

Jack Winberg, leg psykolog (jack.winberg@vll.se)

Annika Nordström, socionom (annika.nordstrom@psychiat.umu.se);
båda vid hälsoenheten, Västerbottens läns landsting, Umeå

I primärvården finns ett stort intresse för beroendelära

Utnyttja det! Det har man gjort i Västerbotten

I Västerbottens län pågår sedan 1997 en utbildning i beroendelära och samtalsmetodik som riktar sig till länets samtliga 36 vårdcentraler. Syftet med utbildningen är att öka de olika befattningshavarnas observans och beredskap att intervjua vid överkonsumtion av alkohol och droger. Intresset är stort för dessa frågor. En motiverande intervjueteknik, »motivational interviewing«, är en passande samtalsmetodik för primärvården i alla typer av samtal som rör livsstilsförändringar.

Att primärvården har en strategisk roll när det gäller att tidigt identifiera och intervjua vid högkonsumtion av alkohol torde de flesta vara överens om [1-3]. Samtidigt brottas primärvården med ett allt större patienttryck. Det kan i det läget tyckas vara en svår uppgift att entusiasmera dem som arbetar inom primärvården att öka uppmärksamheten på högkonsumenter av alkohol.

Detta är dock inte någon ny patientgrupp. Personer som har fysiska eller psykiska symtom till följd av sin konsumtion, eller som är i riskzonen för att utveckla ett missbruk, finns ju redan som patienter på vårdcentralerna. Många är högkonsumenter av vård [4-6].

Samarbetsprojekt

Under tidigt 1990-tal började företrädare för landstinget i Västerbotten och toxikomanivården i Umeå att fundera över hur man inom vården skulle kunna arbeta sekundärpreventivt på missbruksområdet. Punktvisa utbildningsinsatser från toxikomanivården gjordes ute i primärvården, men det bedömdes som otillräckligt för att ge effekt på längre sikt. I slutet av 1991 startade Alkoholprojektet Ersboda [7]. Detta samarbetsprojekt stöttades ekonomiskt av Försäkringskassan i Västerbotten, och förutom vårdcentralen i bostadsområdet Ersboda i Umeå deltog det lokala socialtjänstkontoret och toxikomanienheten vid Norrlands Universitetssjukhus.

Syftet med projektet var dels att hitta metoder för tidig identifiering av personer med en skadlig konsumtion av alkohol, dels att utveckla samarbetet mellan de olika aktörerna för att kunna ge adekvat hjälp och stöd till dessa högkonsumenter. En socionom placerades på halvtid vid vårdcentra-

SAMMANFATTAT

En utbildning i beroendelära och samtalsmetodik som riktar sig till länets samtliga 36 vårdcentraler har sedan 1997 bedrivits i Västerbottens län.

Syftet med projektet är dels att hitta metoder för tidig identifiering av personer med skadlig konsumtion av alkohol, dels att utveckla samarbetet mellan de olika aktörerna för att kunna ge adekvat hjälp och stöd till dessa högkonsumenter.

Man strävar efter att »avkatastrofiera« frågan om alkohol och göra den till en naturlig del i anamnesupptagningen. Lyckas man med det har man lagt en god grund till ett »alkoholsamtal«, som på sikt kan påverka patienten att förändra sitt beteende.

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

len som koordinator. Under de år som projektet pågick gjordes många nyttiga erfarenheter, inte minst i att identifiera problemområden och att överbrygga ett motstånd mot att arbeta med dessa frågor. Detta lade grunden för senare utbildningsupplägg [8].

Ett brett utbildningspaket

De faktorer som i den Alkoholpolitiska kommissionens delbetänkande »Att förebygga alkoholproblem« [9] nämns som hinder för upptäckt och tidig intervention inom primärvården är att kunskaperna i beroendelära är bristfälliga, att inställningen till att arbeta med missbruksfrågor är negativ, att det råder brist på resurspersoner inom och utom vårdcentralen samt att anpassad samtalsmetodik saknas. Att bidra till att påverka tre av dessa delar, nämligen kunskapsluckorna, attity-

derna och samtalsmetodiken, blev målet för det breda utbildningspaket som kom att utformas.

Till dags dato har 31 av länets 36 vårdcentraler, två barnmorskegrupper och en ungdomsmottagning deltagit i utbildningen. Hälsoenheten vid Västerbottens läns landsting står för kursledarnas löne- och resekostnader samt för lokalhyror under den inledande heldagen.

Erfarenheten att en enstaka utbildningsinsats sällan leder till bestående effekter på attityder eller beteenden ledde fram till en modell innehållande »boosterdoser«. Personalen vid vårdcentralerna får sammanlagt 13 timmars utbildning uppdelad på en inledande heldag samt fyra tillfällen i mindre grupper med en månads mellanrum. Utbildningen sträcker sig således över sammanlagt fyra till fem månader.

Den inledande faktsäckade heldagen har oftast ägt rum i lokaler utanför vårdcentralen, som då är stängd för att all personal skall kunna delta. Att vara utanför arbetsplatsen är dels trevligt för deltagarna, dels minimeras olika störande moment som telefonsamtal och »ska bara«-aktiviteter. Heldagen består av föreläsningar i beroendelära utifrån olika infallsvinklar som t ex epidemiologi, somatiska och psykiska skadeverkningar, alkohohljärnskadorna, könsskillnader, behandlingsmodeller, synsätt på missbruk samt avslutningsvis en introduktion till samtalsmetodiken, »motivational interviewing« [10, 11].

Denna samtalsmetodik är inte bara utmärkt vid samtal om alkohol utan även applicerbar på livsstilsförändringar utanför missbruksdomänen.

Gruppdiskussioner

Heldagen har fungerat som »plattform« för de fyra efterföljande gruppstillfällena à 1,5 timmar. Varje gruppstillfälle har ett eget tema. Vid den första träffen utvecklas samtalsmetodiken ytterligare med såväl praktiska som teoretiska moment. Under träff två avhandlas olika typer av diagnostiska hjälpmedel, t ex kemiska markörer och frågeformulär, med betoning på formuläret Audit [12, 13]. Även frågor runt journaldokumentation berörs. Gruppstillfälle tre belyser olika aspekter av barnens och anhörigas situation i miljöer där alkohol förekommer i övermått, liksom det fetala alkoholsyndromet. Anmälningsskyldigheten enligt Socialtjänstlagen (1980:620) och Sekretesslagens (1980:100) restriktioner har vid detta tillfälle ofta gett upphov till livliga diskussioner. Den sista gruppträffen tar upp olika narkotikaklassade läkemedel, värktabletter samt illegala narkotiska preparat.

Förutom att öka kunskaperna genom gruppstillfällenas olika temata finns vid varje tillfälle utrymme för diskussioner och uppföljning av den samtalsmetodik som introducerats under heldagen och som på detta sätt löper som en röd tråd genom utbildningen.

»Avkatastrofiera« frågan om alkohol

Beredskapen inom primärvården att ta upp och analysera en patients förhållande till alkohol eller andra droger är många gånger dålig [14]. Bland personalen finns ej sällan ett motstånd mot att lyfta fram detta problem, eftersom man tror att det kan försvåra eller i värsta fall förstöra relationen till patienten. Det gäller alltså att »avkatastrofiera« frågan om alkohol och göra den till en naturlig del i anamnesupptagningen. Lyckas man med det har man lagt en god grund till ett »alkoholsamtal«.

Då »motivational interviewing« innefattar Prochaskas och DiClementes processtänkande [15] betonas under utbildningen deras sätt att beskriva beteendeförändring. Denna innebär att individen fråns att inte alls ha övervägt någon förändring börjar göra det. Därefter fattar han/hon ett beslut, handlar i enlighet med det, vidmakthåller sin förändrade livsstil och antingen uppnår en definitiv beteendeförändring eller återfaller

till sitt tidigare beteende. Här bör betonas att i denna modell är återfall inte en katastrof, snarare en naturlig del i den process som leder fram till en förändrad livsstil.

Inom sjukvården, med det stundom mycket klart uttalade kravet på snabb effekt av en intervention, ligger det nära till hands att i all välmening alltför snabbt ge goda råd till patienten. Behandlaren agerar alltså ej sällan som om patienten befinner sig i en handlingsfas. Trots att man som vårdgivare många gånger tycker sig veta vad som är den optimala beteendeförändringen är patientens följsamhet till de goda råden inte alltid den bästa. Om patienten inte ens överväger någon förändring har goda råd ingen verkan. Stor vikt läggs därför vid den ambivalens som finns inför tanken att förändra ett beteende [16]. Är inte en patient beredd till förändring skall han/hon ändå mötas med respekt och ges korrekt information, för att sedan själv kunna ta ställning till sin livsstil. I denna mening är metodiken icke-konfronterande. Den fokuserar dock det aktuella problemområdet.

Positiv respons

Information om att utbildningen ges har spridits via bl a distriktsskötersketräffar, andra primärvårdsmöten och hörsägen. Vårdcentralerna har därefter anmält intresse för att delta. Att få genomföra utbildningen på en sådan positiv och frivillig grund har givetvis stora fördelar jämfört med att komma ut till verksamheterna efter ett påbud från centralt håll. I städerna har det varit enklare att helt stänga en vårdcentral, då akuta ärenden har kunnat hänvisas till en närliggande enhet. Men även i inlandet, där närmaste vårdcentral kan ligga åtskilliga mil bort, har man med fantasi, god vilja och lång framförhållning kunnat lösa detta.

Förutom vid den inledande heldagen, då även en distriktsläkare undervisar, genomförs utbildningen av en psykolog och en socionom som båda har mångårig yrkeserfarenhet inom missbruksvården och lång undervisningsvana. Det är vidare av stort värde att den socionom som undervisar också arbetade med dessa frågor på vårdcentralen inom Alkoholprojektet Ersboda. Den kulturkompetens som det givit har gjort att argument och problem som varit direkt kopplade till vårdcentralens särskilda villkor har kunnat diskuteras ur ett »inifrånperspektiv«. Sammantaget torde dessa faktorer ha bidragit till den positiva respons som erhållits.

Läkarnas roll på en vårdcentral är självklart central, och deras deltagande i utbildningen är mycket viktigt, vilket har märkts inte minst i diskussionerna. Saknas läkare blir det lätt så att eventuella problem fokuseras på dem, på vad de gör och inte gör, och det egna ansvaret kan styras åt sidan. Såväl personal med behandlande patientkontakt som de utan har haft möjlighet att delta i utbildningen. Även om alla kanske inte får direkt användning av kunskaperna i sitt arbete är det uppenbart att intresset för dessa frågor är stort och att problemområdet är allmängiltigt. Många i personalen har egna erfarenheter i sin närhet av alkoholens eller drogernas negativa effekter, vilket visat sig inte minst genom de exempel som tagits upp i diskussioner och i de förtroenden som delgetts kursledarna.

Utvärdering

Den skriftliga utvärdering som genomfördes vid de 18 första vårdcentralerna gav genomgående mycket positiva omdömen beträffande upplägg, relevans och innehåll. Bl a fick deltagarna på en niogradig skala skatta hur de upplevde meningsfullheten i utbildningen med avseende på deras verksamhet. Det sammanfattande resultatet låg på 8,0.

I vad mån denna utbildning också i praktiken har lett till ett annat arbetssätt, ökat antalet sekundärpreventiva insatser eller förhindrat möjlig missbruksutveckling har emellertid

inte belagts genom någon utvärderingsstudie. Något som tyder på att det i flera fall ändå förhåller sig så är dels de många telefonsamtal av konsultativ art som utbildarna fått, dels de många patientexempel som deltagarna berättat om vid träffarna. Det har oftast rört sig om patientärenden där det vid en fördjupad alkoholanamnes visat sig finnas en högkonsumtion av alkohol. Vidare har flera läkarsekreterare rapporterat att journalerna efter utbildningen i större utsträckning än tidigare innehållit uppgifter om patienternas alkoholvanor.

Genuin vilja finns

En åsikt som vi hört från många håll – att primärvården är negativ till att arbeta alkoholpreventivt och att tidspressen gör att den inte kan engagera sig i detta problem – är enligt vår mening inte helt riktig. Hos majoriteten av befattningshavare finns en genuin vilja att ta itu med de problem som en alltför stor konsumtion av sinnesförändrande substanser medför och att minimera följderna därav. Dock gäller det att hitta ett koncept som primärvårdens personal upplever som meningsfullt och att bibringa dem »verktyg« som gör interventionerna så effektiva som möjligt.

Vi menar inte att vi hittat den optimala formen för utbildning i primärvården, men vår erfarenhet är att ovanstående modell varit ändamålsenlig. Att dessutom politikerna inom landstinget varit positiva till utbildningsinsatsen och att stödet på tjänstemannanivå varit starkt har varit mycket viktigt för det långsiktiga genomförandet av arbetet.

Genom att utnyttja den kompetens som finns inom primärvården och det intresse som de allra flesta där har kan problem till följd av missbruk snabbt identifieras och en enkel intervention göras. I förlängningen är vi övertygade om att det är ekonomiskt och humanitärt väl satsade resurser att arbeta sekundärpreventivt med detta problem, som i framtiden sannolikt kommer att öka.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Persson J. Tidig upptäckt och tidig intervention – distriktsläkarens roll. *Nord Med* 1992;107:177-8.
- Romelsjö A. Goda erfarenheter av att förebygga riskbruk av alkohol i primärvården. *AllmänMedicin* 1996;17:262-4.
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88:315-36.
- Nordström A, Winberg J, Persson S. Resultat av primärvårdsstudie om alkohol: 17 procent av männen, 8 procent av kvinnorna troliga högkonsumenter. *Läkartidningen* 1998;95:4739-43.
- Andréasson S. Hur stor är den alkoholorsakade sjukvården? *Läkartidningen* 1991;88:1946-50.
- Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, Grant M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-I. *Addiction* 1993;88:349-62.
- Persson S, Nordström A, Winberg J, Mattsson, B. Alkoholpreventivt arbete i primärvården – några erfarenheter från Umeå. *AllmänMedicin* 1997;18:219-22.
- Nordström A, Winberg J, Persson S. Hur ser distriktssköterskorna på sina möjligheter att arbeta förebyggande i alkoholfrågor? *AllmänMedicin* 1997;18:271-3.
- Att förebygga alkoholproblem. Delbetänkande av Alkoholpolitiska kommissionen. *SOU* 1994:26.
- Miller RW, Rollnick S. Motivational interviewing; preparing people to change addictive behavior. New York, London: The Guilford Press; 1991.
- Forsberg L. Motiverande samtal vid behandling av alkoholproblem. Forskning & Fakta; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) & Svenska föreningen för alkohol- och drog-forskning (SAD) 2001:18.
- Bergman H. The alcohol use disorders identification test AUDIT – manual. Stockholm: Magnus Huss klinik, Karolinska sjukhuset; 1996.
- Bergman H, Källmén H, Rydberg U, Sandahl C. Tio frågor om alkohol identifierar beroendeproblem. *Läkartidningen* 1998;95:473-5.
- Arborelius E, Damström-Thakker K. Alkohol känsligt ämne för patientsamtal. Integritetshänsyn och tidsbrist hindrar distriktsläkaren. *Läkartidningen* 1995;92:3345-8.
- Prochaska J, DiClemente CC. Towards a comprehensive model of change. In: Miller WR, Hearther N, editors. Treating addictive behaviors: Processes of change. New York: Plenum Press, 1986.
- Arborelius E. Hur förmå patienter att ändra livsstil? Framgångsrika strategier finns. *Läkartidningen* 1994;91:990-5.