



Linnéuniversitetet

Institutionen för pedagogik, psykologi och idrottsvetenskap

December 2012

Primärvårdsanställdas arbete enligt Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård.

En utvärdering på hälsocentraler i Kalmar län.



Universitetsadjunkt Katarina Magnusson,

Lektor Ylva Benderix

Professor Verner Denvall

Förord

Utvärderingen berör primärvårdsanställdas inställning till patientgruppen med riskbruk och missbruk samt personalens erfarenhet av användandet av Nationella riktlinjer (2007) för missbruks och beroendevård som berör primärvården. Utvärderingen har finansierats via medel från regionförbundet i Kalmar i samarbete med utvecklings-projektet *Kunskap till praktik* som är en del i ett nationellt projekt med samma namn och har genomförts under 2012 till en kostnad av 1,5 månaders heltidsarbete.

I utvärderingen redovisas resultat rörande primärvårdschefers attityder och stöd till implementering av de Nationella riktlinjerna samt resultat rörande chefers, läkares och hälsokoordinatorers syn på arbetet med patienter med risk- och missbruksproblematik i Kalmar län. Resultatet diskuteras utifrån policy, för patienter med risk- och missbruk, samt utifrån frågeställningen om användandet av screeninginstrument och metoder som används för att ta reda på om det föreligger alkoholproblem, vilket föreslås i de Nationella riktlinjerna.

Utvärderingen har sin grund i en överenskommelse som gjorts mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting och som syftar till att främja en långsiktig regional och lokal stödstruktur för implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården samt stöd till en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjning inom fältet. Utvärderingen undersöker ett län, Kalmar län, och visar på hur fjorton verksamhetschefer, fyra läkare samt fyra hälsokoordinatorer ser på arbetet med patienter med risk- och missbruk.

Kalmar läns landsting och de tolv kommunerna: Borgholm, Emmaboda, Hultsfred, Högsby, Kalmar, Mönsterås, Mörbylånga, Nybro, Oskarshamn, Torsås, Vimmerby och Västervik har träffat en överenskommelse om att utvärdera hur de primärvårdsanställda i länet arbetar efter de Nationella riktlinjerna med missbruk och beroende samt kartlägga hur man arbetar för att upptäcka personer med riskbruk och/eller missbruk och hur de ser på arbetet med

Utvärderingen har genomförts av universitetsadjunkt Katarina Magnusson, som tillsammans med lektor Ylva Benderix, varit författare. Värdefulla vetenskapliga synpunkter har professor Verner Denvall bidragit med. Utvärderingen har möjliggjorts av projektledaren på kunskap till praktik i Kalmar län, Ann Arvidsson. Dessutom har Magdalena Edner bidragit med en presentation av uppdraget på hälsovalsinformation under våren 2011.

Innehållsförteckning

FÖRORD	3
SAMMANFATTNING	1
SYFTE	5
CENTRALA BEGREPP OCH DEFINITIONER.....	6
<i>Implementering</i>	6
<i>Riktlinjer</i>	6
<i>Nationella riktlinjer</i>	6
<i>Riskbruk</i>	6
<i>Missbruk</i>	6
IMPLEMENTERING I MÄNNISKOVÅRDANDE YRKEN.....	7
<i>Urval av personal</i>	8
<i>Stöd före och stöd under tiden</i>	9
<i>Handledning och coachning</i>	10
<i>Personalutvärdering</i>	10
<i>Programutvärdering</i>	11
<i>Administrativt stöd</i>	11
<i>Ledningsintresse</i>	12
METOD	13
<i>Deltagare och tillvägagångsätt</i>	13
<i>Enkäter</i>	13
<i>Bortfallsanalys</i>	13
<i>Intervjuerna</i>	14
<i>Innehållsanalys av intervjuerna</i>	14
<i>Contribution analysis av resultatet</i>	14
RESULTAT	16
VERKSAMHETSCHEFERNA	16
<i>Ansvar</i>	16
<i>Stöd och implementering</i>	16
<i>Kunskap och utbildning</i>	16
<i>Tid och användbara</i>	16
BORTFALLSANALYS.....	17
<i>Jag hinner inte svara på enkäter i dagsläget</i>	17
<i>Gillar inte ämnet, tycker det var en onödig enkät</i>	17
<i>Övrigt</i>	18
ANALYS AV INTERVJUER	18
<i>Hinder</i>	18
<i>Tidsbrist</i>	18
<i>Patienternas integritet</i>	19
<i>Utforskande</i>	19
<i>Att använda screeninginstrument</i>	19
<i>Fråga om alkoholkonsumtion</i>	20
<i>Kartläggning av livsstilsproblem</i>	21

Vägledning.....	21
Primärvårdens uppdrag.....	21
Ansvar.....	22
Stöd av chefen i alkoholfrågor	22
Policy.....	23
Nationella riktlinjer	23
Samverkan	24
Utveckling	24
1. Urval av personal.....	25
2. Stöd före och stöd under tiden.....	25
3.Handledning och coaching.....	26
4. Personalutvärdering.....	27
5. Programutvärdering.....	27
6. Administrativt stöd.....	28
7. Ledningsintresse	28
CONTRIBUTION ANALYSIS	29
1. Problembeskrivning:	29
a. Tidsbrist	29
b. Patienternas integritet	29
c. Tabu	29
d. Policy.....	30
e. Utbildning och handledning/metodstöd.....	30
2. Teori om förändringsarbete och risker med detta.....	30
3. Hur trovärdigt är resultatet.....	30
4. Behövs mera resultat?	31
UTVÄRDERARNAS FÖRSLAG PÅ FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	32
1. Policy på hälsocentralerna i Kalmar län	32
2. Tidsbrist på hälsocentralerna i kalmar län	32
3. Patientens integritet kan bli ett hinder	32
4. Chefers och läkares behov av utbildning	33
5. Mandat kontra delegering	33
6. Ekonomi en konsekvensanalys.....	34
REFERENSER	35
INTERVJUGUIDE/ENKÄT	41

Sammanfattning

En utvärdering av chefers, läkares och hälsokoordinatorers arbete enligt Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård, har genomförts under 2012 på hälsocentraler i Kalmar län. Utvärderingen har finansierats av Regionförbundet i Kalmar län och genomförts av Linneuniversitetet. Syfte har varit att öka kunskapen om verksamhetschefer, läkares och hälsokoordinatorers attityder och rutiner utifrån de rekommendationer för primärvården som finns beskrivet i Socialstyrelsens (2007) riktlinjer. Rekommendationerna gäller bl.a. att tidigt upptäcka personer med riskbruk och/eller missbruk av alkohol och droger.

Datainsamlingen bestod av enkäter till hälsocentralers chefer samt kvalitativa intervjuer med de två största yrkesgrupperna på hälsocentralerna: läkare och hälsokoordinatorer, d.v.s sjuksköterskor med specialistutbildning inom fältet. Frågor utformades utifrån de riktlinjer som är rådgivande inom området: dels de Nationella riktlinjerna för missbruks och beroendevården (Socialstyrelsen, 2007), dels de regionala riktlinjerna (2010) för primärvården, hälsocentralerna i Kalmar län. Riktlinjerna fokuserar på kartläggning, rådgivning och behandling till patienter med risk- och missbruk av alkohol, beroendeframkallande läkemedel och narkotika.

I Resultaten framkom bland annat:

1. Verksamhetschefer på Kalmar läns hälsocentraler anser att de inte fått utbildning i de Nationella riktlinjerna i den utsträckning de skulle behöva.
2. Verksamhetschefer ansåg att patienter med risk- och missbruks till högre grad är socialtjänstens ansvar, samtidigt är det delvis också primärvårdens ansvarsområde.
3. Läkare och hälsokoordinatorerna anser att det är primärvårdens ansvar att upptäcka om patienterna har riskbruk och att i så fall, lotsa dessa patienter till rätt instans.
4. Fåtalet chefer, läkare och hälsokoordinatorer kände till riktlinjernas rekommendationer för hälsocentralernas patienter. Trots detta hade flera hälsocentraler rutiner för kartläggning och behandling som byggde på riktlinjernas rekommendationer, bl.a. erbjöd vissa hälsocentraler personalen utbildning i MI, Motiverande intervju och använde screeninginstrument för kartläggning av patientens livsstil, där alkoholvanor ingår.
5. Endast hälsokoordinatorer använde rutinmässigt screeninginstrument, d.v.s den yrkesgrupp som fått utbildning i detta.
6. Läkarna ansåg att de saknade tid och att det skulle störa integriteten att ställa frågor till patienterna om alkohol om dessa inte specifikt sökt för det.
7. Biologiska markörer och screening instrument användes på de flesta hälsocentraler. Fler än hälften av hälsocentralerna erbjöd MI-samtal och enstaka erbjöd återfallsprevention och KBT

Förslag till förbättringsområde utifrån resultatet:

1. Fortsatt utbildning om tidig upptäckt vid riskbruk enligt de Nationella riktlinjerna för chefer, läkare och hälsokoordinatorer.
2. Mandat frågan för verksamhetschefer bör diskuteras eftersom förutsättningar för implementering är beroende av chefens mandat.
- 3.Handledning, metodstöd innefattande träning i att ställa frågor till patienterna om deras alkoholkonsumtion kan genomföras på nätverksträffar.
4. Metodstöd/träning i användandet av screeninginstrument, livsstils frågeformulär och enkäter som kan underlätta om frågor upplevs vara tabubelagda, t.ex patientens alkoholkonsumtion.
5. En policy som tydliggör ansvar, t.ex. vem som ska göra vad, när det gäller alkoholfrågor.
6. Öka samverkan och delegering mellan hälsokoordinatorer och läkare men även till ytterligare en yrkesgrupp som finns på vissa hälsocentraler, alkoholterapeuter.
7. Utbildning/kompetensutveckling/internutbildning om sambanden mellan alkohol och somatiska konsekvenser.

Summary

Evaluation of managers, primary care physicians and health coordinators work adapted to the National guidelines for substance abuse and addiction treatment was carried out 2012 in health centers in Kalmar County in Sweden. The evaluation was funded by the Regional Council in Kalmar County and implemented by Linnaeus University. The evaluation aims to describe operations managers, primary care physicians and health coordinators principles and norms, using the National Guidelines for abuse and addiction treatment.

Recommendations in the National guidelines to the Swedish primary health care is to meet patients with risk use of alcohol and drugs with motivational interviewing. The aim is to support patients to change their habits towards a healthier lifestyle.

Data collection consisted of questionnaires to operations managers and interviews with doctors and health coordinators, ie nurses with specialized training in the field. Questions were designed based on the guidelines which are advisory in the field: the National Guidelines for substance abuse and addiction care (National Board of Health, 2007) and the regional guidelines (2010) for primary care, health centers in Kalmar County. The guidelines focus on the identification, counseling and treatment to patients at risk and abuse of alcohol and drugs.

The results presented will include:

1. Operations managers at Kalmar County health centers experience that they have not received training in the National Guidelines to the extent they would need.
2. Operations managers found that patients with risk and substance abuse to a greater extent are social service responsibilities, but partly also the primary care responsibilities.
3. Doctors and health coordinators mean that it is the responsibility of health care to detect patients with risk drinking and to help patients with hazardous drinking or drug use to find the best place for treatment and care.
4. Few managers, doctors and health coordinators knew the guidelines' recommendations for health center patients. Despite this, several health centers use procedures for the identification and treatment based on the guidelines recommendations. Some health centers offered staff training in MI, Motivational interview and used screening instruments, including alcohol consumption questions.
5. Only health coordinators routinely used screening instruments, they were the only profession trained in this.
6. Doctors experienced that they did not have time enough and also that it would interfere with the patients' integrity to question them about alcohol consumption.
7. Biological markers and screening instruments were used frequently in most health centers, and more than 50% of them were offering Motivational interviews, Relapse prevention and Cognitive behavioral therapy to the patients.

Proposal for improvement area based on the results:

1. Continued education about early detection of hazardous according to the National Guidelines for managers, doctors and health coordinators.
2. Mandate issue for business managers should be discussed, because prerequisites for implementation are dependent on the manager's mandate.
3. Tutorials, method support including training to question patients about their alcohol consumption may be implemented at network meetings.
4. Method Support / training in the use of screening instruments, lifestyle questionnaires and surveys that can facilitate on issues perceived to be taboo, such as the patient's alcohol consumption.
5. A policy that clarifies responsibilities, which should do what when it comes to alcohol issues.
6. Increase collaboration and delegation between health coordinators and doctors but also to another profession on some health centers, alcohol therapists.
7. Education / training / house training on the relationship between alcohol and somatic consequences.

Inledning

En utvärdering av de primärvårdsanställdas arbete enligt Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård, har under 2012 genomförts på hälsocentraler i Kalmar län. Uppdraget har finansierats av Regionförbundet i Kalmar län och genomförts av Linneuniversitetet i Växjö. Utvärderingsuppdraget har sin grund i en överenskommelse som gjorts mellan regeringen och Sveriges kommuner och landsting och som syftar till att främja en långsiktig regional och lokal stödstruktur för implementering av Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården samt stöd till en mer långsiktig struktur för kunskapsförsörjningen. Nationellt stöd utgick till länet som resulterade i att Kalmar läns landsting och de tolv kommunerna: Borgholm, Emmaboda, Hultsfred, Högsby, Kalmar, Mönsterås, Mörbylånga, Nybro, Oskarshamn, Torsås, Vimmerby och Västervik träffade en överenskommelse om att utvärdera hur tre yrkesgrupper inom primärvården arbetar efter de Nationella riktlinjerna med missbruk och beroende. Utvärderingen syftar också till att kartlägga hur utvald personal arbetar för att upptäcka personer med riskbruk och/eller missbruk och hur de ser på dessa arbetsuppgifter. Målet är att brukaren ska få bästa möjliga vård och stöd när motivationen finns.

Sedan 2008 bedriver SKL projektet, ”Kunskap till praktik” som avser att förbättra vård och stöd till personer med riskbruk, missbruk eller beroende. ”Kunskap till praktik” har utvecklat ett kvalificerat stöd till kommuner och landsting. Stöd har utgått till länen för att utveckla samverkan mellan kommuner, landsting, lokala forsknings och utvecklingsenheter samt högskolor och universitetet för att förbättra den svenska missbruks- och beroendevården. Fokus har också varit att öka brukarens inflytande.

År 2009 träffade SKL en överenskommelse med Landsting och Kommuner i Samverkan i Kalmar län om att ansluta sig till projektet ”Kunskap till praktik”. I en genomförandeplan fastställdes en strategi för hur de Nationella riktlinjerna skulle implementeras i de olika verksamheterna.

År 2012 träffades ett avtal mellan Regionförbundet i Kalmar län och Linneuniversitetet, IKM, avd för utveckling inom ungdoms och missbruksvård, angående en utvärdering av primärvårdens insatser utifrån Nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård. Frågeställningar gällde verksamhetschefers uppfattning samt läkares och hälsokoordinatorers kunskap om och attityder till riktlinjerna och till att arbeta med patienter med riskbruk/missbruksproblem. Uppdraget, den länsövergripande utvärderingen var en del av den överenskommelse SKL gjort med länet.

Syfte

Utvärderings syfte är att ta del av verksamhetschefers, läkares och hälsokoordinatorers arbete efter de Nationella riktlinjerna för missbruk och beroendevård i arbetet med att upptäcka personer med riskbruk och/eller missbruk och om de vill förändra/utveckla detta arbete.

Bedömningsgrunden för utvärderingen har dels varit de mål uppdragsgivaren haft med att implementera de Nationella riktlinjerna inom primärvården i Kalmar län, dels genom två teoretiska analyser, Core implementation Components av Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman, Wallace (2005) samt Contribution analysis av Mayne (2008).

Centrala begrepp och definitioner

Implementering

Det finns ingen väldefinierad och gemensam teoriram när det gäller implementering, vilket visar på att forskningsområdet fortfarande är ganska outvecklat (Johansson, 2010). Implementering står i vardagligt tal för att genomföra något, att förverkliga och få till stånd t.ex om att få en ny metod eller ett nytt program att användas och fungera i praktiken. I denna utvärdering används Fixsens m.fl. definition av implementering som: “*a specified set of activities designed to put into practice an activity or program of known dimensions*” (Fixsen m.fl. 2005, sid 5). En beskrivning av komponenter som ingår vid implementera i människovårdande yrken, Core implementation Components.

Riktlinjer

Riktlinjer ska fungera som en vägledning för hälso- och sjukvården och en upplysning för hur beslut bör fattas för att förbättra det kliniska arbetet (Peterson och Rumsfeld, 2011). Riktlinjerna som avses i den här utvärderingen är dels socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruk- och beroendevård (2007) dels primärvårdens regionala vårdprogram för hälso- och vårdcentralernas dagliga arbete i alkoholfrågor (2010).

Nationella riktlinjer

Enligt Socialstyrelsen är de Nationella riktlinjerna till för att patienter och brukare i hela landet ska få en jämlik vård och omsorg. I dessa rekommenderas de mest effektiva behandlingarna och metoderna. Samtidigt pekas på de behandlingar och metoder som inte bör ingå i vården och omsorgen eftersom de är ineffektiva och kanske till och med skadliga (Socialstyrelsen, 2007). De Nationella riktlinjerna ger stöd för följande slutsatser: Tidig upptäckt kan medföra tidig åtgärd av begynnande problem, som kan innebära besparingar för såväl hälso- och sjukvården som samhället i stort. Erfarenheterna från primärvården beträffande kort rådgivning är goda och kan med fördel kompletteras med feedback från biologiska undersökningar (Socialstyrelsen, 2007).

Riskbruk

Riskbruk innebär en alkoholkonsumtion som om den fortsätter kan leda till missbruk och beroende med svåra medicinska och sociala skador som följd. Definitionen är hämtad från statens folkhälsoinstitut och är under bearbetning (fhi.se).

Missbruk

På det medicinska området är begreppet *missbruk* huvudsakligen kopplat till diagnosklassifikationerna i DSM-IV. Missbruk enligt DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e upplagan; American Psychiatric Association, 1994) avser ett upprepat drickande av alkohol det senaste året, som lett till minst ett av fyra kriterier avseende sociala, psykiska eller fysiska skador.

Implementering i människovårdande yrken

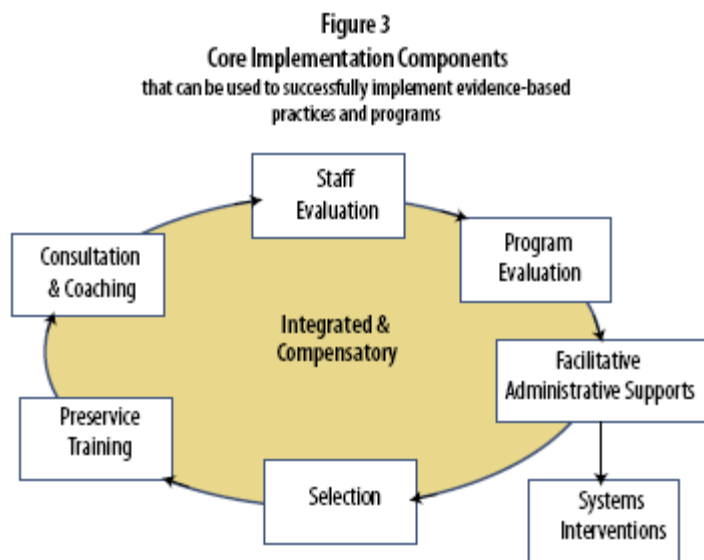
Fixsen m.fl. (2005) teori beskriver de komponenter som är viktiga för att lyckas med implementering i människovårdande verksamheter. I detta arbete har 7 komponenter använts och med hjälp av ytterligare aktuell forskning har modellen stärkts. Fixsen m.fl. (2005) menar att det är komplext att implementera program/metoder i socialt arbete eftersom varje beroende variabel samtidigt är en oberoende variabel. Om ett resultat visar sig vara effektivt kan det bli en ingång till en kortare och effektivare implementering. Johansson (2010) påtalar problemet med att implementera de Nationella riktlinjerna i Sverige. Riktlinjerna är baserade på bästa tillgängliga kunskap i missbruksvården angående tidig upptäckt, utredning och vård. Personalen inom socialt arbete och hälso- och sjukvård förväntas förhålla sig till riktlinjerna och att alla organisationer som är involverade har tillräcklig kunskap. Johansson (2010) visar på vikten av att förstå och hantera hälso- och sjukvårdens implementeringsproblem. Det är viktigt att importera och integrera teorier och begrepp om policyimplementering från forskningen. Problemen, menar Johansson (2010), är att implementeringsproblemen är sammanvävda med socialpolitiska och vårdpolitiska ställningstaganden där svårighet som kan uppkomma oftast handlar om resurstilldelning, organisering, etik och makt.

I de Nationella riktlinjerna ger experterna för faktaunderlaget stöd för följande slutsatser: Tidig upptäckt kan medföra tidig åtgärd av begynnande problem. Detta skulle då innebära besparingar för såväl hälso- och sjukvården som samhället i stort. Ett område som möter alkoholrelaterade skador och sjukdomar är primärvården. Expertgruppen menar att sekundärprevention, insatser som sätts in när något redan inträffat, hjälper många patienter och det är dessutom kostnadseffektivt. Erfarenheterna från primärvården beträffande kort rådgivning är goda och kan med fördel kompletteras med feedback från biologiska undersökningar (Socialstyrelsen, 2007). Riktlinjerna som avses i den här utvärderingen är både socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården (2007) och primärvårdens vårdprogram för hälso- och vårdcentralernas dagliga arbete i alkoholfrågor (2010).

Primärvårdens uppdrag med patienter med riskbruk och missbruk är att snabbt upptäcka och ge snabb rådgivning enligt de Nationella riktlinjerna. För att kunna göra detta måste problemet identifieras och därefter bedömas, samtidigt är det viktigt att skapa ett förtroende hos patienten så denne vill berätta om ett eventuellt missbruk (Socialstyrelsen, 2007).

Fixsen m.fl. (2005) påpekar att målgruppen, inom människovårdande yrken, är omfattande och ofta har komplexa problem. Om en specifik metod visar sig vara effektiv kan det bli en ingång till en kortare och effektivare implementering. Dessutom menar författaren att så länge implementeringen pågår så bör inga andra förändringar göras. Implementeringen ses som genomförd först när det nya arbetssättet eller metoden används utan att man tänker att det är ett nytt arbetssätt. Johansson (2010) visar på betydelsen av att förstå och hantera implementeringsproblem inom människovårdande organisationer och att importera och integrera teorier och begrepp om policyimplementering från forskningen. Fixsens m.fl. beskriver komponenterna i en implementeringsprocess, Core implementation Components som:

”These components are staff selection, preservice and inservice training, ongoing consultation and coaching, staff and program evaluation, facilitative administrative support, and systems interventions” (Fixsen m. fl. 2005, sid 28).



Figur 1. Komponenter i implementering i implementeringsprocessen (Fixsen m.fl. 2005, s. 29).

1. Urval av personal. 2. Stöd före och stöd under tiden, vilket inkluderar teori, filosofi och värderingar likaväl som lärande och färdighetsträning på arbetsplatsen. 3.Handledning och coaching ses som viktig för en långsiktig implementering. 4. Personalutvärdering, för att undersöka att programmen utförs korrekt. 5. Programutvärdering, för att se om programmet ger väntade resultat. 6. Administrativt stöd, för att ge personalen resurser så de kan fokusera på metoden och dess resultat. 7. Ledningsintresse, chefernas support anses som viktiga för att hela systemet med implementering ska fungera. Vilken av dessa faktorer som är viktigast, menar författarna är svåra att bedöma, utan bör ses och användas i sin helhet. För att förstå hinder och förtjänster med implementering har Fixsen, Naom, Blasé, Friedman och Wallace (2005) modell använts i denna utvärdering. Utifrån den beskrivs vilka komponenter som behövs för att en implementering av metoder och arbetssätt ska vara möjlig, eller åtminstone ha större chans att bli lyckad.

Urval av personal

Fixsen m.fl. menar att det är viktigt att personalen som ska implementera nya metoder ska vara kvalificerade nog för att kunna arbeta med evidensbaserade metoder och program. Personalen inom socialt arbete och hälso- och sjukvård förväntas förhålla sig till riktlinjerna och att alla i organisationen som är involverade har tillräcklig kunskap (Socialstyrelsen, 2007). Av en utvärdering av Riskbruksprojektet framgick det att projektledare och andra utbildare som hade god kulturkompetens skapade en högre acceptans och trovärdighet hos personal för de nya arbetssätt och metoder som implementerades (Statens Folkhälsoinstitut 2010). De svårigheter och hinder som funnits kunde kopplas till organisatoriska eller personella brister:

”Man talar till exempel om en svår bemanningssituation på hälsokentraler som konsekvenser av Vårdvalsreformen. Det framkommer också att alkoholfrågan på många ställen prioriteras ner och att vissa yrkesgrupper är svårare än andra att motivera” (Statens Folkhälsoinstitut, 2010 s. 77).

Hindrande faktorer som framkom i en studie om implementering av nya behandlingsmetoder inom kriminalvården var t.ex. att verksamheter som inte var rustade för stora utmaningar var de som hade begränsad erfarenhet, d.v.s. de som var nystartade och hade chefer med begränsad erfarenhet av implementering (Holmberg och Fridell, 2006). Nordström och Bodlund (2008) fann i sin studie att högst andel patienter med riskabla alkoholvanor var de som sökte till infektion, hjärtmottagningen, ortopedin, kvinnokliniken och hud/könsmottagningar som ibland kallas för STI-mottagningen. Det Nordström m.fl. fann, var vikten av att fråga hur patienten själv ser på sina alkoholvanor och så frön till förändring.

Alexanderson (2006) studerade med enkäter och intervjuer villkoren för implementeringen av två olika metoder för systematisk dokumentation och utvärdering inom socialtjänsten. Några aspekter som främjade genomförandet var, enligt Alexanderson (2006) en stark projektledning under implementeringen, positiv inställning till metodernas användbarhet och relevans hos socialarbetare, bra utbildning i metoderna samt trivsel med arbetsplats och arbetsuppgifter. De som var delaktiga i implementeringen av projektet från början ansåg att de fått tillräckligt med kunskap om projektet men de som anställdes efter hand inte ansåg att de fått tillräckligt med utbildning om projektet.

Stöd före och stöd under tiden

Enligt Fixsen m.fl. (2005) behöver personal som ska implementera nya behandlingsinsatser för patienter, stöd före och under tiden. i form av metodstöd samt handledning och/eller coachning. Johansson (2010) påtalar problemet med att implementera de Nationella riktlinjerna i Sverige. Riktlinjerna är baserade på bästa tillgängliga kunskapen i missbruksvården angående tidig upptäckt, utredning och vård och personalen inom socialt arbete och hälso- och sjukvård förväntas förhålla sig till riktlinjerna. Johansson (2010) visar på vikten av att förstå och hantera hälso- och sjukvårdens implementeringsproblem. Det är viktigt att importera och integrera teorier och begrepp om policyimplementering från forskningen. Problemen, menar Johansson (2010), är att implementeringsproblemen är sammanvävda med socialpolitiska och vårdpolitiska ställningstaganden, svårighet som kan uppkomma handlar oftast om resurstilldelning, organisering, etik och makt. Nilsen (2010) förklarar att vi normalt uppfattar offentlig policy som svaren på problem men att en policy inte givet utgår från vetenskaplig forskningsbaserad kunskap utan ofta kan vara en politisk viljeyttring. Johansson (2010) visar också på betydelsen av att förstå och hantera implementeringsproblem inom människovårdande organisationer. Det är viktigt att importera och integrera teorier och begrepp om policyimplementering från forskningen.

Hasenfeld (2002) menar att det organiserade arbetet med människor baseras på moraliska överväganden och ideologiska värderingar, ofta med politiska undertoner. Dessa värden delas inte av alla inblandade parter, vilket resulterar i instabilitet och turbulens. Detta i sin tur bidrar till att verksamhetens officiella målbeskrivningar är vaga och ibland motstridiga.

Författaren menar vidare att de arbetsmetoder som används är ofta oförutsägbara och osäkra, vilket leder till kunskapsbrister och svårigheter att bedöma effekter och utfall av olika insatser. Därför är det inte heller sällsynt att helt nya obeprövade arbetssätt eller metoder välkomnas och plötsligt börjar användas utan större urskillning (Hasenfeld, 2002).

Gunnarsdotter (2007) lyfter problemen med resurser som inte räcker till och prioriteringar när vårdköer är långa. Andra problem är att de genomgripande förändringar inom primärvården som har varit aktuella under en tid, med t.ex. utökad uppdag med tidsbrist som följd ses som en hindrande faktor när det gäller implementering. Det utökade uppdraget har bl.a. medfört att patienter med olika typer av diagnoser, som tidigare behandlats inom den specialiserade psykiatriska vården, nu förväntas tas emot av primärvården i större utsträckning (Socialstyrelsen, 2012).

Människobehandlande eller –vårdande organisationer strävar ständigt efter legitimitet i en turbulent omgivning där många olika intressegrupper är engagerade (t.ex. personal, patienter, anhöriga, allmänhet, media). Därför utvecklar organisationerna diverse skyddstekniker för att ständigt överleva och för att lyckas anpassa sig till omgivningen (Hasenfeld, 1992).

Handledning och coachning

Enligt Fixsen m.fl. (2005) är det viktigt att personalen får stöd i form av metodstöd samt handledning och/eller coachning. Det borde finnas ett intresse i att undersöka förhållandet mellan coachning och handledning för den tid som krävs för praktiker att nå "slutlig lösning". Långsiktiga lösningar kan åtgärdas i samband med coachning och handledning, menar Fixsen m.fl. (2005). Författarna menar vidare att det är komplext att implementera program/metoder i människovårdande organisationer eftersom målgruppen är omfattande och ofta har komplexa problem. Om en specifik metod visar sig vara effektiv kan det bli en ingång till en kortare och effektivare implementering.

Implementeringen ses som genomförd först när det nya arbetssättet eller metoden används utan att man tänker att det är ett nytt arbetssätt. Holmberg och Fridell (2006) menar, utifrån en studie inom kriminalvården, att det är viktigt att kollegor och chefer är stödjande och att de motiverar samt att de under en inledande tid ger utrymme i form av tid upplevs mycket positivt. Även handledning är viktigt, menar författarna. Stödjande faktorer som framkom i Alexandersons (2006) resultat var; tidigare erfarenheter av implementering, att det finns en förståelse för svårigheterna samt en beredskap för hela implementeringsprocessen, stabilitet, d.v.s. enheter som fungerat under en längre tid och där det fanns personella och tidsmässiga resurser för implementering.

Personalutvärdering

Fixsen m.fl. (2005) menar att det är angeläget att genomföra personalutvärderingar i avsikt att stärka att arbetssättet ger det förväntade utfallet som önskats. Kontentan av undersökningen som Prytys, Garety, Jolley och Craig (2011) gjorde om implementering av NICE riktlinjer vid schizofreni var att: om personalen är positiv till möjligheter för patienter att bli bättre och att metoderna är verksamma är det främjande för implementering. Författarna kom fram till att personalens attityd och kunskap är ett viktigt område att undersöka när det gäller faktorer som främjar och hindrar implementeringen av och behovet av vidareutbildning.

Stärkande faktorer för implementering, menar Holmberg och Fridell (2006) är att få tid till utbildning, att få tid och utrymme att läsa på när man kom tillbaka till arbetsplatsen för att sätta sig in i ett nytt arbetssätt. Detta upplevdes som särskilt viktigt tillsammans med att all personal får tydliga signaler om att programmet är viktigt och att det finns intresse hos kollegor och chefer och att de ställer frågor om utbildningen.

Programutvärdering

Programutvärdering (d.v.s information om kvalitetsutveckling) mäter viktiga aspekter i genomförandet och syftar till att stärka den fortsatta implementeringen över tid (Fixsen m.fl. 2005). En holländsk kvalitativ studie, innefattande fokusgruppintervjuer med 30 primärvårdsläkare (Lugtenberg, Zegers van Schaick, Westert & Burgers, 2009) undersökte varför primärvårdsläkare inte följer riktlinjer i sitt kliniska arbete. Bakgrunden till studien var att man upptäckt att riktlinjerna inte implementerats trots att de distribuerats på flera sätt, att det förekommit mycket information osv. Syftet med studien var att undersöka och kartlägga vilka hinder som fanns, för att senare använda denna kunskap som underlag för att kunna öka användandet av riktlinjerna. I resultatet från fokusgruppintervjuerna framkommer att de största hindren var att man inte uppfattade att riktlinjerna var användbara i det kliniska arbetet. Andra hinder var att man uppfattade att innehållet i riktlinjerna var oklart. Alexanderson (2006) menar att en faktor som inverkar hämmande på implementeringsprocessen är om det är tekniska brister i programmet.

Campbell, Braspenning, Hutchinson och Marshall (2003) menar att inom hälso- och sjukvård har en begränsad eller låg metodologisk evidensbas, speciellt inom primärvården. Författarna menar att de flesta kvalitetsindikatorer används praktiskt på lasarett men att det behöver utvecklas för primärvården. Den information som krävs för att utveckla kvalitetsindikatorer kan man få genom systematiska eller icke systematiska metoder. Därför bör systematiska metoder kombineras med evidens och ett expertråd (en grupp forskare). Kvalitetsindikatorer ger inte definitiva svar men indikerar potentiella problem eller god kvalitets i vården. Icke systematiska undersökningar är snabba och enkla men inte evidensbaserade, de kan trots det vara användbara på grund av att de är snabba och enkla att genomföra.

Administrativt stöd

Fixsen m.fl. (2005) menar att det krävs ett aktivt ledarskap som stödjer övergripande processen och stärker personalgruppens fokusering på implementeringens syfte. Enligt en liten kvalitativ studie av Mårtensson, Carlsson, Arvidsson, Frank, Lindström och Borquist (2003) påtalas problemen med att prioritera när vårdköerna blir för långa och belastningen blir för hög. Författarna visar i sin studie inom primärvården att personalen upplever målkonflikter framförallt gällande prioriteringar mellan patienter, samt från de krav som ställs från politiker, ledning, patienter eller från dem själva. Det fanns också åsikter om vikten av att prioriteringar baseras på korrekt och adekvat information. Det framgick att resurserna inte räcker till och att det saknats stöd och verktyg för att underlätta prioriteringsarbetet för personal inom primärvården.

Studiens resultat pekar på problemen med att prioritera när vårdköerna blir för långa och belastningen blir för hög (Mårtensson, m.fl. 2003 sid 45).

Enligt Socialstyrelsen (2007) söker många patienter vård inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, söker för somatiska besvär, psykiska eller sociala problem har samtidigt ett riskbruk, missbruk eller en beroendeproblematik. Utredningen menar att det bör drivas ett systematiskt arbete för att uppmärksamma personer på att de använder alkohol på ett riskabelt sätt. Det är dokumenterat att kort rådgivning är en kostnadseffektiv insats. Kort rådgivning tar mindre än 10 min, med rådgivning menas 10-30 min och kvalificerad rådgivning menas mer än 30min (Socialstyrelsen, 2007).

Positiva effekter har i varierande grad dokumenterats inom primärvården, akutvården och den psykiatriska vården. Däremot saknas effektstudier av tidig identifikation och kort intervention inom socialtjänsten (SOU 2011:35 sid.83).

Ledningsintresse

Förutsättningar är, enligt Fixsen m.fl. (2005) att det finns beslutsfattare som stödjer personella resurser som gör att en implementering är genomförbar. Alexanderson (2006) visar på ett flertal faktorer som inverkar hämmande på implementeringsprocessen: Det är bl.a brist på tid och hög arbetsbelastning samt hög personalomsättning och avsaknad av stöd från ledning. Gunnarsdotter (2007) menar att primärvården har varit föremål för ett flertal genomgripande förändringar under det senaste decenniet. Dels har en omfattande vårdvalsreform genomförts, vilket har skapat ett flertal nya privata vårdcentraler. Dels har primärvårdens uppdrag utökats genom att patienter i första hand ska vända sig dit med olika typer av problem som tidigare behandlats av sjukhus eller specialistvård:

”Primärvårdens uppdrag sväller utan att primärvården har möjlighet att kontrollera det” (Gunnarsdotter. 2007, sid 3174).

En hindrande faktor som Holmberg och Fridell (2006) tar upp är att ledningen inte tar hänsyn till viktiga förutsättningar utan hellre intresserade sig för volymer. Hasenfeld (2002) menar att eftersom verksamheten till största delen bygger på möten bakom stängda dörrar mellan vårdare-patient eller behandlare-klient, blir kvaliteten i dessa relationer svåra att fånga eller att få insyn i, vilket innebär att mötena kan innehålla inslag av såväl förtrolighet som makt. Personal i människobehandlande organisationer har således ett stort handlingsutrymme och är därför svåra att kontrollera av ledning eller utomstående.

Alexanderson (2006) sammanfattar det hela med att visa på att främjade genomförandet var: en stark projektledning under implementeringen, positiv inställning till metodernas användbarhet och relevans hos socialarbetare, bra utbildning i metoderna samt trivsel med arbetsplats och arbetsuppgifter.

METOD

Datansamlingen har genomförts i tre steg: Enkäter till verksamhetschefer på samtliga hälsocentraler i Kalmar län, mars 2012. Bortfallsanalys utfördes genom att tre öppna frågor ställdes via mail, maj 2012. Kvalitativa intervjuer genomfördes med åtta personal på hälsocentralerna, för länet representativt utvalda, fyra hälsokoordinatorer och fyra läkare juni 2012 - september 2012.

Deltagare och tillvägagångsätt

Enkäter skickades via mail till samtliga verksamhetschefer på länets totalt 37 hälsocentraler, både privata och offentliga, varav 15 svarade. Därefter genomfördes en bortfallsanalys även den via mail. Urvalet av deltagare till intervjuerna genomfördes slumpmässigt av processledaren för "*kunskap till Praktik*" i Kalmar län, genom att kontakta hälsocentralerna representativt i norra, södra samt mellerst delen av länet: Västervik, Ankarsrum, Vimmerby, Oskarshamn, Mönsterås och Kalmar. När åtta deltagare tackat ja överlämnades namnen till den av författarna som genomförde intervjuerna. Det var både offentliga och privata hälsocentraler som tillfrågades, tre av läkarna är specialiserade allmänläkare den fjärde är ST läkare. Samtliga sköterskor har utbildats till hälsokoordinatorer. Sju av deltagarna representerade offentlig verksamhet och en representerade privat verksamhet. Det var sju kvinnor och en man som intervjuades.

Enkäter

Frågorna i enkäten bygger på Vedungs implementeringsteori och dess begrepp Vilja, Kunna och Förstå (1998). Frågor berör användandet av de Nationella riktlinjerna, frågor som vikten av de Nationella riktlinjerna ställs, känner man sig pressad "tvingad" av att implementera de Nationella riktlinjerna eller om man känner vilja och engagemang att använda de Nationella riktlinjerna. Kunnande handlar om utbildning, frågor om erfarenheter om primärvården, har stöd från verksamhetschefen givits till personalen att implementera Nationella riktlinjer och har man som arbetsledare följt upp arbetet med att använda de Nationella riktlinjerna? Har man resurser nog och förutsättningar för att implementera? Förståelsen i detta arbete handlar om att ha en förståelse för vikten av de Nationella riktlinjerna och för införandet av dessa, t.ex om man har tillräcklig kunskap och om man har fått utbildning i de Nationella riktlinjerna. Vidare ställs frågor om man vill försöka samverka med andra verksamheter.

Bortfallsanalys

Det finns ett problem med bortfall, det vill säga att resultatet kan uppvisa *skevheter*, systematiska fel eller s.k. bias, påtalar Bryman (2011). Vanligen genomförs en bortfallsanalys genom att jämföra information om deltagare som inte har deltagit i studien och se om det finns gemensamma faktorer som påverkar deltagandet. I denna utvärdering genomfördes en bortfallsanalys för att öka förståelsen om varför man valt att inte delta i undersökningen. Resultatet av bortfallsanalysen redovisas under resultatsdelen på sidan 16.

Intervjuerna

Intervjuerna byggde på en semistrukturerade intervjuguide med 16 öppna frågor, baserade på enkätsvaren från verksamhetscheferna med inspiration av Vedung (1998) begrepp vilja, kunna och förstå. Intervjuguiden innehöll frågeområden rörande deltagarnas kunskap om innehållet i Nationella riktlinjer, om primärvårdens uppdrag, användandet av screeninginstrument, om samverkan, om stöd från chefer, om hälsocentralens policy och om att ställa frågor om patienternas alkoholvanor. De flesta intervjuerna genomfördes på hälsocentralerna, personalens arbetsplats, enstaka i annan lokal.

Innehållsanalys av intervjuerna

Det finns två huvudinriktningar inom innehållsanalys: de manifesta och latent, den latent är en kvalitativ gren och används t.ex. inom vårdvetenskap, socialt arbete o psykologi (Graneheim och Lundman, 2004). För denna utvärdering valdes analysering av det latent innehåll vilket innebär att forskaren gör en tolkning.

Tillvägagångssätt: Själva processen kan se ut på flera olika sätt, men följande beskrivning visar hur analysen av intervjuexten har genomförts:

Hela t.exten läses igenom upprepade gånger för att få en känsla för helheten.

Meningar eller fraser som innehöll information som var relevant för frågeställningarna plockas ut. Omgivande t.ext togs med så sammanhanget kvarstår. Dessa meningar eller fraser kallas meningsbärande enheter.

De meningsbärande enheterna kondenserades i syfte att korta ned t.exten men ändå behålla hela innehållet.

De kondenserade meningsenheterna grupperas i kategorier, som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Dessa kategorier utgör det manifesta innehållet. Slutligen formulerades teman, där det latent innehåll i intervjuerna framgår.

Contribution analysis av resultatet

Mayne (2008) beskriver analysinstrumentet: Contribution analysis, en analys som använder begreppen orsak och verkan. Denna analysmetod används i första hand till att utvärdera resultat av implementeringssatsningar men prövas här i utvärderingen av primärvårdsanställdas arbete med Nationella riktlinjer och vilka faktorer som påverkar arbetet med att upptäcka patienter med ett risk- eller missbruk. Här prövas begreppen för att öka förståelsen för det som påverkar primärvårdsanställdas arbete med patienter med risk- och missbruk utifrån de Nationella riktlinjerna.

Mayne (2008) menar att det finns sex viktiga steg att ta hänsyn till.

1. Beskriva de problem som uppstår och hur de ska lösas.

Vad beror resultatet på, är det programmet som orsakat resultatet? Vad ska göras med resultatet? Vilka beslut kommer att baseras på resultatet? Är det förväntade resultatet rimligt? För att få svar på dessa frågor menar författaren att det är viktigt att ställa frågor som: Vilken typ av resultatet kommer de inblandade (finansiärerna bl.a.) acceptera. Hur ska vi veta om utvärderingen lämnat ett viktigt bidrag.

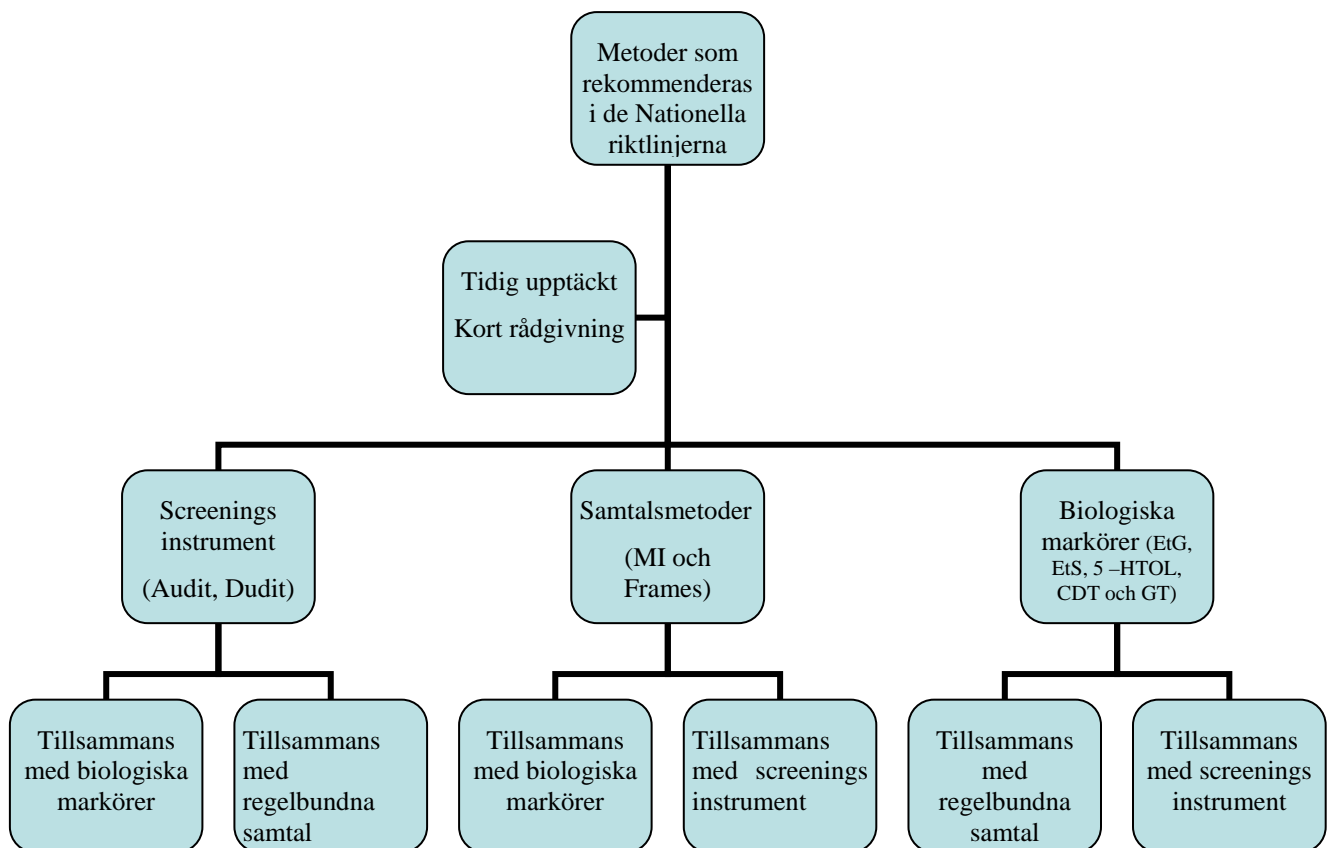
2. Utveckla en teori om förändring, i det här fallet utgår vi från Fixsen m.fl. (2005) och deras modell för att beskriva grundläggande faktorer i implementeringsprocessen i människovårdande yrken ska fungera.

3. Samla fakta om förändringsteorin och bedöma logiken och granska styrkor och svagheter i rimligheten av de olika antagande i teorin. Evidens för att de resultat som framkommer är sanna och att undersökningen genomförts som planerat. Finns det forskning som stöder de antaganden som gjorts i utvärderingen. Slutligen finns ett behov av att undersöka andra viktiga faktorer som kan påverka.

4. Hur trovärdigt är resultatet, är intervjupersonerna överrens i de frågor som ställts? Var finns de största svagheterna i resultatet? Har viktiga antagande verifierats?

5. Har nya uppgifter framkommit som behöver undersökas, behöver mer resultat samlas in?

6. Revidera och stärka bidraget genom att nya resultat utformar nya arbetssätt t.ex. Diskussioner kring resultatet kan bidra till nya sätt att tänka kring de Nationella riktlinjerna om patienter med risk- och missbruk.



Figur 1. Visar på rekommendationerna i de Nationella riktlinjerna och utifrån denna figur analyseras resultatet för att finna faktorer som påverkar resultatet.

RESULTAT

Resultatsredovisningen består av tre skilda delar varav den första delen består av resultatet från enkätundersökningen med verksamhetschefernas uppfattningar och erfarenheter. Den andra delen av resultatet är en bortfallsanalys som gjordes eftersom svarsfrekvens var låg, den svarar på varför man inte svarat på enkäten. Den tredje delen består av resultatet från kvalitativa intervjuer med fyra läkare och fyra hälsokoordinatorers, om deras erfarenheter och synpunkter.

Verksamhetscheferna

Nedan presenteras verksamhetschefernas uppfattningar om arbetet med risk- och missbruk alternativt implementeringen av de Nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Skalan som enkäten bygger på är: 1-begränsad omfattning, 2-tämligen hög omfattning, 3-hög omfattning, 4-väldigt hög omfattning och ytterligare ett svarsalternativ 0-inte alls). N=14 d.v.s det var fjorton som svarade på enkäten av 37 tillfrågade.

Ansvar

Verksamhetschefernas sammanlagda svar på frågan om i vilken utsträckning primärvården hade ansvar för risk- och missbruk var lägre än svar på frågan om socialtjänstens ansvar. Även när det gäller i vilken utsträckning det fanns en uttalad policy, avseende risk- och missbruk, skattade intervjupersonerna tämligen hög omfattning.

Stöd och implementering

På frågan om i vilken utsträckning verksamhetscheferna kände att de gav ett stöd i frågor om risk- och missbruk, svarade de att de gjorde det i hög omfattning. På frågan om implementeringen av de Nationella riktlinjerna var inte gjorda i lika hög omfattning. Verksamhetscheferna ansåg att de egna riktlinjerna implementerade i något högre utsträckning. Verksamhetscheferna ansåg sig inte vara pressade av att implementera de Nationella riktlinjerna, inte mer än i begränsad omfattning. I tämligen hög omfattning ansåg verksamhetscheferna att det var viktigt att riktlinjerna implementerades. På frågan om uppföljningen av implementering av riktlinjer har följts upp i begränsad omfattning. Frågorna om riktlinjer ansågs vara eftersatta på hälsocentralen i begränsad omfattning.

Kunskap och utbildning

I relativt hög omfattning, nästan hög omfattning, ansåg verksamhetscheferna att utbildning om risk- och missbruk var angeläget. När det gäller kunskapen om de Nationella riktlinjerna, för missbruk och beroendevård, ansåg verksamhetscheferna att det fanns ett kunnande i tämligen hög omfattning. Det ansågs inte av cheferna att de fått tillräcklig utbildning om de Nationella riktlinjerna mer än i begränsad omfattning.

Tid och användbara

Det var i begränsad omfattning som riktlinjerna ansågs vara användbara, detsamma gällde tiden för att införa riktlinjerna. Verksamhetscheferna ansåg att de inte fått tillräckligt med tidsmässigt utrymme för att införa riktlinjerna. Vilja och engagemang beträffande implementeringen av riktlinjerna ansågs finnas i begränsad omfattning.

Biologiska markörer, screeninginstrument och samtalsmetodik används på hälsocentralerna i olika omfattningar. ASAT användes på de flesta av hälsocentralerna (11 av 14), detsamma gäller ALAT, CDT och i nästan lika hög utsträckning användes MCV (9 av 14). AUDIT och DUDIT användes på 9 av 14 ställen. På 9 av verksamhetsställena erbjöd man utbildning inom MI, nästan lika många verksamhetsställen erbjöd man Återfalls Prevention (6 av 14) ställen.

Bortfallsanalys

Ett mail ut till samtliga respondenter som inte besvarat enkäten, i detta mail ställdes frågor om anledningen till varför de inte svarat på enkäten, med följande tre svarsalternativ (se bilaga 3):

1. Jag hinner inte med att svara på enkäter i dagsläget. 2. Gillar inte ämnet, tycker det var en onödig enkät. 3. Anser inte att patienter med risk- och missbruk är prioritet på vår hälsocentral.

Jag hinner inte svara på enkäter i dagsläget:

De verksamhetschefer som svarade att det var tidsbrist som låg till grund för att de inte svarade på enkäten menade att de var tvungna att prioritera. Det pågår ett dagligt arbete med patienter och med personal, problem som tar tid att lösa och som gör att man är tvungen att prioritera och prioritera bort. Det fanns de som ansåg att de hade andra krav på implementering som gjorde att de inte hann med enkäten.

"..landstinget plågar oss med en massa administrativa uppgifter och ett värdelöst journalsystem...ingen har tid med administrativa uppgifter. Vi måste prioritera patientarbetet. Detta är under all kritik och fullständigt ödelägger vår tidigare välfungerande mottagning."

Verksamhetscheferna överhoppas med mail som väller in samtidigt finns det krav på sammanställningar av resultat för att få in projektpengar, prioriteringar av arbetet är ett måste, menar många av dem som svarat.

"Jag är överöst av enkäter, redovisningar o.s.v. vilket gör att jag måste prioritera i mina arbetsuppgifter."

"Får vi inte in resultat i tid får vi inga pengar, det gäller t.ex öronmärkta projektpengar".

Gillar inte ämnet, tycker det var en onödig enkät.

Några av verksamhetscheferna avstod från att svara då de menade att det var svårt att svara på frågorna eftersom riskbruk och missbruk inte hade delats upp i enkäten.

"Jag anser att det var en dåligt formulerad enkät utan kunskap om hur primärvården har hanterat missbruk och riskbruksfrågor, jag anser inte att man kan blanda ihop dessa begrepp i samma typ av frågor."

Enkäten var inte anonymitetsskyddad och det var en brist, menade verksamhetschefer, eftersom urvalet var litet. Dessutom låg enkäten fel i tid på grund av att vissa beslut ännu inte fattats och att den nya missbruksutredningen ännu inte godtagits.

"..all integritet som bortblåst i och med de personliga frågorna, varför ha en anonym enkät med detaljerade frågor om ålder, kön och profession i ett sådant litet urval?"

Övrigt

”Jag ska vara helt ärlig, enkäten föll bort i glömska. När jag gick in för att besvara så var svarsperioden förbi.”

Under de båda teoretiskt grundande analyserna Core implementation Components och Contribution analysis återkommer resultatet av bortfallsanalysen.

Analys av intervjuer

En innehållsanalys av data från intervjuerna har genomförts (Granheim och Lundman, 2004). Resultatet från intervjuerna presenteras med stycken som styrks av citat. Temana är uppdelade i *Hinder, Utforskande och Vägledning*.

1. Den första delen handlar om tidsbrist, det som beskrivs som det största hindret, samt vikten av att bevara patientens integritet som ses som ett ytterligare hinder för att ställa frågor till patienterna om deras alkoholkonsumtion.
2. Den andra delen utforskar det som ses som resurser i arbetet med att upptäcka patienter med en riskfylld alkoholkonsumtion, d.v.s screening instrument innehållande frågor om alkohol, samt värdet av att kartlägga livsstilsproblem.
3. Den tredje delen tar upp frågor om organisationens och ledningens policy, stöd till implementering av riktlinjer och samverkan. Avslutningsvis får respondenterna lämna synpunkter om vad som skulle underlätta arbetet med patienter med risk- och missbruk.

Hinder

Tidsbrist

Det råder tidsbrist inom primärvården. Läkarna menar att de inte har tid att prata med patienterna om annat än det de söker för. Det är värst för läkarna menar både hälsokoordinatorerna och läkarna. Samtidigt menar en hälsokoordinator att det inte tar många sekunder att fråga och få svar på hur patienten ser på sin alkoholkonsumtion.

..vi har inte fått utbildning i all den fantastiska tekniska utrustningen som vi fått till oss så trots att vi har all teknisk utrustning så måste vi ändå remitera patienterna till lasaretten för vi vet inte vad det är vi ska göra. Vi hinner inte så enkelt är det. (läkare)

En läkare menar att patienterna ofta vill prata om sina vanor och då blir det mer frågor om allting och det tar mycket längre tid en det skulle ha tagit om man bara behandlar patienten för det han eller hon söker för. En annan läkare menar att det är enklare att låta bli att fråga för att man helt enkelt inte hinner. Samtidigt tar man hand om det om patienten uttalar att han eller hon vill ha hjälp

..ska jag vara ärlig så låter jag nog bli att fråga ibland för jag inte hinner ta tag i det. (läkare)

Det finns en skillnad mellan privata och offentliga hälsocentraler menar ett par av läkarna, som har erfarenhet av det. Bland annat är ”mailskörden” större på offentliga hälsocentraler och eftersom patienten ska göra ett eget vårdval får inte de privata hälsocentralerna de svåraste, sjukaste och äldsta patienterna. Detta ger tyngre arbetsbelastning på landstingsdrivna vård/hälsocentraler.

..på den privata hälsocentralen har jag mera tid för patientarbete. Jag väljer också att förlägga min tid på patienterna. Vi var offentlig från början men valde att gå över till privat och det innebär mer tid för patienterna. Rent konkret är det så att vi inte får och inte kan välja patientgrupper men vi vet att de svåraste och de i sämst skick inte har möjlighet att göra vårdval så de kommer inte till oss. (läkare)

Vi är mer personliga och mindre vårdinrättade.. det ser nästan ut som en lägenhet med hemmiljö på hälsocentralen.. och det gör nog också att de som vill känna sig friska hellre kommer till oss medan de andra väljer en sjukvårdsinrättning. Trycket var högre och jag tycker att jag får göra mer patientarbete. (läkare)

Läkarna har det värst menar en hälsokoordinator, de har knappt tid att göra det de ska men de har samtidigt svårt att lämna ifrån sig en patient som säger sig vilja ha hjälp med sina alkoholvanor. Det skulle vara en hjälp för dem att lämna ifrån sig en sådan patient till oss hälsokoordinatorer, det är ju det vi ska göra.

Läkarna är de som har det värst, de är alltid stressade och har inte den tid med patienterna som de vill. (hälsokoordinator)

Patienternas integritet

Integriteten var ett viktigt ämne för läkarna men ingen av hälsokoordinatorerna angav integritet som skäl för att inte fråga om alkohol. En läkare menar att det känns som att stå med pekpinne och det vill inte läkaren göra. Flera läkare menar att de av respekt inte frågar om annat än det som patienten söker för om det inte är uppenbart att det hör ihop med för hög alkoholkonsumtion.

Det är viktigt att inte agera polis, att man ska visa patienterna integritet är viktigt, menar flera läkare. Det är lättare att ställa frågor om rökning än om fetma och svårast är det med alkoholfrågorna. Det är viktigt att göra en vid hälsoundersökning innan man lyfter sådan här frågor. Frågorna måste vara relevanta, de ska få hjälp med det de söker för. En läkare menade att man ibland lät bli att fråga även om det kunde vara relevant.

..jag bygger gärna upp ett förtroende med patienten först om jag misstänker att det finns en underliggande problematik, sen bokar jag en ny tid för att bygga upp en relation. (läkare)

Utforskande

Att använda screeninginstrument

Två läkare ansåg att det skulle vara lättare om man använde frågeformulär, en av dem beskrev att leverfunksionsprover i form av biologiska markörer underlättade samtal om alkoholvanor. Två andra läkare svarade att en enkät skulle vara problem för dem, att tvingas fråga kring ett frågeformulär skulle innebära att de tappade fokus på patienten och att man då ställde frågor som inte var relevanta.

Hälsokoordinatorerna menade, att med hjälp av frågeformulär, var det lättare att lära sig fråga om sådant som kändes obekvämt, det blev legitimt att ställa frågor om alkohol. Eftersom patienten får frågeformuläret hemskickat innan besöket så är de förberedda på att frågor som rör livsstilsfrågor kommer att ställas vid besöket, däribland frågor om hälsa, matvanor, tobak och alkohol. Att arbeta med frågeformuläret tillsammans med patienten var ett bra sätt menade samtliga hälsokoordinatorerna

..det var svårare i början med att fråga men efter hand har det börja kännas mer och mer naturligt att ställa frågor. (hälsokoordinator)

En av läkarna menade att det är mer okey att prata om fetma eftersom patienten är mer medvetna om att de har ett problem med det. Två av läkarna sa att när det gäller alkohol är det lättare att prata kring en enkät eller biologiska markörer, det ger en rätt att fråga om levernet om levervärden är dåliga.

..jag skulle vilja ha ett formulär en checklista med rutinfrågor, det skulle nog underlätta. Inte bara med hur många glas dricker du utan andra frågor som skulle få patienten att själv tänka efter. (läkare)

Hälsokoordinatorerna menade att deras patienter alltid får ett formulär, oftast hemskickat, där de uppmanas att svara på frågor om livsstilsfrågor och där ingår frågor om alkohol och rökning ingår.

Patienterna undrar om vi inte ska fråga om alkohol när de kommer, de är så vana vid det och vi har fått lära oss att många skador och sjukdomar kan relateras till alkohol ..om någon ramlat och slagit sej kan frågor ställas om patienten var nykter eller onykter när det hände (hälsokoordinator)

Fråga om alkoholkonsumtion

Två läkare kände sig relativt säkra på att ställa frågor om alkoholkonsumtion men de menade samtidigt att det fortfarande är ett tabubelagt område. Hälsokoordinatorerna tyckte inte att det var besvärligt, de tyckte snarare att det var ganska naturligt. De menade till och med att patienterna förväntade sig att få liknande frågor.

Genom att vara modernt skolad och att själv ha sunda alkoholvanor så kände en läkare att det var ganska enkelt att ställa frågor till patienten om hans eller hennes alkoholvanor. Genom att prata om leverprover fick läkaren legitimitet att råda patienten minska sin alkoholkonsumtion.

..det händer ibland att jag möter en patient som jag just rått att dra ner på drickandet då leverproverna inte var helt tillfredställande t.ex. ändå väljer de att gå raka vägen till systemet och det är deras val. Jag kan bara tänka att tja det var ju synd att de inte lyssnade på mina råd. (läkare)

En av läkarna menade att alkohol är tabubelagt och det känns som man står med en pekpinne när man frågar om alkohol om det inte är alldeles självklart. Sen är ju frågan när det är självklart

..jag har inte tidigare tänkt på att alkohol och övervikt kan höra ihop så efter denna intervju kommer jag tänka mer på att ställa frågor om alkohol...(läkare)

En annan läkare menade att man ”brinner” för olika frågor, om rökning är en mer angelägen fråga kan man som läkare berätta för patienten om cigarettens verkan på kroppen om de luktar rök.

En hälsokoordinator menade att personer med missbruksproblem är en patientgrupp som ingen vill ha, men att jobbet går ut på att ta hand om personer som mår dåligt av olika anledningar och en av anledningarna kan vara alkoholkonsumtionen.

..däremot söker de sällan för alkoholproblem de söker för bekymmer som högt blodtryck, övervikt eller annat som kan vara en konsekvens av alkohol. (läkare)

En hälsokoordinator sa att om de inte är medvetna om problemen kan jag så ett frö, jag ser det som en del av mitt jobb. Ytterligare en hälsokoordinator påtalade att om man är van att arbeta med alkoholproblem så är det ganska lätt att ställa frågor, det är lite av en vanesak.

Kartläggning av livsstilsproblem

Både hälsokoordinatorerna och läkarna menade att en riskfylld alkoholkonsumtion är ett livsstilsproblem. Om en patient mår dåligt så är det inte ovanligt att alkoholkonsumtionen anses för hög för ett välmående, det hör ihop med livsstilsfrågor och det allmänna måendet menade intervjupersonerna. Däremot menade läkarna i högre utsträckning att de ska söka för sina alkoholproblem eller att det ska vara uppenbara problem för att man ska ställa frågor om deras alkoholkonsumtion till patienterna. Det är fortfarande ett tabubelagt område, menade de flesta läkare och hälsokoordinatorer.

Två respondenter menar att det är sällan de ställer frågor om alkohol vid första besöket. Det är fortfarande laddat, tobak anses som lättare att prata om. Fetman vågar alla fråga om för det ingår i hälsa men alkohol och tobak då känner man sig som om man fördömer.

..det kunde kännas som om vi som frågar försöker gå mer försiktigt fram till skillnad från patienterna. Patienterna ser nog kopplingen tydligare än vi gör många gånger men säger vi inget om alkoholvanor så är det ok att fortsätta som innan. (läkare)

Samtidigt, menade en läkare, är det inte så enkelt att som läkare fråga om allting och ibland känns det som om man skuldbelägger patienten man kan se det som att det hör ihop med livsstilen och det allmänna måendet

..det är inte lätt att vara människa. (läkare)

Även hälsokoordinatorerna menar att den stora svårigheten i att fråga om alkoholvanor är upplevelsen av tabun. Samtidigt kommer de ju hit av en anledning och oftast är det för att de inte mår bra. Oftast tycker inte patienten att det finns några problem men de nämner det för att familjen tycker att han dricker för mycket. Det kan de oftast hålla med om när man frågar vidare. Fokus har varit på livsstilsfrågor och hälsofrågan kring fetma och rökning har varit mer i fokus.

..det är liksom lite finare att vara fet än vad det är att röka och dricka alkohol. (hälsokoordinator)

En läkare ansåg att det var svårare att ställa frågor om fetma än om alkohol.

Vägledning

Primärvårdens uppdrag

En av respondenterna ”satte fingret” på det som kännetecknar primärvårdens arbete idag. Det handlar om att jaga pengar till verksamheten och det ses som ett mängdtänk, dessutom menar respondenten att det som andra ser som primärvårdens ansvar bestäms över huvudet. Tid och resurser krävs för att kunna möta det utökade uppdraget.

..Bye the way: Ja det är ju så att det finns resursstatistik på det mesta och det gillar inte jag. Om man uppmanas att finna 70% rökare för att få mer resurser så kommer de flesta hälsocentraler finna 70% rökare och om sen resurserna inte finns mer så kommer antal rökare att minska på hälsocentralerna. (läkare)

Det är enligt min syn ett idiotiskt system för det tar tid att visa på resultaten. Samtidigt har det blivit lite bättre men det är fortfarande ett mängdtänk som inte alltid gynnar patienten. Dessutom anser jag att vi är för flata inom primärvården.(läkare)

..vi får ta de patientgrupper som inga andra "vill ha" samtidigt kritiserar vi för att vi inte behandlar dem som specialisterna anser är bäst för dem. Vi styr väldigt lite våra egna uppdrag, de bestäms av andra. Helt plötsligt är barn med psykiska problem primärvårdens ansvar, patienter med risk- och missbruk, psykisk ohälsa m.m. och det tycker jag att det är men det kastas liksom på oss som om vi har obegränsade resurser.. Det är inte konstigt att det kan uppstå motsättningar.(läkare)

Ansvar

Samtliga åtta intervjupersoner ser patienterna med riskbruk som sitt, d.v.s primärvårdens ansvarsområde och uppdrag. Missbruk ses inte av alla intervjupersoner som sitt uppdrag men samtidigt ses det som primärvårdens uppdrag att "lotsa" patienten rätt. Det ansågs att det är primärvården som möter patienten först, möjligen möter företagshälsan någon. Om patienten varit inne för abstinensbehandling, "avgiftning", är det primärvården de därefter går till för att t.ex. få läkemedelsbehandling.

Patienter som söker sig till en mottagning för hjälp ska få den hjälp han har rätt till.(hälsokoordinator)

Intervjupersonerna, både läkare och hälsokoordinatorer, var överens om att det är primärvården som upptäcker patienter i riskzonen. De menar att andra verksamheter sällan träffar på patienterna och är problemet större än ett riskbruk så är uppdraget att se till att de hamnar rätt. De som kommit med abstinens får hjälp med att komma till abstinensbehandling och sen får de antabus utdelat på hälsocentralen.

..jag ser det som allas ansvar, alla som kommer i kontakt med personer som har problem är en del av deras problem. Samverkan är A och O, det skulle vara så mycket enklare om vi drog åt samma håll. Jag upplever att doktorer inom primärvården låter det rulla på, de ställer inte frågan om det inte verkar lite misstänksamt men sen kan det ibland vara som om läkare tänker: "jag har ställt frågan och väckt misstanke om för stort alkoholintag så nu är det upp till patienten att själv att göra valet". De verkar inte bry sig så mycket om han eller hon fortsätter dricka. (hälsokoordinator)

Stöd av chefen i alkoholfrågor

Läkare vänder sig hellre till en annan läkare, än sin chef, med frågor som rör patienter med risk- eller missbruksfrågor. Stöd finns för patienter överlag, när det gäller patienter med risk- eller missbruk var det något osäkrare. En av läkarna vände sig hellre till alkoholterapeuten om denne behövde ytterligare stöd. Även hälsokoordinatorerna vände sig till läkare, hellre än till sin chef för råd med patienter. Chefer upplever att de stödjer personalen men har ibland andra krav som ska tillgodoses.

En läkare saknade diskussioner om patienter med ett risk- och missbruk både på hälsocentralen och på nätverksträffarna medan en annan läkare var nöjd med diskussionerna kring patienter, även de med alkoholproblem.

..jag känner stöd av chefen i frågor som rör patienterna oavsett problematik men jag känner även starkt stöd från kollegor, speciellt en läkare som jag ser som mycket kompetent och som jag har stor tillit till. (läkare)

Vid fortbildningen 1 gång i månaden då pratar man även om alkohol. Vi har läkarmöte varje morgon och då kan prata om det om det finns anledning till det och det händer. (läkare)

Hälsokoordinatorerna påtalar vikten av "mängdtänket" och detta gäller speciellt med teleQ- systemet där vikten ligger i att hinna med att ta emot så många telefonsamtal som möjligt. Dokumentation styr vilka frågor som ska besvaras och hur de ska besvaras så att man kan föra statistik. Det har med ersättningar att göra, det finns krav på vilka frågor som ska ställas från folkhälsovården.

..på sätt och vis...om jag säger att detta och detta behöver jag så får jag oftast det, men om det saknas personal till teleQ så är det det som gäller. Så svaret är både ock...jag upplever är att det handlar om mängden, intresset för statistik är större än att titta på frågorna gällande patienter. Men samtidigt ger inte cheferna motstånd till de frågor jag lyfter. Kraven på statistik kommer uppifrån tror jag. (hälsokoordinator)

Policy

Intervjupersoner uttryckte osäkerhet gällande hälsocentralens alkoholpolicy och vad en policy var för något. Två av läkarna var säkra på att det fanns en policy men en av dem visste inte säkert vad policyn stod för. Hälsokoordinatorerna använder sig av en frågemall och kände sig trygga med policyn genom att de visste att de alltid frågade om alkohol. En av hälsokoordinatorerna menade att det inte fanns en uttalad policy kring alkohol eftersom hon jämförde med en tidigare arbetsplats.

Det finns moduler för olika sjukdomar som vi ska fylla i när vi dokumenterar, och det är inget jag direkt kan påverka mer än att jag kan skriva in lite egna tankar i vissa fält. Hur vi ska arbeta bestäms i läkarteamet och hur policyn ska se ut. Vi har haft alkoholveckor och det är bra men någon uttalad policy finns inte. (hälsokoordinator)

En läkare menar att på deras hälsocentral finns det en alkoholpolicy genom att de har ett häfte om alkoholkonsumtion på varje rum. Samma läkare menade också att sköterskorna är mer engagerade. Det har funnits enkäter ibland, berättar en läkare, men då är det aldrig någon som dricker för mycket. Samma läkare tror man behöver prata om det om det ska komma fram hur man upplever sitt drickande.

..inte kring alkohol men kring tobak, det är lite resursanpassat. Det är den ekonomiska ersättningen som styr policyn. (läkare)

Hälsokoordinatorerna uttryckte att de inte kände till policyn i helhet men användandet av enkäter innebär att de har en policy kring livsstilsfrågor, där alkohol ingår.

..Ja i och med frågeformuläret som skickas ut innan de kommer hit och att jag sedan frågar om de frågor de fått ut så de är liksom förberedda. Det är en bra policy och det funkar nästan alltid. Ibland hinner jag inte få ut frågorna innan men då får de svara på dem när de kommer. (hälsokoordinator)

Nationella riktlinjer

Läkare kände till att det fanns Nationella riktlinjerna men inte riktigt vad de stod för. En läkare menade att det kunde ha med screeninginstrument att göra som t.ex Audit. Detsamma gällde hälsokoordinatorerna, som menade att de hade litet hum om de Nationella riktlinjerna men att de kände sig osäkra på innebörden.

..jag är dåligt påläst men om det gäller att vi ska upptäcka patientgruppen i risk- och missbruk så vet jag för det är mitt uppdrag bland många andra. (hälsokoordinatorer)

Samverkan

Samverka tycktes i vissa fall vara relationsbundet. Om en personal slutade uppstod problem med vart man skulle vända sig tills en ny person fick ett riktat uppdrag. Det fanns också intresse att lära sig något nytt och att knyta nya kontakter. En läkare beskrev att det var ett stöd att ha relationer med andra verksamheter, om där fanns en alkoholterapeut ses detta som en hjälp i arbetet. Läkare påtalar att man kan vända sig till kommunens växel och detta kan primärvården hjälpa till med.

..jag kan be patienten att de säger till socialtjänsten eller alkoholpolikliniken att de kan ringa mej om de vill, gör de inte det så gör jag inget mer. (läkare)

Även hälsokoordinatorerna anser att samverkan är viktigt, att ha någon att diskutera sina problem med t.ex. sågs alkoholterapeuter, alkoholpoliklinik eller beroendecentrum vara ett stöd. Ett upplevt hinder var sekretessen, en respondent menade att det är enklare inom kommunen och att de samverka bättre. ”*Det faktum att patienten redan har ett pågående missbruk när han upptäcks inom kommunen kan göra att det är lättare att samverka*”.(hälsokoordinator)

..jag ser till att ta reda på vart jag ska vända mej, jag gillar att bygga broar. Jag har aldrig fått nej, vi måste prata med varandra och jag tycker att det är roligt att skapa kontaktnät..det gynnar mej och det gynnar patienter och det gynnar andra utanför primärvården. (hälsokoordinator)

Utveckling

Vad anser personalen på hälsocentralerna/hälsocentralerna skulle hjälpa dem i deras arbete för patienter med risk- och missbruk? De flesta svarar: MI- samtalsmetodik. Det upplevdes viktigt att få träffa andra och få tips och idéer. Samverkan genom nätverksträffar och utbildningar var andra förslag som kom upp.

En läkare ville lära sig mera om användandet av enkäter med alkoholfrågor detta skulle underlätta i samtal med patienten. En annan läkare ville ha en broschyr om alkoholvanor med en beskrivning om vart man kan vända sig om man behöver stöd.

..en informationsbroschyr som jag kan lämna till patienterna där det står vad man bör tänka på när det gäller risk- och missbruk och vart man kan vända sig om man känner att man vill ha hjälp och stöd. (läkare)

Två av hälsokoordinatorer ville att frågan om alkohol skulle aktualiseras på nätverksträffarna och att diskussioner om alkoholvanor blev vanligare. Att övning i att våga fråga och motivera är viktigt, tillsammans med andra som kan komma med tips och idéer. En hälsokoordinator önskade fortbildning och mera kunskap.

..hur hjälper man någon? Nätverksträffar med socialtjänsten och psykiatrin, skulle underlätta. Vi har ibland samma klienter, unga som behandlas de lite här och lite där. Sen tror jag på att lära sig att våga fråga. Jag har inte varit med på så många nätverksträffar, men alkoholfrågor har inte varit uppe till diskussion, vi behöver kanske börja där. (hälsokoordinator)

Core implementation Components

Fixsen m.fl. (2005) beskriver vad som behövs för att säkerställa att personalen har förkunskaper, färdigheter, förmågor, kompetens och fortsatta resurser att implementera nya metoder inom människovårdande yrken. Komponenterna som prövas i denna utvärdering är 1. Urval av personal. 2. Stöd före och stöd under tiden, vilket inkluderar teori, filosofi och värderingar likaväl som lärande och färdighetsträning på arbetsplatsen. 3.Handledning och coachning ses som viktig för en långsiktig implementering. 4. Personalutvärdering, för att undersöka att programmen utförs korrekt. 5. Programutvärdering, för att se om programmet ger väntade resultat. 6. Administrativt stöd, för att ge personalen resurser så de kan fokusera på metoden och dess resultat. 7. Ledningsintresse, chefernas support anses vara viktiga för att hela systemet med implementering ska fungera.

1. Urval av personal

Svårigheter kan kopplas till organisatoriska och eller personella brister. Det framkommer att vissa yrkesgrupper har svårare än andra att motivera (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Andra problem som också iakttagits är en återkommande brist på läkare och en bristande samverkan mellan primärvården och beroendevården (SoS, 2012). Verksamhetscheferna inom primärvården tyckte att de hade fått lite utbildning i de Nationella riktlinjerna men de ansåg samtidigt att det fanns ett kunnande om dem. Läkare och hälsokoordinatorer hade en aning om vad de Nationella riktlinjerna innehåller.

”jag är dåligt påläst men om det gäller att vi ska upptäcka patientgruppen i risk- och missbruk så vet jag för det är mitt uppdrag bland många andra”.

Verksamhetscheferna ansåg att det var viktigt att utbilda personalen i frågor rörande riskbruk och missbruk. Läkare och hälsokoordinatorer efterfrågade mer utbildning i samtalsteknik, som MI och även mer utbildning inom missbruksfrågor. Däremot fick inte utbildningen vara mer än en eller två dagar.

”jag har läst MI och det var verkligen jättebra, jag skulle vilja ha en uppfräschning av MI. Det är intressant att träffa andra kollegor för att höra hur de jobbar med patientgruppen”.

2. Stöd före och stöd under tiden

Fixsen m.fl. (2005) menar att det är viktigt att ge personalen stöd för att kunna fokusera på metoden och dess resultat, t.ex. lära sig använda screeninginstrument. Att ta reda på en persons motivation tar tid och kräver en betydande pedagogisk kunskap (Holmberg och Fridell, 2006). Primärvårdsanställda erbjuds motiverande samtal (MI), en samtalsteknik som Nationella riktlinjer föreslår (Socialstyrelsen, 2007). Johansson (2010) menar att det finns ett glapp mellan forskningen och verksamheten och att man bör se det som en utmaning att implementera kunskapen mellan dessa båda parter. Det är samtidigt en utmaning att inkludera problem med resursfördelning, prioritering, etiska överväganden, maktfördelningen mellan politiker, administratörer, professionella och klienter.

”Jag är mer engagerad i rökning, de frågorna brinner jag mer för.”

Verksamhetscheferna ansåg att de ger stöd till personalen i frågor som gäller risk- och missbruk men de för inga strukturerade samtal om vad implementeringen av de Nationella riktlinjerna innebär för personal samt patient. Nilsen (2010) menar att en policy ofta uppfattas som svaret på problem och ofta är en politisk viljeyttring. Hasenfeld (2002) menar att arbeten med människor inom vård ofta baseras på moraliska överväganden och ideologiska värderingar, ofta med politiska undertoner (riktlinjer). Dessa värden delas inte av alla inblandade parter, vilket resulterar i instabilitet och turbulens. Detta i sin tur bidrar till att verksamhetens officiella målbeskrivningar är vaga och ibland motstridiga.

Inom primärvården finns ett system med bestämd rangordning som kan vara till fördel i vissa situationer men en svårighet i andra. Verksamhetschefen kan idag ha en annan kompetens än läkare och i detta finns en risk. Ett exempel är när något ska implementeras, har inte chefen mandat från sina anställda uppstår konflikter som kan ge den instabilitet och turbulens som Hasenfeld (2002) beskriver.

”Nu är ju ofta chefen något annat än en läkare så många gånger, flest gånger vänder jag mej faktiskt till en annan läkare för att få råd om jag behöver det”.

Något tydligt stöd fanns inte, när det gäller alkohol, menade de läkare som intervjuades. Några hälsokoordinatorer var osäkra på hur chefen skulle upplevas som stödjande i frågor som rör patienter med risk- eller missbruk om det krockar med ekonomiska implikationer som teleQ. En hälsokoordinator menade att i ett sådant fall skulle nog teleQ anses vara mer prioriterat.

”Det jag upplever är att det handlar om mängden, intresset för statistik är större än att titta på frågorna gällande patienter”.

Tid till utbildning, att få tid och utrymme att läsa på när man kom tillbaka till arbetsplatsen för att sätta sig in i ett nytt arbetssätt, var något som Holmberg och Fridell (2006) lyfte i sin studie om implementering. Resultatet visade på för få diskussioner om patientgruppen med risk- och missbruk och det stärker även läkares svar och till viss del även hälsokoordinatorerna.

3.Handledning och coachning

Verksamhetschefernas resultat visar på att det finns kunskap men att de inte fått tillräcklig utbildning, Fixsen (2005) och Nilsen (2011) menar att det är genom coachning och utbildning av personal som är direkt berörda av implementering som implementeringen fungerar. Det är viktigt, som chef eller ledare, att stimulera personalen och höja intresset.

Fixsen m.fl. (2005) menar att man ofta tänker kortsiktigt när det gäller implementering. Det är ett komplext arbete att implementera olika metoder och det måste få ta tid. Att implementera något i en omorganisation är som gjort för att misslyckas, dessutom är det först när det sitter ”i ryggmärgen” som man kan säga att något är implementerat. Handledning är viktigt, menade respondenterna, då man får möjlighet att reflektera över de erfarenheter man gör.

”inte direkt från chefen, jag har ett stöd i vår alkoholterapeut”.

”starkt stöd från kollegor, speciellt en läkare som jag ser som mycket kompetent och som jag har stor tillit till”.

4. Personalutvärdering

Utvärderingar av personalens arbete stärker möjligheter att använda metoder på ett evidensbaserat sätt, menar Fixsen m.fl. (2005). De som har kunskap och känner sig delaktiga vid en implementering är de som trivs med arbetet och arbetsuppgifterna och som fått en bra utbildning medan de som anställs efterhand, menar Alexanderson (2006), är de som inte upplever att de har tillräcklig kunskap om projekt, metod eller arbetssätt.

”för mej är det inga problem alls, jag är van vid det från tidigare arbeten”.

”Jag har tidigare arbetat med alkoholfrågor och kan fråga ingående om deras alkoholvanor utan att det är besvärligt”.

5. Programutvärdering

Campbell, Braspenning, Hutchinson och Marshall (2003), menar att kvalitetsindikatorer inte ger definitiva svar men indikerar potentiella problem eller god kvalitet i vården. Icke systematiska undersökningar är snabba och enkla men inte evidensbaserade, de kan trots det vara användbara på grund av att de är snabba och enkla att genomföra.

Resultatet visad på att biologiska markörer används på de flesta hälsocentraler, Audit och Dudit likaså och några läkare och hälsokoordinatorer var utbildade i MI. Detta visar på att personalen är kvalificerade nog för att implementera metoder som rekommenderas i de Nationella riktlinjerna. Däremot använd sällan alla metoder av samma personal utan läkare använder biologiska markörer och samtalar och hälsokoordinatorer använder screeninginstrument och samtal. Resultatet visade på att två läkare inte ville tvingas i att ställa frågor efter ett formulär medan två läkare tyckte att det skulle kunna underlätta om patienterna fyllde i ett frågeformulär om alkoholbruk innan de kom in till läkarna.

Effektiviseringar och snabbhet i beslutsfattande och genomförande växer hela tiden inom den offentliga sektorn. Ett problem som blir synligt på grund av detta, menar Nilsen (2010), är den teknologi som är på framfart inom hälso- och sjukvård som inte används för att den inte hinner implementeras. Ett problem som lyfts av verksamhetscheferna är dokumentationssystemet som implementeras samtidigt som det utökade uppdraget för primärvården.

”vi får en massa nya arbetsuppgifter till oss, men ingen talar om hur vi ska göra dem. Exempelvis så har vi fått en ny apparat som ska underlätt för oss men ingen vet hur den ska användas... Vi hinner inte så enkelt är det”.

Enligt Lugtenberg, Zegers van Schaick, Westert & Burgers (2009) var de största hindren att man inte uppfattade att riktlinjerna var användbara i det kliniska arbetet.

”jag inte vill stå med en pekpinne men jag är trygg med att fråga om alkohol.. fast jag har inte tidigare tänkt på att alkohol och övervikt kan höra ihop”.

Alexanderson (2006) menar att en faktor som inverkar hämmande på processen är om det finns tekniska brister i programmet och vid programutvärdering blir liknande svårigheter påtagliga.

6. Administrativt stöd

En faktor som hindrar implementeringen tycks vara det begränsade tidsutrymmet för införandet av riktlinjer, något som illustreras i såväl enkätens resultat som bortfallsanalysen. En svår bemanningssituation har uppstått på hälsocentralerna, som en konsekvens av vårdvalsreformen (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Tidsbristen är påtaglig, framför allt hos läkare och verksamhetschefer. Bortfallsanalysen som visar på att verksamhetschefernas tid är begränsad och att detta är något som man uttalade i mailsvaren. Läkarna avstår från att fråga om sådant som patienten inte sökt för (även om detta tillhör en kartläggning och kan visa sig vara ett av skälen till det dåliga måendet) eftersom de anser att de inte har tid att ta hand om det som kommer efteråt. Enligt de Nationella riktlinjerna visar de övergripande slutsatserna är att kort rådgivning har effekt.

En studie visar att ett enskilt kort rådgivande samtal har samma effekt som fyra respektive åtta samtal. Både män och kvinnor i interventionsgruppen drack signifikant mindre än kontrollgruppen vid alla uppföljningar utom den sista, där männen i kontrollgruppen hade reducerat sin konsumtion ner till samma nivå som männen i interventionsgruppen (Socialstyrelsen, 2007 s.87).

Primärvården genomgår förändringar som har varit aktuella under en tid, med t.ex utökat uppdrag med tidsbrist som följd (Gunnarsdotter 2007). I resultatet framkommer det i någon mån att privata hälsocentraler inte har samma press som offentliga. Gamla patienter och/eller patienter med psykisk ohälsa och/eller missbruksproblem gör ofta inte ett vårdval. De privata hälsocentralerna får mindre betungande patienter samt att de inte pressas lika hårt av alla mail som kommer in. I övrigt är tidsbrist något som i princip alla läkare lyfter som ett problem när det gäller att ställa frågor om alkoholvanor.

"läkarna har det värst, de har knappt tid att göra det de ska. De ser nog inte att de kan lämna ifrån sig en patient som säger sig vilja få hjälp med sitt alkoholdrickande, som jag ser det behöver de bara fråga om denna skada är alkoholrelaterad och är den det så kan skicka en remiss till oss eller be patienten att boka tid hos oss hälsokoordinatorer".

7. Ledningsintresse

Fixsen m.fl. (2005) menar att det krävs ett aktivt ledarskap som stödjer övergripande processer och stärker personalgruppens fokusering på implementeringens syfte. Enligt verksamhetscheferna har mplementeringen av riktlinjerna följts upp i begränsad omfattning. En stark ledning, positiv inställning, bra utbildning, trivsel på arbetsplatsen samt med arbetsuppgifterna är främjande för implementering (Alexanderson, 2006).

Verksamhetscheferna menade att socialtjänsten hade ett större ansvar när det gällde patienter med risk- och missbruk. Läkare och hälsokoordinatorer delade åsikterna om att det var primärvårdens ansvar oavsett om det gällde riskbruk eller missbruk, dock var inte beroendeproblematiken primärvårdens ansvar. Verksamhetscheferna påtalade tidsbristen i bortfallsanalysen och menade att jakten på pengar tog mycket av tiden.

"Får vi inte in resultat i tid får vi inga pengar, det gäller t.ex öronmärkta projekt pengar".

Contribution analysis

Mayne (2008) har utformat en teoretisk analys för att försöka förstå vilka krafter som påverkar t.ex. vid implementering av nya metoder inom människovårdande yrken. Författaren menar att det finns sex viktiga steg att ta hänsyn till och det är utifrån dessa som analysen om påverkansfaktorerna är gjord. 1. Beskriva de problem som finns i verksamheten för att kunna lösa dessa. 2. Utveckla en teori om förändring för att beskriva hur implementering i människovårdande yrken ska fungera. 3. Samla fakta om förändringsteorin och bedöma logiken och granska styrkor och svagheter i rimligheten av de olika antagande i teorin. 4. Hur trovärdigt är resultatet, är intervjupersonerna överrens i de frågor som ställts? 5. Har nya uppgifter framkommit som behöver undersökas, behöver mer resultat samlas in? 6. Revidera och stärka bidraget genom att nya resultat utformar nya arbetssätt t.ex.

I den här utvärderingen har vi valt att använda oss av Maynes (2008) fyra punkter nämligen: problembeskrivning, teori om förändringsarbete och risker med detta, resultatets trovärdighet och om det behövs mer resultat för att se orsak och verkan. Analysen avslutas med en beskrivning av villkoren på hälsocentralerna idag samt utvärderarnas förslag på förbättningsområden för Kalmar läns hälsocentraler.

1. Problembeskrivning:

Läkarna beskriver att tidsbrist, patientintegritet och tabun är de största problemen, de som gör att man inte ställer frågor till patienterna om deras alkoholkonsumtion. Även bristande policy, avsaknad av handledning/metodstöd och utbildning beskrevs och upplevdes som problem.

a. Tidsbrist

I enkätsvaren från verksamhetscheferna samt i bortfallsanalysen framkom det att tidsbrist leder till svårigheter att implementera riktlinjer. Orsak till tidsbrist uppges vara organisationsförändringar, nya dokumentationssystem och administration som t.ex. att söka medel till olika projekt.

Primärvårdens utökade uppdrag med tidsbrist som följd är en hindrande faktor när det gäller implementering, menar Gunnarsdotter (2007) och Socialstyrelsen (2012), vilket även resultatet i denna utvärdering visade på. Gunnarsdotter (2007) menar att det är ett problem när resurser inte räcker till och prioriteringar måste göras när vårdköer blir för långa.

b. Patienternas integritet

Hälsokoordinatorerna påpekade att det inte var så enkelt att fråga om alkoholvanor från början men att det efter lite ”träning” kändes helt ok. De, menar vidare, att patienterna numera blir undrande ifall frågor om alkohol inte ställs. Livsstilsfrågor handlar också om alkohol.

c. Tabu

Två respondenter menar att det är sällan de ställer frågor om alkohol vid första besöket. Det är fortfarande laddat, tobak anses som lättare att prata om. Fetman vågar alla fråga om för det ingår i hälsa men alkohol och tobak då upplever att man är fördömande.

På grund av tidsbrist men även på grund av att man vill skydda patientens integritet och på grund av tabu, avstår man vissa frågor till patienten

En verksamhetschef menade att detta är ett stort problem som kan få allvarliga konsekvenser: *Doktorer tycker de har för lite tid för patienten och uppfyller vi inte patienternas önskemål så mister vi dem.*

d. Policy

Verksamhetscheferna svarade att det inte var helt tydligt med policy som rådde på hälsocentralerna, detta bekräftades av läkarna som menade att det inte fanns någon tydlig policy när det gäller frågor om alkohol. De menade vidare att policyn ofta bestod i ett kvantitetstänk på grund av ekonomiska aspekter. Det framkom i forskningen att det inte är ovanligt att det är så inom människovårdande yrken (Nilsen, 2010, Johansson, 2010 och Fixsen m.fl, 2005). När det gäller hälsokoordinatorerna är frågeformuläret en stor hjälp och ger en tydlig policy i fråga om livsstilsfrågor.

e. Utbildning och handledning/metodstöd

Verksamhetscheferna menade att de inte fått tillräcklig utbildning om de Nationella riktlinjerna. Läkare och hälsokoordinatorerna kände sig osäkra på vad de Nationella riktlinjerna innehöll. De saknade en djupare kunskap om patienterna med risk- eller missbruk och saknade internutbildning i detta ämne på nätverksträffarna. Det framkommer också att handledning och metodstöd saknas, istället går både läkare och hälsokoordinatorer till en annan läkare som de har tillit och förtroende för gällande alkohol- och andra frågor. Man skaffar sig så kallad intern handledning av kollega.

2. Teori om förändringsarbete och risker med detta

Teori om förändring bygger på att i första hand medvetandegöra verksamhetsansvarig och medarbetare om att: tidsbrist, patientintegritet och tabun är de största problemen, de som gör att man inte ställer frågor till patienterna om deras alkoholkonsumtion. Även bristande policy, avsaknad av handledning/metodstöd och utbildning beskrevs och upplevdes som problem.

Primärvårdens uppdrag med patienter med riskbruk och missbruk är att snabbt upptäcka och ge snabb rådgivning enligt de Nationella riktlinjerna. För att kunna göra detta måste problemet identifieras och därefter bedömas, samtidigt är det viktigt att skapa ett förtroende hos patienten så denne vill berätta om ett eventuellt missbruk (Socialstyrelsen, 2007).

Personalen på Kalmar läns hälsocentraler bör fortsätta med mycket av det goda arbete man redan gör på hälsocentralerna idag. Socialstyrelsen (2007) rekommenderar att vissa insatser genomförs, t.ex. att använda screeninginstrument, samtalsmetodik samt biologiska markörer. Om detta genomförs i den grad som socialstyrelsen föreskriver är risken att insatser för andra patientgrupper måste prioriteras bort.

3. Hur trovärdigt är resultatet

Chefer och personalen har i intervjuer och enkäter, på ett ärligt och öppet sätt beskrivit sin arbetssituation, de svårigheter man upplevt, och de förbättringsområden som man bedömer finns.

Resultatet i utvärderingen kan ses som en trovärdig faktasamling, som bygger på erfarenheter från personal från ett geografiskt representativt urval hälsocentraler/hälsocentraler i Kalmar län.

Utvärderingens resultat bygger på data från både en kvantitativ del med enkätfrågor Query and Report (se bilaga) och en kvalitativ del bestående av personliga intervjuer med öppna frågor. Fördelen med att använda enkäter i den här studien var just möjligheten att nå ut till alla 37 verksamhetscheferna på ett effektivt sätt. Nackdelen med enkäter i denna studie blev ett stort bortfall samt att frågorna inte kunde personanpassas.

Ett deduktivt tillvägagångssätt användes i den första kvantitativa delen, d.v.s att ha en teori från början, en eller flera hypoteser, därefter insamling av data, ett resultat som kan bekräfta eller förkasta teorin och avslutningsvis omformulering av teorin (Bryman, 2011). För att inte riskera att få ett för stort bortfall som minskar trovärdigheten, gjordes en bortfallsanalys (Eliasson, 2006) där respondenterna fick svara på varför de inte haft möjlighet att svara.

Den andra delen bestod av kvalitativa semistrukturerade intervjufrågor (se bilaga) till fyra läkare och fyra hälsokoordinatorer. Eftersom svaren inte skilde sig alltför mycket åt kan en viss mättnad sägas ha uppstått. Detta ökar också trovärdigheten i resultatet.

4. Behövs mera resultat?

Enkäten skickades ut till alla verksamhetschefer i Kalmar län, av dem svarade 14. Bortfallsanalysen skickades till 22 och av dem svarade 15 verksamhetschefer och svaren var uttömliga. En bedömning är att det skulle vara en styrka om fler män hade intervjuats och om fler från privat hälsocentral hade intervjuats sju av åtta var från offentlig verksamhet. Det var dock tre av intervjupersonerna, från offentlig verksamhet, som hade arbetat inom andra verksamheter.

Svaren mellan hälsokoordinatorerna skilde sig inte nämnvärt åt och skillnaden läkarna emellan var också ganska lika vilket visar på att det fanns en mättnad. En viktig fråga som inte besvarades var om det förekom regelbunden handledning eller metodstöd för att stärka kunskaperna om samtalsmetodik och relationer med patientgruppen risk- och missbruk.

Utvärderarnas förslag på förbättringsområden

Avslutningsvis vill vi peka på sex möjliga förbättringsområden som tydliggjorts under arbetet och genom våra analyser. Dessa presenteras nedan:

1. Policy på hälsocentralerna i Kalmar län

Beskrivning - Avsaknad av policy när det gäller frågor om alkoholkonsumtion framkom i resultatet. Om frågor, som rör patienter i riskzon för överkonsumtion av alkohol, inte påtalas så är det svårt att ha en tydlig policy. Det fanns en avsaknad av dessa frågor både på nätverksträffarna och på personalmöten. Det är lätt att patientgruppen förbises och att policyn inte tydliggörs. De Nationella riktlinjerna påtalar vikten av att skapa relation med patienten för att kunna prata om frågor som rör alkohol. Läkare förväntas ta hand om patienterna och vara den som slutför vården.

Förslag – Det blir slumpmässigt för patienterna när det inte finns en tydlig policy. Konsekvens av att verksamhetschefer och medarbetare har olika uppfattning om ansvaret, när det gäller patientgruppen med risk- och missbruk, samt att cheferna tror att läkarna gör det de säger att de inte gör.

2. Tidsbrist på hälsocentralerna i Kalmar län

Beskrivning - Tidsbristen är ett återkommande tema speciellt bland läkare, för att hinna fråga och att utbilda sig i alkoholproblematiken krävs prioriteringar. Om läkarna prioriterar alkoholfrågor måste något annat stå tillbaka, det går inte att utöka arbetsbelastningen utan att öka resurser eller att omfördela de resurser man har. Detta är frågor som måste tas upp i personalgruppen, för det är så att alkoholvanor hör ihop med hälsofrågor i allra högsta grad och om en människa inte mår bra så bör även alkoholkonsumtionen kartläggas.

Förslag– Tid är inte alltid en resursfråga, tidsbrist kan handla om prioriteringar. Vad som ska prioriteras bort är en återkommande fråga. Idag prioriteras frågor bort om de tar tid, t.ex frågor som rör alkohol, om inte patienten söker för just det. Enligt de Nationella riktlinjerna är det många gånger tillräckligt att lyfta frågan med patienten, inte inleda en behandling. Att ställa frågor kring enkätfrågor tar förmodligen inte så lång tid. Om tidsbristen är problemet med att fråga patienter om deras livssituation kan en remiss skickas till hälsokoordinatorerna men samtidigt krävs kommunikation så inte hälsokoordinatorerna får allt i ”knäet”.

3. Patientens integritet kan bli ett hinder

Beskrivning - Integritet var ett annat problem som uppkom i resultatet, läkarna vill ha en bra relation till patienten innan man frågar om alkoholkonsumtion. Tabu är en faktor som kommer upp i resultatet och som bottnar i integritetsproblematiken. Att fråga om alkohol är tabubelagt och det har förmodligen sina rötter i slutet av 1800-talet genom att nykterhetsfrågan blev en social fråga (Johansson, 1995).

En jämförelse med hälsokoordinatorerna visar på att det tar tid lära sig att våga fråga men att det efter ett tag känns naturligt. Screeninginstrument gör det enklare att fråga om sådant som känns svårt. Livsstilsfrågor handlar om alkohol och flera läkare tycker

att det är ok att prata om fetma och rökning vid besöken men svårare att prata om alkohol.

Förslag - Kontentan av rädsla för att ställa frågor om alkohol kan vara att undersökningen av patienten inte blir tillfredsställande. För att ställa en korrekt diagnos behöver läkaren kartlägga hela patientens livssituation. Rädslan för att kränka en patient gör att läkarna väljer att inte fråga. En lösning på detta kan vara att patienten får en enkät att fylla i innan de träffar läkaren så kan det föras en kort diskussion kring den och det allmänna måendet. Ett sätt är att träna upp samtalsmetodiken och ett annat sätt kan vara att använda enkäter för att våga fråga.

4. Chefers och läkares behov av utbildning

Beskrivning - Brist på utbildning påtalar verksamhetscheferna när det gäller de Nationella riktlinjer för missbruk och beroendevården. Läkare och hälsokoordinatorer saknade utbildning i alkoholfrågor även om det visade sig att utbildning, på 4 dagar, har erbjudits verksamheterna har denna prioriterats bort med hänvisning till tidsbristen och personalbrist. Genom att lyfta frågan i personalgruppen och på nätverksträffar skulle man kunna utöka kunskapen om alkoholfrågor. En mentor eller en metodstödjare för frågor som rör alkohol skulle kunna vara en hjälp på verksamheten. Om läkare har utbildning och kunnande i att samtala med patienter med ett risk- och missbruk kommer de förmodligen att agera som handledare.

Förslag - Osäkerhet och okunnighet om samband mellan hälsa och alkohol gör att det är lätt att missa själva kärnan till problemen som patienten söker för. Om vårdpersonal inte känner sig bekväm i frågor om alkohol utan undviker dem är det svårt för patienten att lyfta frågan. I resultatet framkom att alla läkare inte såg samband mellan fetma och alkohol och ångest och alkohol.

5. Mandat kontra delegering

Beskrivning – Läkare har brist på tid. Svårigheter finns för läkare att delegera, t.ex patienter med livsstilsproblem i form av riskkonsumtion av alkohol, trots att det finns en annan yrkesgrupp med specialistutbildning inom området. Läkare beskriver att de går till en annan läkare med frågor som rör patienter med risk- eller missbruksfrågor om inte verksamhetschefen är en läkare. Verksamhetschefer som inte är läkare saknar ett mandat att leda och t.o.m styra personalen i allmänhet och läkarna i synnerhet. En läkare menade att man ”brinner” för olika frågor och det pratar man hellre om med patienter även om de inte sökt detta. Eftersom det inte förekommer diskussioner i någon hög utsträckning om patientgruppen är det svårt att utvärdera personalens arbete med patientgruppen.

Förslag – Verksamhetschefen menar att läkare ställer frågor som rör alkoholkonsumtionen men det framkom i resultatet att läkare kan välja att avstå från att fråga om alkoholkonsumtion av olika anledningar.

Ett sätt att utveckla arbetet på primärvården med patienter med risk- och missbruk skulle vara genom att öka samarbetet mellan läkare och hälsokoordinatorerna. Samverkan eller bristen mellan läkare och hälsokoordinatorer kan bero på den hierarki som råder inom hälso- och sjukvård men även på läkares syn på att de bär ansvaret för patienten fullt ut och att det är deras ansvar att ge patienten den vård denne behöver.

6. Ekonomi en konsekvensanalys

Beskrivning – Det finns en önskan från landstinget att få mer pengar för att bedriva vård, men det är en patientgrupp som kräver en hel del resurser. Det finns en möjlighet att det ligger i politikernas intresse att landstinget ska ta ansvar för patienter med risk- och missbruk, då man räknar med att tidigare upptäcka patienter med alkoholproblem. Detta kan dock kollidera med hälsocentralernas ekonomiska incitament kring anslag, antal besök, tele Q, högre volym, kortare vårdköer (eller helst inga vårdköer alls).

Förslag – Patienter med risk- och missbruk förväntas ta längre tid att prata med och då prioriteras frågor om alkohol. Mycket av tiden läggs på att jaga ”öronmärkta” pengar och resultat för att få verksamheten att gå runt.

REFERENSER

- Alexanderson Karin, 2006. *Vilja Kunna Förstå om implementering av systematisk dokumentation för verksamhetsutveckling i socialtjänsten*. Örebro: Socialt arbete
- American Psychiatric Association, 1994. 4e upplagan. *Diagnostic and statistic manual of mental disorder*. Washington DC: American Psychiatric Association
- Bryman Alan, 2011. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber
- Eliasson Annika. 2006. *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur AB
- Fixsen Dean L, Naoom Sandra F, Blasé Karen A, Friedman Robert M, Wallace Frances, 2005. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa: University of South Florida
- Graneheim Ulla och Lundman Berit. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. Vol; 24 (2), 105-112.
- Gunnarsdotter, Sara, 2007. Primärvården saknar öppna och tydliga prioriteringar. *Läkartidningen* 43 vol. 104.
- Hasenfeld, Yeheskel 1992. *Human services as complex organizations*. Newbury park: SAGE Publications.
- Holmberg Robert, Fridell Mats, 2006. *Rapport 20. Implementering av nya behandlingsprogram i kriminalvården*. Norrköping: Kriminalvården, förlaget
- Johansson Lennart, 1995. *Systemet lagom*. Lund: Lunds universitet.
- Johansson Staffan, 2010. Implementing evidence-based practices and programmes in the human services: lessons from research in public administration. *European Journal of Social Work* 13 (1) 109-125
- Mayne, John , 2008. *Contribution Analysis: An Approach to Exploring Cause and Effect*. Available from www.cgiar-ilac.org.
- Nilsen Per (red), 2010. *Implementering. Teori och tillämpning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- Mårtensson Jan, Carlsson Per, Arvidsson Eva, Frank Linda, Lindström Kjell, Borgquist Lars. 2003. *Erfarenhet, kunskap och inställning till prioriteringar – En intervjustudie med personal i primärvården*. En CMT rapport 2006:3 Linköping: Linköpingsuniversitet, institutionen för hälsa och samhälle.
- Marjolein Lugtenberg, Judith M Zegers-van Schaick¹, Gert P Westert¹, Jako S Burgers. 2009. *Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners*. *Implementation science*. 12:4:54
- Nordström Annika, Bodlund Owe, 2008. Every third patient in primary care suffers from depression, anxiety or alcohol problems. *Nord J Psychiatry*. 62, 250 – 255.

Peterson Pamela N, Rumsfeld John S, 2011. The evolving story of guidelines and health care: Does being NICE help? *Annals of internal medicine. American collage of physicians*

Primärvården, Landstinget i Kalmar län (2008). *Vårdprogram gällande riskbruk av alkohol*. Hämtad: oktober 2012 från

http://www.ltkalmar.se/Documents/H%C3%A4lsa%20&%20V%C3%A5rd/Folkh%C3%A4lsocentrum/Verktygsl%C3%A5dan/Alkohol/Riktlinjer_riskbruk.pdf

Prytys M, Garety P. A., Jolley S., Onwumere J, Craig T ,2011. Implementing NICE guideline for schizophrenia. Recommendations for psychological Therapies: A qualitative analyze of the Attitudes of CMHT staff. *Clinical Psychology Psychotherapy* 18, 48–59

Socialstyrelsen, 2007. *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*.

Socialstyrelsen, 2012. *Socialstyrelsens yttrande över Missbruksutredningens slutbetänkande Bättre insatser vid missbruk och beroende, SOU 2011:35. Dnr 1.4-21701/2011*

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret*. Analys från 2011 års missbruksutredning. Stockholm

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret*. Förslag från 2011 års missbruksutredning. Stockholm

Statens folkhälsoinstitut, www.fhi.se

Statens folkhälsoinstitut, 2010. *En samlad återredovisning av regeringens ANDT uppdrag till Statens folkhälsoinstitut*.

Vedung Evert, 1998. *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur
www.skl.se / kunskap till praktik

Enkät

Kartläggning av Nationella riktlinjer och samverkan inom Primärvården i Kalmar län

1. Kön

Man	Kvinna
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ålder

3. Drivs vårdecentralen som du är verksam på i privat eller offentlig regi?

Offentlig	Privat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Vilken kommun del tillhör din vårdecentral?

Norr om Kalmar kommun	<input type="checkbox"/>
Kalmar kommun	<input type="checkbox"/>
Söder om Kalmar kommun	<input type="checkbox"/>

5. Vilken utbildningsbakgrund har du?

1

6. Hur många år har du arbetat i primärvården?

7. Vilka yrkeskompetenser finns på vårdecentral där du är verksam? Var vänlig och markera med X.

Läkare	<input type="checkbox"/>
Sjuksköterska	<input type="checkbox"/>
Distriktssköterska	<input type="checkbox"/>
Undersköterska	<input type="checkbox"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>
Kurator	<input type="checkbox"/>
Hälsokoordinator	<input type="checkbox"/>
Dietist	<input type="checkbox"/>
Sjukgymnast	<input type="checkbox"/>
Arbetsterapeut	<input type="checkbox"/>
Behandlingspedagog/assistent	<input type="checkbox"/>
Socialpedagog	<input type="checkbox"/>
Socionom	<input type="checkbox"/>
Övrigt	<input type="checkbox"/>

8. Vilken/vilka vidareutbildningar om missbruksfrågor erbjuds de anställda?

Grundläggande utb i psykoterapi steg I	
Grundläggande utb i psykoterapi steg II	
MI (motiverande samtal)	
KBT (kognitiv behandlingsterapi)	
Lösningsfokuserade samtal	
AP (återfallsprevention)	
CRA (community reinforcement approach)	
DBT (dialektisk beteendeterapi)	
Inget	
Övrigt	

9. Vilka av följande screeninginstrument används på din värdecentral?

AUDIT	
DUDIT	
ASI	
DOK	
ADAD	
Inget	
Övrigt	

10. Vilka biologiska markörer används?

ASAT	
ALAT	
MCV	
CDT	
GT	
EtG	
EtS	
5-HTOL	
Inget	
Övrigt	

Frågor om risk- och missbruk

11. Ser du patienter med risk- och missbruk som ert ansvarsområde?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

12. Anser du att patienter med risk- och missbruk är socialtjänstens primära ansvarsområde?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

13. Vi har en uttalad policy när det gäller patienter med risk- och missbruk?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

14. Stödjer du personalen i arbetet med patienter med risk- och missbruk?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

15. Hur får ni reda på om patienten är med risk- och missbruk?

Låter dem svara enskilt på en enkät i väntrummet	
Svara på en enkät tillsammans med någon personal	
Genom samtal i receptionen	
Genom samtal med personal enskilt	
Saknas uttalad policy	
Annat	

16. Är det angeläget att satsa på utveckling av patientgrupper med risk- och missbruk?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

Frågor kring de nationella riktlinjerna

17. Har du kunskap om de Nationella riktlinjerna?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

18. Har du fått tillräcklig utbildning om de nationella riktlinjerna?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

19. Har ni implementerat Nationella riktlinjer?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

20. Har ni implementerat primärvårdens egna riktlinjer?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

Om ingen implementering har skett gå vidare till fråga 28.

21. Har ni tillräckligt tidsmässigt utrymme att införa riktlinjer?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

22. Frågorna är eftersatta på vår vårdcentral

Inte alls	Lite	Ganska mycket	Mycket	Väldigt mycket

23. I personalgruppen pågår ständiga diskussioner om riktlinjerna

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

24. Känner du dej pressad av kraven på att implementera riktlinjer?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

25. Har du vilja och engagemang till att implementera riktlinjer?

Inte alls	Lite	Ganska	Mycket	Väldigt mycket

26. Är det viktigt att införa riktlinjerna på er arbetsplats?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

27. Har du följt upp arbetet med implementering av riktlinjerna?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

28. Är riktlinjerna användbara inom primärvårdens arbete?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

Frågor kring samverkan när det gäller patienter med beroendeproblematik

29. Vilka myndigheter/verksamheter samverkar ni med? Ange de tre viktigaste

--

30. Finns behov av att utveckla samverkan med andra verksamheter?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

31. Hur bedömer du din kunskap om andra verksamheter vara?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

32. Upplever du svårigheter från andra verksamheter med att samverka?

Inte alls	Begränsad omfattning	Tämligen hög omfattning	Hög omfattning	Väldigt hög omfattning

Tack för er medverkan!

Katarina Magnusson
Katarina.magnusson@lnu.se
 Universitets Adjunkt
 Linnéuniversitetet
 221 83

Intervjuguide/Enkät

1. Beskriv hur du upplever ditt arbete med patienter med risk- eller missbruk ser ut!
2. Är det primärvårdens uppdrag att upptäcka dessa patienter?
3. Hur upplever du att det är att ställa frågor om alkohol?
4. Om du upptäcker risk- eller missbruksproblem är du bekväm med hur du ska hantera frågan?
5. Finns en policy för hur ni ska hantera frågor om risk- eller missbruk i så fall hur väl är du till den?
6. Har du erfarenhet av privat och offentlig hälsocentral?
7. Isf hur skiljer sig arbete med denna patientgruppen åt på de ställen du har erfarenhet av? Vad det gäller policy, möjligheter och svårigheter m.m.
8. Hur upplever du att det är att ställa frågor om alkohol jämfört med andra livsstilsfrågor?
9. En undersökning som nyligen gjorts om hälsokoordinatorer sägs det att ni är sämst rustade för patienter med risk- och missbruk. Hur upplever du att det är inom din yrkeskår?
10. Enligt samma undersökning visade det sig att upplevelsen av att diskutera dessa problem på nätverksträffarna var näst intill obefintlig. Hur upplever du att det är på era nätverksträffar?
11. Kunskap till praktik har en styrgrupp i varje kommun (psyk, prim, socialtj, krim m.m.) känner du till vilka som ingår i dessa?
12. Hur upplever du att stödet av chefen är när det gäller frågor rörande patientgruppen?
13. Hur är de Nationella riktlinjerna uppmärksammade i er arbetsgrupp, rörande risk- och missbruk?
14. Hur väl känner du till dem?
15. Primärvårdens vårdprogram för hälsa och hälsocentralernas dagliga arbete i alkoholfrågor. Är de mer givande än de Nationella riktlinjerna?
16. Är det något du skulle vilja ha för att underlätta ditt arbete med patientgruppen?