbelprosjektet er nå etablert i Hedmark. Tunet AS i Elverum har fått oppdraget med å drive pøbelprosjektet i Sør-Østerdal og Glåmdal.

Ønsker et annet liv, er det en forutsetning at vi tar fokuset bort fra narkotika-/avhengighetsproblemet og heller prøver å se på det som et livsstilsproblem!

Når den narkomane er klar og motivert (og følelsen av en mislykket livsstil sitter i ryggmargen), starter en «reetableringsgruppe» sitt målrettede arbeid. Dette arbeidet må ledes av en person, som planlegger og koordinerer den bistanden og hjelpen den narkomane trenger for å kunne etablere en ny livssituasjon.

Jo raskere den nye livsstilen er etablert, jo større er sannsynligheten for et positivt resultat.

## Sykdom som ikke kan behandles

Per dags dato kan vi ikke behandle sykdommen «avhengighet». Derfor må de narkomane lære seg hvordan en skal leve med sykdommen, som andre lever et liv med andre lidelser!

Om ikke for noen annen grunn, så la oss å prøve nærme oss problemet på denne måten for pasientenes del.

«Det fortøner seg komplett besynderlig at ingen – ingen! Etter 30 år med så mislykket narkotikapolitikk på alle plan, har tenkt på å spørre menneskene det gjelder selv. Spørre de egentlige ekspertene, de virkelige fagfolka.»

(Nini Stoltenberg, 2006)

■ Kommentarer og spørsmål til denne artikkelen og «Narkomanes fortjenestmedalje» (i KoRus-Øst 2-11) mottas med interesse på: [post@grandrehab.no](mailto:post@grandrehab.no)

Visjonen til pøbelprosjektet er å hjelpe ungdom som har kommet på en sti utenom den de fleste velger. Disse skal få den hjelpen de trenger for enten å komme tilbake til videregående skole, utdanning eller arbeid.

## Skal følge opp unge i Hedmark

Tunet AS er en nykommer som samarbeidspartner for Pøbelprosjektet i Hedmark og skal følge opp ungdommene i distriktet. Pøbelprosjektet søker etter flere bedrifter rundt om i fylket og utfordrer derfor bedrifter til å stille opp.

## Skolelei ungdom er også en ressurs

Hovedåren i Pøbelprosjektet er at alle kan bidra positivt og være en ressurs for samfunnet. – Selv skolelei ungdom er en ressurs. De har noe å bevise for seg selv og andre, nemlig at de kan ta tak i seg selv, gjøre valg og holde avtaler. Enkelte ganger trenger de bare noen voksne rundt seg som kan og vil gi ungdommen en mulighet til å vise seg, sier pøbel-ideolog Eddi Eidsvåg.

*Eddi Eidsvåg og Kersti Grindalen i Elverum under åpningen av Pøbelprosjektet i august.*



# Innovativ struktur på tverretatlig s

Opplæringsprogram i kartleggingsverktøy og samtalemetodikk for kommunalt ansatte som møter gravide og småbarnsforeldre representerer en bred tverrsektoriell satsning på tidlig intervensjon.

– Et samarbeid om opplæring inn mot kommunene gir oss en unik sjanse til å nå fram med støtte og økt kompetanse til de som er i direkte møte med sårbare gravide, vordende fedre og småbarnsforeldre, forteller spesialrådgivere Tone Skjellest og Anne Moberg ved KoRus-Øst.

I desember 2009 begynte samarbeidet om å smelte sammen deler av tidlig intervensjonssatsninger rettet mot gravide og småbarnsforeldre. Siden den gang er R-BUP, RVTS, KoRus-Øst og Bufetat invitert av Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (Bufdir) til å ta del i en arbeidsgruppe for å utvikle et felles opplæringsprogram. Programmet innebærer opplæring i kartleggingsverktøy for tidlig intervensjon for områdene rus, psykisk helse og vold.

## Skal fremme og koordinere

Fra 1. januar 2010 fikk helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven bestemmelser som omhandler ivaretagelsen av barn som pårørende. Bakgrunnen er de belastningene barn kan utsettes for i forbindelse med foreldres psykiske vansker, rusproblemer og somatisk sykdom eller skade. Bestemmelsene handler bl.a. om ny § 3-7a «Om barneansvarlig personell mv.».

– Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, sier Moberg. Lovbestemmelsene gjelder for mindreårige barn under 18 år og skal gjelde både for biologiske barn, stebarn, fosterbarn, adoptivbarn og andre.



Illustrasjonsfoto: Morguefile.com

Målet med det hele er at vi skal samarbeide mer og bedre innen forebygging og tidlig intervensjon, noe som også er i tråd med den vedtatte samhandlingsreformen, sier Skjellest.

## Riktig retning

Opplæringsprogrammet formidler kunnskap om kartleggingsverktøy og samtaleferdigheter til de som i det daglige er nær gravide og småbarnsforeldre. Dette er et viktig første trinn for å sikre tidlig innsats.

– Kartleggingsverktøyene som er valgt ut til dette formålet er EPDS, TWEAK og

Abuse Assessment Screen. Disse er alle godt validerte internasjonalt og er derfor valgt av direktoratene. Studier understøtter at vi går i riktig retning ved å gi opplæring i såkalte miniintervensjoner hvor kartleggingsverktøy benyttes og følges opp enten med motiverende intervju, eller støtteintervju (endringsfokuset rådgivning), legger Skjellest til.

Innholdet i opplæringsprogrammet fokuserer på økt handlingskompetanse, og tar utgangspunkt i at deltakerne i stor grad besitter nødvendig formalkompetanse (kunnskap) om temaområdene. Programmet

# samarbeid

inneholder derfor mange øvelser og gir god mulighet for erfaringsutveksling, kommenterer Moberg. Det er ønskelig at deltakerne jobber med kasus mellom samlingene, og får utdelt supplerende fagstoff.

## Økt bevissthet

Programmets innhold vil forhåpentligvis ha en merverdi ved at ulike deltakermiljøer blir bevisst «hull» i egen kompetanse, og får kjennskap til og fra hvem og hvor de kan få fordypende faglig bistand. Økt bevissthet om muligheter til bedret tjenestetilbud ved samordning og samarbeid er en ønsket bi-effekt. Programmet vil gi kjennskap til eksterne aktører som kan gi aktuelle kommunale instanser utdypende faglig bistand.

Tidlig intervensjon innen psykisk helse, rusområdet samt for vold og kriminalitet er et prioritert satsingsområde for Regjeringen. Det er tverrpolitisk enighet om den

tverrsektorielle satsingen på tidlig intervensjon.

Tidlig intervensjon berører og involverer mange og det er derfor viktig med en bred forankring både på departements- og direktoratsnivå. Et vellykket tidlig intervensjonsarbeid fordrer en samordnet innsats i kommuner, av involverte instanser og etater, direktorater og departementer.

Både Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet tilbyr kompetansetiltak på tidlig intervensjon. Tiltakene er utformet slik at kommunene skal bli bedre i stand til å fange signalene tidligere, og å bistå gravide og småbarnsforeldre med utfordringer knyttet til rus, depresjon eller vold.

## Målgruppe for opplæringsprogrammet

Opplæringsprogrammet skal i hver kommune ha maksimum 50 deltakere som alle

forplikter seg til å delta på alle fem samlingene. Opplæringsprogrammet retter seg mot fagpersonell som arbeider med gravide og familier med barn opp til skolealder der rusproblematikk, psykisk helse og vold/overgrep er aktuelt. I vår region er opplæringsprogrammet gjennomført i Skedsmo kommune. Aurskog-Høland og Vestre Toten står nå for tur.

■ Ønsker du mer informasjon om opplæringsprogrammet, ta kontakt med KoRus-Øst

*– Et samarbeid om opplæring gir oss en unik sjanse til å nå fram med støtte og økt kompetanse til de som er i direkte møte med sårbare gravide, vordende fedre og småbarnsforeldre, forteller spesialrådgivere Anne Moberg og Tone Skjellet ved KoRus-Øst.*



# Vellykkede samarbeidsrutiner i As



Illustrasjon: Dreamstime.com

Sosionomtjenesten ved Bærum sykehus har etablert et godt samarbeid for de som på en eller annen måte har fått i seg for mye alkohol. Ungdom har ulike terskel for hvor mye alkohol de tåler. Av og til kan det bli for mye, selv for de som har et godt etablert rusmisbruk. For de som har opplevd en glipp, er erfaringen av å havne på pumping noe de helst vil unngå i fremtiden. De har lært!

Hver gang det blir innlagt en ungdom med rusforgiftning ved Bærum sykehus blir dette rutinemessig registrert av en sykepleier. Hvis pasienten er på sengepost, vil sosionomtjenesten ta kontakt med vedkommende og gi informasjon om hvilke oppfølgingstilbud de kan få etter at de er skrevet ut.

– Hvis de er utskrevet i løpet av helgen ringer vi og tilbyr en samtale med helsesøster på skolen. Dersom vi ikke får tak i ungdommene, sender vi et brev hvor vi informerer om at alle som er innom får en samtale med en sosionom, og tar en kartleg-

gingssamtale her hos oss på sykehuset, sier fagkoordinator ved sosionomtjenesten, Linda Nessøe.

### Godt forhold til helsesøster

Tilbudet for oppfølging er for ungdom under 20 år. Kommer det inn ungdom som har sluttet på skolen har sykehuset en avtale med Helsestasjon for ungdom, slik at disse de kan få en samtale der.

– Vår erfaring er at ungdom, enten de er i skole eller ikke, har stor tillit til, og et godt forhold til helsesøster. Til samtalene har noen med seg foreldre, andre kommer

alene. Uansett snakker vi om det som har skjedd og vil under samtalen vurdere om vi trenger å sette inn flere ressurser. Takker noen nei til tilbudet, ber vi ungdommene om å ta vare på telefonnummeret vårt, slik at de kan ta kontakt senere. Det hender fra tid til annen at de ringer, forteller Nessøe.

### Har lært ei lekse

Ungdommene som kommer til Bærum sykehus på grunn av rusforgiftning har svært ulike bakgrunn. – Noen kan enten hatt en glipp, det kan være første eller andre gang de drikker alkohol og ikke hatt



# ker og Bærum

helt kontroll, andre har et godt etablert rusforbruk og er på god vei inn i et mer problematisk liv med mer sammensatte problemer, forteller Nessøe.

– Det som er fint å merke seg er at vi ser sjelden de samme ungdommene igjen. De som kommer hit, og har med seg sine venner forteller at det har vært en lite hyggelig opplevelse, og at de har lært ei lekse. På sett og vis litt forebyggende det også, legger hun til.

## Samarbeid

Arbeidsgruppen i dette samarbeidet består av psykiatrisk konsulent, helsesøster, barne- og familieenheten og tjenesteledere fra Asker og Bærum kommuner. – Vi har noen møter i løpet av året. Nylig ble samarbeidsavtalen evaluert på nytt og justert litt. Vi har alltid en oppdatert liste over hvilke helsesøstre som jobber ved de respektive skolene og ellers hvem som er kontaktpersoner i de ulike etatene og organene vi samarbeider med, forteller Nessøe.

Arbeidsgruppen jobber også for at informasjonen er god både innad i samarbeidsgruppen, i sykehussystemet og utad mot den enkelte medarbeider.

– Skal dette fungere må alle til enhver tid vite hvem som skal gjøre hva, og hvem som er hvor. Både i sykehuset og i kommunene er det stor rulling av personal, og det er viktig at alle nye får ta del i rutinene så tidlig som mulig, sier Nessøe. I tillegg er samarbeidsavtalen godt forankret i både Asker, Bærum og sykehuset legger hun til.

## Målgruppen

Målgruppen for samarbeidsavtalen er ungdom under 20 år. – Dette er tidlig intervensjon. Vi er på plass ved første rusforgiftning, og holder oversikten over hva de foretar seg i tiden etter en innleggelse. Vi jobber ikke aktivt oppsøkende og må også tåle at enkelte ungdommer takker nei til våre tilbud, forteller Nessøe.

Når teamet er usikre på utviklingen til den enkelte melder de sin bekymring til Barneverntjenesten i den respektive kommunen. – Er de under 18 år melder vi fra. Hvis de er over 18, snakker vi med dem og ber de ta kontakt med oss om det skulle være noe. Det hender faktisk at vi blir kontaktet, og det er jo bra, sier Nessøe.

## Godt innarbeidet samarbeid

Samarbeidsavtalen har blitt til etter en modell kalt Bærumsmodellen. Denne gikk ut på oppfølging av de som hadde forsøkt å ta sitt eget liv.

– Vi hadde jo litt erfaring med samarbeid og kommunene hadde ingen innvendinger da vi ville bruke samme opplegg rundt unge og intox, forteller Nessøe.

I dag er dette samarbeidet godt innarbeidet for målgruppen, men helt i mål er de ikke. – Vi har igjen litt når det gjelder de som er i et etablert rusmisbruk. Disse ungdommene er ikke i skole, og da faller skolehelsetjenesten ut. Vi jobber med å få til et nærmere samarbeid med øvrige aktører innen rusfeltet som kan hjelpe ungdommene med inn rutinene, sier Nessøe.

Det er heldigvis ikke mange ungdommer som blir lagt inn med rusforgiftning. – Vi hadde en topp i 2007 med totalt 40 innleggelser, og i fjor var vi nede i 21 innleggelser. Samarbeidet er ikke annet enn en rutine. Det vil si noen telefoner, brev eller samtaler i løpet av året. Men for de vi er i kontakt med, tror jeg dette er har mye å si, sier Nessøe beskjedent.

*Fagkoordinator ved sosionomtjenesten, Linda Nessøe følger opp ungdom som har blitt rusforgiftet. I etterkant av sykehusopphold blir det tilrettelagt for samarbeid mellom aktuelle instanser i spesialisthelsetjeneste og kommune.*



# Eldre, alkohol og legemidler

Et prosjekt i Bydelen St. Hanshaugen i Oslo har fulgt med på eldre over 67 år med helseproblemer på grunn av alkohol eller legemidler.

Innen år 2060 antas det at antall personer over 67 år vil være mer enn doblet. Andelen personer i yrkesaktiv alder, som skal finansiere og bemanne helse- og omsorgstjenester til gruppen over 67 år vil forbli den samme. Norske helsemyndigheter har et tydelig fokus på å effektivisere og forbedre sine tilbud i møte med denne utfordringen.

Alkoholkonsumet blant eldre øker, og økningen gjelder både generelt forbruk og

skadelig forbruk. I sammenheng med mange av de alminnelige sykdommene og plagene eldre opplever, er det en påvist sammenheng med alkoholkonsum. I tillegg er ca 10 % av sykehusinnleggelses på personer over 65 år relatert til bruk og feilbruk av medikamenter. Den kommunale helse-tjenesten har en stor kontaktflate av eldre med hjelpebehov og ved å gjøre de ansatte i bedre stand til å avdekke og intervensere ved overforbruk av alkohol og legemidler,

kan helsetap unngås. Ressursbruk i form av mye bruk av hjemmetjenester eller innleggelses på sykehjem kan avverges.

## Kartlegging

Hensikten med prosjektet eldre og alkohol var å oppnå bedre helse og livskvalitet blant de eldre i bydelen, og forebygge, eller begrense behovet for ulike ressurskrevende tiltak mot denne gruppen. Et mål for prosjektperioden var å gjennomføre en kartlegging av målgruppens omfang, og av hvilke tilbud som er tilgjengelig for denne gruppen. Det var også et ønske om i forbedre bydelens innsats overfor gruppen og å undersøke hvilke tilnærminger som kunne være hensiktsmessige.

De som var målgruppen for prosjektet var mottakere av hjemmetjenester over 67 år som hadde, eller stod i fare for å utvikle nedsatt allmenntilstand eller funksjonsevne som følge av overforbruk av alkohol eller legemidler. Målgruppen ble altså definert slik at den omfattet ikke bare personer med nedsatt allmenntilstand eller funksjonsevne, men også de som stod i fare for å utvikle dette. Dermed kunne prosjektet også kartlegge personer som kunne unngå eller begrense helseskader.

Når prosjektet mottok informasjon om en bruker med mulig skadelig bruk kunne dette komme fra pasientjournalssystemet, fagmøte eller muntlige tips. Deretter ble situasjonen undersøkt, etter flere kriterier som hva som var årsaken til bekymringen, hvilket sykdomsbilde eller hjelpebehov det var snakk om. Etter denne kartleggingen ble det gjennomført en samtale med brukeren. Hvis man da fant at personen var i målgruppen ble ytterligere tiltak iverksatt,

*Hensikten med prosjektet eldre og alkohol var å oppnå bedre helse og livskvalitet blant de eldre i bydelen, og forebygge, eller begrense behovet for ulike ressurskrevende tiltak mot denne gruppen, skriver Einar Grøndalen i sin artikkel.*



som for eksempel kvalitetssikring av eksisterende tilbud, oppfølgende samtaler med bruker, kontakt med fastlege, pårørende eller andre, endring av bydelens arbeid med bruker eller søknad om institusjon eller behandling.

### Målrettet arbeid nytter

Omfanget eldre som har, eller står i fare for å utvikle helseproblemer som følge av alkohol eller legemiddelbruk er betydelig. Det avtegner seg et bilde der det er få tilpassede tiltak rettet mot prosjektets målgruppe. Det er liten oppmerksomhet mot kunnskap om helseskader relatert til alkohol eller legemiddelmisbruk i kommunal helsetjeneste, sett i forhold til de menneskelige og økonomiske ressurser som går med til å bistå personer i målgruppen.

Det nytter med målrettet arbeid for å få alle aktører innen feltet mer oppmerksomme på kunnskapsrike om og handlekraftige i forhold til eldre i denne gruppen. Gjennom slik innsats kan den kommunale helsetjeneste med begrensede midler ivareta mange flere brukere på en mye bedre måte enn i dag.

I prosjektarbeidet med eldre og rus er det en rekke barrierer som i seg selv kan anses som interessante funn. Blant annet kan det sies at det er en opplevelse av tidsmangel i alle deler av tjenestene. De ansatte, enten de er bestillere eller utførere, ser i sin hverdag ofte liten mulighet til å gjøre mer enn de allerede gjør. Både ansatte og ledere har uttrykt bekymring for om kartleggingen vil avdekke nye hjelpebehov, nye brukere og dermed nye oppgaver som ikke vil kunne følges opp.

### Vanskelig å forholde seg til

Ansatte forteller at manglende kompetanse gjør det vanskelig for dem å forholde seg til rusproblematikk. Samtidig gjør kunnskapsmangel det vanskelig å oppdage helseskader ved overforbruk av alkohol eller legemidler. I enkelte sammenhenger har informasjon om dette også blitt møtt med skepsis, gjerne med henvisning til oppslag i media om gunstige virkninger av alkohol. Det er også ofte manglende tro på effekt av intervensjon og rehabilitering.

Det er naturlig at hjemmetjeneste og bestiller har fokus på det de oppfatter som sine kjerneoppgaver. I eldreomsorgen dreier det seg ofte om somatiske forhold og om vanlige alderdomsplager. At eldre mennesker har problemer med balanse eller blodtrykk, er nedstemte eller opplever kognitive vansker, er vanlig. Det er også vanlig å



Illustrasjonsfoto: Dreamstime.com

godta slike tilstander som en naturlig del av aldringsprosessen, og ikke behandle dem. Å sette slike tilstander i sammenheng med overforbruk av alkohol eller legemidler er ikke vanlig. I en håndfull tilfeller har prosjektet blitt bedt om å la brukere med et helseskadelig forbruk «være i fred», fordi fokuset har vært på mer alvorlige ting, som for eksempel kreft eller sorg. En annen relevant faktor er også at effekten av prosjektets aktiviteter ikke nødvendigvis er særlig synlige for de ansatte.

*Dette er et kort utdrag fra artikkelen til Einar Grøndalen som sto i RUSFAG nr 1-2011. Ønsker du å lese hele artikkelen, kan du bestille RUSFAG fra KoRus-Øst.*

- Les rapporten i sin helhet på [www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no](http://www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no)
- I RUSFAG 1-11 Artikkelsamling kan du lese mer om eldre og rus:
  - Erfaringer fra et prosjekt i Oslo av Einar Grøndalen, Oslo kommune
  - Det går ikke an å lære gamle hunder å sitte av Terje Knutheim, KoRus-Sør
- Artikkelsamlingene finner du også på [www.rus-ost.no](http://www.rus-ost.no)



# Ansvarsfull Alkoholserving

Utelivsbransjen i Sverige har kommet langt i et konstruktivt samarbeid med myndigheter og politi. Metoden Ansvarsfull Alkoholserving har som målsetning å redusere vold og alkoholrelaterte skader på utestedene.

Et utested er i tillegg til å være en møteplass også en arbeidsplass. Et samarbeid mellom myndigheter, uteliv og opplæring av personell i utelivsbransjen bidrar til å redusere alkoholrelatert vold og skader.

– Sammenhengen mellom vold og alkoholskader er det liten tvil om. Gjennom godt samarbeid og god dialog mellom samarbeidspartnerne vil utelivsbransjen lære syn og tegn på dem man ikke skal servere, og de får noen gode råd på hvordan de kan øke sin omsetning, uten at det blir mer fyll, sier spesialrådgiver Anna-Lena Westbye Pedersen ved KoRus-Øst.

## Tilsyn nødvendig

Alle bestanddelene i metoden Ansvarsfull Alkoholserving forsterker og komplet-

terer hverandre. Et av flere tiltak er bl.a. å bli mer bevisste på farene ved overskjenking, og servering til personer under 18 år.

– En effektiv kontroll av skjenkingen er nødvendig. Ved å skape et fortrolig samarbeid og respekt føler både utelivsbransjen og myndighetene at de sammen jobber til felles beste, sier Westbye Pedersen.

## Synlig politi på utestedene

– Selv politiets arbeid har endret seg gjennom Ansvarsfull Alkoholserving i Sverige. Politiet oppsøker utestedene mer jevnlig, og er en naturlig del i utelivet. Selv sier de at arbeidet er meningsfylt, og de har god kontakt med alle som jobber i utelivsbransjen, sier Westbye Pedersen.

## Nordmenn på kurs

I slutten av mai fikk en delegasjon fra Norge være med på kurs i Ansvarsfull Alkoholserving i Sälen i Sverige. Servitørene Sandra Egnersson, Linda Ljungberg, Sarah Sjöström og Madelen Minatti fra et av utestedene i Mora var de siste fra deres arbeidssted som tok kurset.

– Det er kjempenyttig for oss. Vi får opplæring i vårt fag, vi lærer hvordan takle overberusede personer og konsekvensene av å selge alkohol til mindreårige, sier Egnersson. Et problem som også er synlig i Norge er at folk drikker for mye før de går ut, og de går ut veldig seint. – Dette kjenner vi godt til i Mora også. Vi har lykket i å få folk ut litt tidligere ved å ha ulike aktiviteter. Da har vi gjestene lengre og kan styre



skjenkingen slik at de ikke blir for beruset, forteller Ljungberg.

– Det er mindre bråk nå enn det var tidligere, men det er også færre som går ut. Folk som er ruset på narkotiske stoffer blir mer vanlig også i Dalarna. Det bekymrer oss, sier Minatti.

#### **Kvalitet er viktig**

– Det er veldig motiverende å se hvordan svenskene har lagt opp sine kurs i Ansvarsfull Alkoholserving. Foreleserne har lang fartstid fra utelivsbransjen og gir kurset den faglige kvaliteten som er nødvendig, sier seniorrådgiver i Helsedirektoratet, Dick Ekeroth.

Elsie-Marie Björk har hatt fokus på kvalitet når hun har rekruttert bransjen inn i arbeidet med Ansvarsfull Alkoholserving. – Jeg har fått mange gode innspill fra henne på hvordan hun har gått frem. Metoden er basert på et samarbeid og dialog mellom utelivsbransjen, politi og myndigheter. Bransjen er så fornøyd med kursene at de selv ønsker å delta og ser den totale verdien av metoden, sier Ekeroth.

– Hva med Ansvarlig Vertskap?

– Å få med seg bransjen, og at alle parter forplikter seg til samarbeid er viktig for å

lykkes med en langsiktig satsning på arbeidet. Dette er holdningsskapende arbeid, det gir mening i fellesskapet, og utestedene tjener mer penger på å bidra til et tryggere utliv, sier Ekeroth. I Norge har vi nå en nysatsning på Ansvarlig Vertskap hvor vi har fokus på å implementere hele metoden og tenkningen. Tidligere ble Ansvarlig Vertskap oppfattet kun som et kurs, styrt ovenfra og ned, sier han.

#### **Samarbeid**

Målet er at kommune, politi og utelivsbransjen skal ha en arena hvor de kan utvikle sitt samarbeid. Her kan de dele informasjon og erfaringer og i fellesskap bidra til en vellykket satsning på metoden. I Sverige går politiet innom utestedene og snakker med de ansatte og ser på utviklingen til gjestene. Skjenkekontrollene foregår med dialog mellom de som er på jobb og kontrollørene.

– De har et godt samarbeid. Med det som utgangspunkt bør også vi klare å få alle aktørene til å forstå gevinsten i denne metoden. Det er mer penger å tjene på riktig servering. Gjester som opplever mindre fyll vil trives, føle seg tryggere og vil kanskje legge igjen mer penger, sier Ekeroth.

*Sandra Egnersson, Linda Ljungberg, Sarah Sjöström, Madelen Minatti, Anne Marit Myhre, Dick Ekeroth og Camilla Sahlander. Alle var enige i at uansett hvor du sår i forhold til utelivsbransjen var dette en nyttig opplevelse!*

#### **Lot seg imponere**

Anne Marit Myhre eier og driver Skipub'n i Trysil og lot seg imponere av Ansvarsfull Alkoholserving. – Svenskene har kommet frem til en metode jeg mener er veldig bra. Vi har en del å lære av dem. Vi bør klare å få til noe tilsvarende her hos oss også, sier hun.

– Vi har jobbet for å få til den dialogen med skjenkekontrollørene som svenskene har fått til. Vi savner denne dialogen i Norge. Vi er mer vant med kontroller hvor de kun er ute for å se etter noe å pirke på. Dialog er den store forskjellen, sier Myhre.

Trysil er en stor reiselivsdestinasjon og har mange av de samme utfordringene som Sälen på svensk side. – Trysil har i flere år hatt opplæring for sesongarbeidere i Trysil, men vi vil utvide vårt todagers kurs til fire dager. Flere av de vi har hørt på dette seminaret skal vi invitere til Trysil, sier Myhre.

Seminar på Hamar 22.–23. september:

# Kolleger reagerer sterkt på avsløringer

Å være avhengig av pengespill er i seg selv ingen grunn til oppsigelse fra jobben. Men underslag, konsentrasjonsvansker og dermed redusert oppmerksomhet i bransjer med høyt fokus på sikkerhet gjør at jobben kan ryke.

«Jeg hadde aldri trodd at han kunne stjele fra klubbkassa.» Det er en vanlig reaksjon blant kollegaer når en medarbeider blir konfrontert og tilstår underslag.

– Kanskje noen trodde kollegen hadde problemer i samlivet eller brukte en del rusmidler, men avhengig av pengespill er som regel alltid en overraskelse, sier seniorrådgiver Jarle Wangen i Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan). Han tror årsaken kan være mangel på informasjon om et tabubelagt område.

## SAS vil fortelle

Jarle Wangen, som er styremedlem i forningen, har her invitert SAS og Vinmonopolet til å fortelle hvordan de jobber med pengespill blant ansatte gjennom helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.

Det var arbeidslivet som var pådrivere til at Akan i 2003 tok inn pengespill som et av sine områder. Få instanser hadde da kompetanse rundt problemer rundt pengespill og arbeidsliv.

## 40 000 har problemer

I Akan-rapporten «Å gamble med jobben» fra 2009, antydes det at rundt 40.000 arbeidstakere i Norge kan befinne seg i kategorien med alvorlige pengespillproblemer. Det vil si at pengespillproblemer er en reell problemstilling for arbeidslivet, som potensielt kan føre til en rekke negative konsekvenser for den enkelte og arbeidsplassen. Blant ansatte med spilleproblemer i tre transportbedrifter rapporterte over seks av ti personer at de har vært ukonsentrerte eller gjort mindre på jobb på grunn av spilleproblemene sine.

## Må låne penger

Nesten fire av ti ansatte med spilleproblemer i transportbransjen forteller at de har lånt penger av kolleger eller arbeidsplass for å finansiere sitt pengespill. De samme tendensene kan sees i behandlingsutvalget.

I behandlingsutvalget har seks av ti personer brukt arbeidstiden til planlegging av spill, og mer enn åtte av ti ansatte sier at arbeidsdagen har vært preget av tanker om tap eller gevinst. Like mange har vært nedstemte på jobb på grunn av spilleproblemene, mens nesten like mange forteller at de har vært irritable eller hatt humørsvingninger på jobb på grunn av sine pengespillproblemer. Tallene er fra «Gamble med jobben».

## Vil ikke innrømme

Prosjektleder Kenneth Dahlgren i Akan har ansvaret for en ny undersøkelse som følger opp «Gamble med jobben». Han sier det er vanskelig å gi nøyaktig tall på hvor mange problemet omfatter i dag.

Dette skyldes at det er vanskelig å trekke slutninger på generelt grunnlag når andelen med alvorlige spilleproblemer er relativt liten i den totale sammenhengen. Det kan også være en utfordring med underrapportering fordi mange kanskje ikke vil innrømme overfor seg selv at de har slike problemer.

– Vi jobber ut fra anslagene befolkningsundersøkelser gir oss og de erfaringene vi gjør oss i møte med feltet. Da kan vi si at det er mange som opplever problemer med sin spilling, og at et fokus på hvordan vi kan hjelpe disse er viktig, sier Dahlgren.



Rundt 40.000 arbeidstakere i Norge har alvorlige pengespillproblemer. – Det kan være en trussel mot sikkerheten og arbeidsmiljøet, sier seniorrådgiver Jarle Wangen i Akan. Arbeidslivet og spilleavhengighet blir tema på et seminar på Hamar i september.

## Oljearbeidere er utsatt

«Gamble med jobben» fant at kombinasjonen hviletid, og godt med penger og fritid kan bidra til mye pengespill. Det har blant annet gjort offshore-ansatte utsatte. Sjåfører som har kort veg til billettvesken, automater pluss hviletid, har også vært i risikonen. Når internett nå har tatt over for mye av de gamle pengespillautomatene, ser vi imidlertid at risikogrupper er i endring, sier Dahlgren.

I fjor holdt Akan-ansatte foredrag og kurs ved 300 bedrifter i Norge. Her var pengespill en del av temaene.

Tekst: Bjørn Kvaal Foto: Akan

# Vil gjøre det trygt å be om hjelp

– Vi klarer ikke å stanse spilleavhengighet blant SAS-ansatte. Målet er å gjøre det trygt for våre medarbeidere å be om hjelp hvis de får problemer.

Tekst: Bjørn Kvaal

Det sier Anne Westland, HR-sjef (Human resources) for de 1500 ansatte ved flyselskapets 14 bakkestasjoner utenom Gardermoen. I tillegg har hun ansvar for selskapets arbeid i tilknytning til Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan). Dette gjelder for alle de 3000 SAS-ansatte som jobber innenfor Ground Handling, altså fly- og bagasje-håndtering på bakken.

## Raskere enn narkotika

Westland tror ikke SAS-ansatte er mer eller mindre utsatt for problematisk spilleadferd enn befolkningen for øvrig. Men inntrykket er at spilleavhengighet utvikler seg raskere enn tiden det tar å få et avhengighetsforhold til alkohol eller narkotika.

Hvis medarbeiderne opplever at de har problemer med avhengighet til spill, vil de få tilbud om profesjonell oppfølging, enten

internt eller utenfor SAS. Selskapet har nulltoleranse for rusmiddelpåvirkning i arbeidssammenheng. Dette gjelder alle typer rusmidler. Spilleavhengighet er ikke ulovlig, men kan likevel utgjøre en alvorlig sikkerhetsrisiko.

## Sjekker inn med Facebook

Westland betegner sosiale medier som en utfordring for arbeidslivet. I SAS har de oppdaget ansatte som i jobbsituasjon oppdaterer seg regelmessig på Facebook i arbeidstiden. Og spiller de om penger på nettet, kan det ytterligere svekke konsentrasjonen.

– *Samtidig kan vel ikke SAS legge seg opp i hva de ansatte gjør i fritiden?*

– Nei, og det er et dilemma. For opparbeider du deg spillgjeld i fritiden, eller driver med nettpoker nattestid, så kan det redusere evnen til å utføre jobben din, sier Westland.

## Ber om forskudd på lønn

SAS opplever at flere ansatte enn tidligere ber om forskudd på lønn, og tidvis forsvinner det penger fra kasser, folk kommer for sent på jobb og noen bryr seg ikke lenger så mye om personlig hygiene eller utseende.

– Alt dette behøver ikke betyr spilleavhengighet, men det kan gjøre det. Vi vet også at samlivsbrudd kan føre til ensomhet, der sosiale medier og spill blir en erstatning, sier Westland.

## Møtes på Hamar

Under konferansen om spill og arbeidsliv på Hamar i september, skal Westland fortelle mer om SAS sitt arbeid rundt problematisk spilleadferd.



– *Det er misforstått lojalitet dersom kolleger og ledelse ikke tar opp problemet eller dekker til et avhengighetsforhold dersom de blir kjent med det, sier HR-sjef Anne Westland i SAS. (Foto: Privat)*

## Hva gjør du når kollegaen din er spilleavhengig?

Hvordan påvirker ansattes spilleproblemer arbeidslivet, og hvordan skal medarbeiderne møtes? Det er ett av temaene når Norsk Forening for Spillproblematikk inviterer til seminar i september.

Norsk Forening for Spillproblematikk (NFSP) arrangerer årlig en todagers samling for fagfeltet og andre interesserte som jobber med spill og spillproblematikk.

### SAS og Storebrand forteller

På årets samling på Hamar 22. og 23. september skal blant annet SAS og Storebrand fortelle hvordan de kartlegger og møter ansatte som har problematisk spilleadferd. Statens Folkhälsoinstitut i Sverige og

Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk (Akan) vil snakke om hvordan spilleproblemer påvirker arbeidslivet. – Vi vet at ansattes spill rammer arbeidslivet, og det er viktig med kunnskap om hvordan dette kan håndteres og forebygges, sier Ingjerd Meen Lorvik, leder for NFSP.

### 40.000 har problemer

I Akan-rapporten «Å gamble med jobben» fra 2009, antydes det at rundt 40.000 arbeidstakere i Norge kan befinne seg i kategorien med alvorlige pengespillproblemer. Blant ansatte med spilleproblemer i tre transportbedrifter rapporterte over seks av ti personer at de har vært ukonsentrerte eller gjort mindre på jobb på grunn av spilleproblemene sine.

Tekst: Bjørn Kvaal



– *Vi vet at ansattes spill rammer arbeidslivet, og det er viktig med kunnskap om hvordan dette kan håndteres og forebygges, sier Ingjerd Meen Lorvik, leder for NFSP.*

# Kommende kurs og konferanser

## 22.–23. september, Hamar: Spill og arbeidsliv

Arr: NFSP (Norsk forening for spillproblematikk) og KoRus-Øst

## 17.–19. oktober, Gøteborg: Nordisk konferanse om dobbeltdiagnose

Arr: Svenska Nätverket – Dubbeltdiagnoser alkohol- og drogmisbruk med samtidig psykisk ohälsa

## 1. november, Lillehammer: Konferanse om gravide med rus- og psykiske lidelser

- Lansering av nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene frem til barnet når skolealder
- Presentasjon av behandlingslinje i Sykehuset Innlandet: Gravide med rus- og/eller psykisk lidelse

Arr: Helseidrettsdirektoratet, Fylkesmannen i Hedmark, Fylkesmannen i Oppland og KoRus-Øst

## 3. november, Kristiansand: Kompetanseheving i kommunalt rusarbeid – bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere

Arr: Borgestadklinikken

## 22. november, Lillestrøm: Konferanse med lansering av nasjonal retningslinje for gravide i LAR og oppfølging av familiene til barnet når skolealder

Arr: Helseidrettsdirektoratet, Fylkesmannen i Akershus, Akershus universitetssykehus og KoRus-Øst



Mer info: [www.spillproblematikk.no](http://www.spillproblematikk.no)

Det tas forbehold om endringer,  
følg med på [www.rus-ost.no](http://www.rus-ost.no)

## Kort om KoRus-Øst

Kompetansesenter rus – region øst (KoRus-Øst) arbeider på oppdrag fra Helseidrettsdirektoratet, men er organisatorisk underlagt Avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet i Si Sanderud.

KoRus-Øst er ett av sju kompetansesentre i Norge:

- Kompetansesenter rus – Nord-Norge
- Kompetansesenter rus – Midt-Norge
- Kompetansesenter rus – region vest Bergen
- Kompetansesenter rus – region vest Stavanger
- Kompetansesenter rus – region sør
- Kompetansesenter rus – Oslo
- Kompetansesenter rus – region øst

KoRus-Øst har tre hovedoppgaver:

- Stimulere til å utvikle rusforebyggende tiltak i kommunene i Østfold, Akershus, Hedmark og Oppland
- Arbeide med kompetanseutvikling i rus- og avhengighetsspørsmål i kommunene og i spesialisthelsetjenesten
- KoRus-Øst har et nasjonalt ansvar for spisskompetanseområdene spilleavhengighet og dobbeltdiagnose (rus og psykiske lidelser).

## Ansatte

- Solveig Brekke Skard, enhetsleder  
[solveig.brekke.skard@sykehuset-innlandet.no](mailto:solveig.brekke.skard@sykehuset-innlandet.no)
- Kåre Rørhus, seniorkonsulent  
[kare.rorhus@sykehuset-innlandet.no](mailto:kare.rorhus@sykehuset-innlandet.no)
- Anne Bjørnstad Tomter, merkantil konsulent  
[anne-b.tomter@sykehuset-innlandet.no](mailto:anne-b.tomter@sykehuset-innlandet.no)
- Knut Arne Gravingen, kommunikasjonsrådgiver  
[knut.arne.gravingen@sykehuset-innlandet.no](mailto:knut.arne.gravingen@sykehuset-innlandet.no)
- Atle Holstad, spesialrådgiver  
[atle.holstad@sykehuset-innlandet.no](mailto:atle.holstad@sykehuset-innlandet.no)
- Kari Källvik, spesialrådgiver  
[kari.kaellvik@sykehuset-innlandet.no](mailto:kari.kaellvik@sykehuset-innlandet.no)
- Anne Chr. Moberg, spesialrådgiver  
[anne.moberg@sykehuset-innlandet.no](mailto:anne.moberg@sykehuset-innlandet.no)
- Helge Bjørnsen, spesialrådgiver  
[helge.bjornsen@sykehuset-innlandet.no](mailto:helge.bjornsen@sykehuset-innlandet.no)
- Tone Skjellet, spesialrådgiver  
[tone.skjellet@sykehuset-innlandet.no](mailto:tone.skjellet@sykehuset-innlandet.no)
- Øystein Bjørke Olsen, spesialrådgiver  
[oystein.bjorke.olsen@sykehuset-innlandet.no](mailto:oystein.bjorke.olsen@sykehuset-innlandet.no)
- Hanne Kilen Stuen, spesialrådgiver  
[hanne.kilen.stuen@sykehuset-innlandet.no](mailto:hanne.kilen.stuen@sykehuset-innlandet.no)
- Anne Landheim, forsker, seniorrådgiver  
[anne.landheim@sykehuset-innlandet.no](mailto:anne.landheim@sykehuset-innlandet.no)
- Torhild Kielland, spesialrådgiver  
[torhild.kielland@sykehuset-innlandet.no](mailto:torhild.kielland@sykehuset-innlandet.no)
- Amund Aakerholt, spesialrådgiver  
[amund.aakerholt@helse-stavanger.no](mailto:amund.aakerholt@helse-stavanger.no)
- Knut Boe Kielland, spesialrådgiver  
[knut.boe.kielland@eunet.no](mailto:knut.boe.kielland@eunet.no)
- Anna-Lena Westbye Pedersen, spesialrådgiver  
[annalena.w.pedersen@sykehuset-innlandet.no](mailto:annalena.w.pedersen@sykehuset-innlandet.no)
- Sigrunn Odden, spesialrådgiver  
[sigrunn.odden@sykehuset-innlandet.no](mailto:sigrunn.odden@sykehuset-innlandet.no)
- Johs Neremo, spesialrådgiver  
[johannes.nermo@sykehuset-innlandet.no](mailto:johannes.nermo@sykehuset-innlandet.no)

# Oppdatert arbeidsmanual



Arbeidsmanualen for tvangssaker etter LOST ble gjort tilgjengelig for nett tidligere i år. Permen er inndelt i faner, og fane nr. 10, 13, 15, 18 og 19 er nå oppdatert. Disse er merket «Oppdatert 6/2011». Fane 18 er en oversikt over institusjoner som tar imot pasienter etter lov om sosiale tjenester § 6-2 og/eller § 6-2a.

- Oppdateringer finner du på [www.rus-ost.no](http://www.rus-ost.no)

KoRus-Øst – utgis minst 4 ganger årlig av:



Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern  
Avdeling for Rusrelatert Psykiatri og Avhengighet  
Kompetansesenter rus – region øst  
Postboks 104, 2381 Brumunddal  
Telefon 62 58 15 68 • Telefaks 62 58 15 69  
E-mail: [kompetansesenteret@sykehuset-innlandet.no](mailto:kompetansesenteret@sykehuset-innlandet.no)

Tekst og foto:

Kommunikasjonsrådgiver Knut Arne Gravingen  
Redaksjonen avsluttet 13. september 2011.

Førtrykk: Sykehuset Innlandet

Trykk: Møklegaard Printshop AS Opplag: 1.000

Ved ettertrykk ønskes oppgivelse av kilde.

ISSN 1891-5035 til tittelen KoRus-Øst (trykt utg.)

ISSN 1891-5043 til tittelen KoRus-Øst (online utg.)