

## Sammanställning av intervjuer med 10 företagshälsor om implementering av 15-metoden



# Sammanställning av intervjuer med 10 företagshälsor om implementering av 15-metoden

## Bakgrund och urval

Regeringen har beviljat projektmedel till Stiftelsen Arbetslivsforum för att Sveriges Företagshälsor i samverkan med Karolinska Institutet och Riddargatan1/Centrum för psykiatrforskning under 2012-2015 ska stödja företagshälsovårdens (FHV) arbete med tidiga insatser i arbetslivet mot alkoholberoende.

TIA-projektet (Tidiga Insatser mot Alkoholberoende i arbetslivet) erbjuder kompetensutveckling av företagshälsovårdens personal i 15-metoden och Riskbruksmodellen samt tar fram branschpassat material för kliniskt genomförande och presentationsmaterial för informationsspridning till kunder och beställare. I uppdraget ingår även att sprida information om tidiga insatser till arbetslivet och att stödja företagshälsovårdens implementeringsprocess. Under hand som projektet har fortskridit har aktiva företagshälsors praktiska erfarenheter samlats in som stöd för projektets vidareutveckling av metoder, material och processtöd. TIA-projektet har därför samverkat med ett 10-tal företagshälsor som bl.a. fungerat som referensgrupp och ”experimentverkstäder”, s.k. pilotenheter. Pilotenheterna representerade olika typer av verksamheter; små och stora, inbyggda och externa, från norr till söder samt från storstad och landsbygd.

Pilotenheterna har via projektet fått stöd med informationsspridningen till kunder och beställare, handledning i kliniska frågor samt stöd i den egna implementeringsprocessen. På varje pilotenhet utsågs en kontaktperson som av sin chef fått i uppgift att driva den lokala implementeringsprocessen samt att vara företagshälsans länk till projektet. En gång i halvåret, sammanlagt tre gånger, genomförde projektet en strukturerad intervju med dessa kontaktpersoner. Tolv enheter anmälde sitt intresse från start, en tillkom senare och tio av dem deltog vid alla tre intervjuerna.

När enheten anmält sitt intresse för att ingå som en av projektets pilotenheter så hade de alltså redan värderat metoden som relevant, effektiv och användbar och blivit intresserade av att pröva den i praktiken. Av den anledningen har inte metodkriterierna tagits upp vid intervjutillfällena utan fokus har istället hållits till själva implementeringsprocessen.

Alla pilotenheter hade kommit igång med 15-metoden under den tid som intervjuerna gjordes och nio av tio hade använt metoden i sin helhet under det senaste året vid den sista intervjun. Utgångspunkten för enheterna att börja arbeta med metoden var olika från början. En del jobbade redan aktivt med alkoholfrågan i stort och kunde bara haka på 15-metoden som en ytterligare behandlingsinsats, medan andra fick starta mer från grunden. Tidigt visade det sig att kompetensen vad gäller implementering behövde stärkas generellt vilket ledde till att projektet, tillsammans med pilotenheterna, tog fram en kortfattad guide med en tillhörande checklista som stöd (se bilaga 2-3).

## Syfte och frågeställningar

Syftet med intervjuerna var att få veta mer om hur det gick för enheterna att komma igång med 15-metoden i praktiken. Vad gick lätt och vad ställde till problem? Vi ville också få en

uppfattning om hur pilotenheternas implementeringsprocess såg ut och om de var i behov av särskilda stödinsatser på det området.

Frågeställningarna var:

- Vilka av implementeringsfaktorerna har man jobbat/inte jobbat med?
- Kommer enheterna igång med att använda metoden?
- Vilka möjligheter och hinder uppstår i samband med implementeringen av 15-metoden?

## Metod

För att på ett strukturerat och systematiskt sätt kunna följa pilotenheternas implementeringsprocess gjordes semistrukturerade telefonintervjuer med respektive pilotenhets kontaktperson vid tre tillfällen med ca sex månaders mellanrum. I telefonintervjuerna togs bl.a. de faktorer som spelar roll vid en implementeringsprocess upp, såsom organisatoriskt stöd, utbildning, handledning, informationsspridning m.m. Dessa faktorer hämtades ur skrifterna *Från nyhet till vardagsnytta* av Karin Guldbbrandsson och *Om implementering* från Socialstyrelsen men modifierades så att de kunde förstås i företagshälsovårdens kontext.

För att säkerställa att alla frågor ställdes på ett likartat sätt togs ett skriftligt intervjuunderlag fram. Frågeunderlaget stämades av med en implementeringsforskare, Lydia Kwak, med .dr. och forskningssamordnare vid Institutet för miljömedicin, enheten för Interventions- och implementeringsforskning vid Karolinska Institutet.

## 15-metoden

15-metoden är utvecklad av Riddargatan 1, mottagningen för alkohol och hälsa. Den består av tre steg, screening och kort rådgivning, fördjupad bedömning och terapeutledd behandling (psykosocial/farmakologisk) som genomförs enligt en manual eller självhjälp (ev. i kombination med farmakologisk behandling). En individ som önskar och har behov av alla tre stegen får totalt samtalsbehandling med 5-6 strukturerade samtal under en tidperiod av ca 6 mån. Mellan samtalen arbetar individen självständigt med hemuppgifter, lämnar vid behov prover och eventuellt provas läkemedelsbehandling. Så kallade trepartsmöten mellan arbetstagare, arbetsgivare och företagshälsovård adderas också, oftast sker de initialt och efter 6-månadersuppföljningen.

Det finns gott vetenskapligt stöd för alla de instrument och metoder som ingår i 15-metoden. Instrument, manual och informationsmaterial finns fritt att ladda ner på Riddargatan 1:s och Sveriges Företagshälsors hemsidor.

Tanken med 15-metoden är att den ska kunna genomföras av hälso- och sjukvårdspersonal utan specialistkompetens i beroendevård. Utbildningen i 15-metoden som TIA-projektet erbjudit FHV-personal har varit två dagar lång och innehållit både teoretiska och praktiska moment. Om man inte haft utbildning i motiverande samtal, s.k. MI-utbildning, sedan tidigare har man rekommenderats att komplettera med sådan kunskap. Kursdeltagarna har även rekommenderats att sända in inspelade rådgivningssamtal till MIC-Lab på Karolinska Institutet för att kvalitetssäkra färdigheten i MI.

## **Implementeringsprocessen**

I socialstyrelsens skrift *Om implementering* framgår att: ”Med kunskap om implementering genomförs en betydligt större andel förändringsarbeten jämfört med om kunskapen saknas. Med kunskap om implementering genomförs i genomsnitt 80 procent av det planerade förändringsarbetet efter tre år. Utan sådan kunskap genomförs 14 procent av förändringsarbetet efter i genomsnitt 17 år. Implementering avser de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används så som det var avsett och med varaktighet”. Denna kunskap om implementeringens betydelse för att det praktiska arbetet ska komma igång är motivet till att TIA-projektet strävat efter att öka kompetensen inom FHV och att systematiskt kartlägga vilket särskilt stöd som kan behövas för införandet av just 15-metoden.

Det finns flera kända faktorer som, om de tillgodoses, kan underlätta och skynda på en förändringsprocess. Dessa togs upp och diskuterades vid intervjuerna. Nedan redovisas i korthet de faktorer som ingått.

### **Behov**

Att ha välgrundade och kommunicerade skäl till valet av metod som ska implementeras och att ha klart för sig vilka behov den är tänkt att fylla ökar möjligheterna för att implementeringen ska lyckas.

### **Beslut och stöd från styrning och ledning**

När en ny metod ska implementeras är det viktigt att den får tillräckligt med organisatoriskt och ekonomiskt stöd. Här har acceptans, stöd och beslut från styrning och ledning stor betydelse. Det kan t.ex. handla om att den person/de personer (mottagare) som ansvarar för implementeringen på enheten får tid och resurser att planera och organisera metodens praktiska införande och att utrymme ges för till exempel utbildning och handledning. Möjlighet till handledning för dem som ska arbeta med metoden (användarna) i det dagliga arbetet är viktigt, särskilt i början. Resurserna (materiella och personella) som avsätts för implementeringsprocessen behöver vara långsiktiga för att den ska kunna fullföljas.

### **Plan**

En konkret plan för implementeringen där det framgår vem som ska göra vad och när det ska ske underlättar att processen sker systematiskt och att inget glöms bort. Med en plan blir det också tydligt vilka insatser och resurser som behövs för att införa den nya metoden.

### **Mottagare**

Vid en implementering benämns i litteraturen tre olika roller; sändare, förändringsagent och mottagare. I det här fallet kan Riddargatan<sup>1</sup>, som tillhandahåller och utvecklar 15-metoden, sägas vara sändare, TIA-projektet, som har uppgiften att sprida metoden till FHV, är förändringsagent och FHV, som ska genomföra arbetet, är mottagare/användare. Även i det lilla perspektivet, d.v.s. på enheten, behövs en särskilt ansvarig person, ”en mottagare”, som har mandat och resurser att arbeta med implementeringen.

### **Involvera användarna tidigt och informera övriga**

När det kommer till användarna (de som kliniskt ska jobba med 15-metoden) så är chansen till en lyckad implementering större om dessa involveras tidigt i processen. Fördelar och nackdelar med metoden kan då diskuteras och hanteras på ett konstruktivt sätt redan från

början. Det har också betydelse att övriga på företagshälsan känner till att metoden ska implementeras och vad den handlar om.

### **Utbildning och handledning**

Att användarna får utbildning, träning med återkoppling och tillgång till fortlöpande kvalitativ coachning är bra, och ju fler och mer av dessa insatser som erbjuds desto bättre.

### **Information till arbetsgivare**

För att den nya metoden ska börja användas behöver inflytelserika personer känna till att den finns. I arbetslivet innebär det att företagshälsan behöver ge information om 15-metoden till kunder och beställare. Företagshälsan behöver planera hur, av vem och i vilka sammanhang 15-metoden ska presenteras samt även utveckla ett lämpligt presentationsmaterial.

### **Kliniskt material och presentationsmaterial lättillgängligt**

Att administrativt organisera det material som behövs för kliniskt genomförandet och informationsspridning av metoden underlättar implementeringen. Det behöver vara känt var man kan hämta materialet och att det är uppdaterat och lättåtkomligt.

### **Pilotförsök, utvärdering och vidmakthållande**

Att pröva den nya metoden i liten skala och sedan utvärdera hur det gick i syfte att modifiera den till de lokala förhållandena har betydelse för att göra den lätt- och rättnvänd i sitt sammanhang. Man behöver planera utvärderingen innan man sätter igång för att kunna samla in den information som behövs för att utvärdera hur metoden fungerar. Här kan t.ex. ett enkelt protokoll behöva tas fram eller att lämpliga data görs sökbara i journalsystemet. När utvärderingen och eventuell modifiering är genomförd så införs metoden som en del i det ordinarie arbetet. Liksom övrig verksamhet bör den sedan omfattas av regelbunden kvalitetssäkring, t.ex. genom att kontrollera att man har tillräckligt med personer som har utbildning, att materialet är aktuellt, att metoden är uppdaterad osv.

## **Resultat**

### **De tre intervjuerna**

Förutom att ta reda på om enheterna hade reflekterat över och arbetat med de olika faktorerna som beskrivs ovan så ville vi även veta lite mer om hur de tänkt, vad de tyckte var bra eller mindre bra med metoden samt vad som skulle kunna underlätta implementeringsprocessen för dem.

Vid det första intervjutillfället blev det uppenbart att kunskapen om implementering var bristfällig. För att ge en enkel översikt av vad implementering handlar om tog projektet fram en kortfattad guide och en checklista som enheterna kunde använda som stöd för implementeringsprocessen. En kort föreläsning om implementering infördes också som en del i 15-metodutbildningarna.

Under varje intervjutillfälle frågade vi om man beaktat respektive implementeringsfaktor eller inte. Svarsalternativen var ja, nej eller delvis. Kontaktpersonerna kunde också lämna kompletterande förklaringar och kommentarer till sina svar.

Under det ca 18 månaderna som intervjuerna genomfördes skedde genomgående en ökning av arbetet med implementeringsprocessen. På ett par enheter slutade personer som genomgått utbildning i 15-metoden eller den som hade på sin lott att jobba med implementeringen vilket orsakade tillfälliga avbrott när det gällde om mottagare/användare blivit involverade.

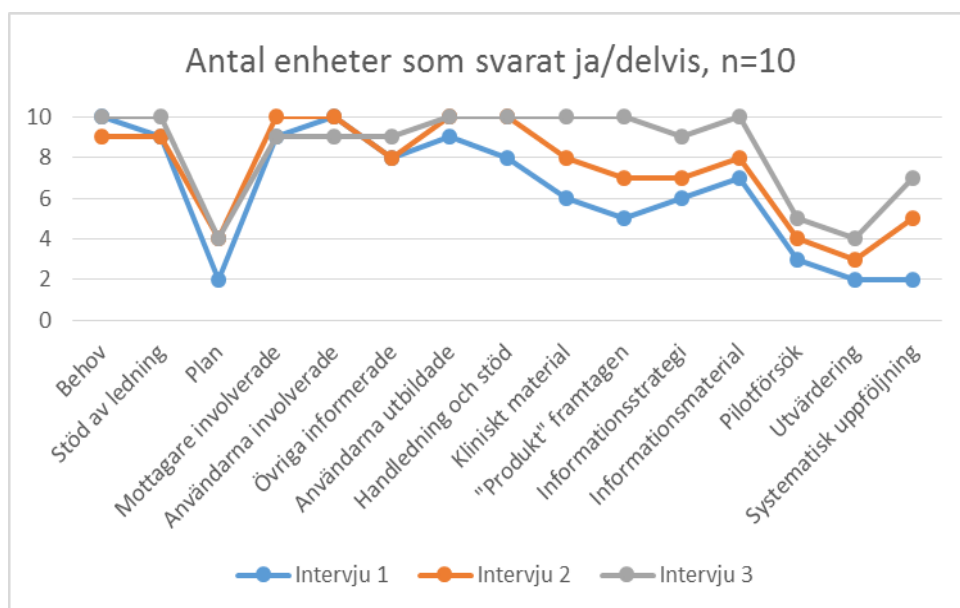


Fig. 1. Diagrammet visar kontaktpersonernas "ja" eller "delvis"-svar vid de tre intervjuerna på frågan om de arbetat med respektive implementeringsfaktor på enheten.

När det gäller aktivitetsgraden så frågade vi om de använt 15-metoden eller delar av den. Det visade sig dock vara komplicerat att få fram data om aktivitetsgraden av 15-metoden. Enheterna hade inte något systematiskt sätt att kunna ta fram användbar data och kunde därför inte ge detaljerade uppgifter om vad de utfört när det gäller 15-metoden. Följdfrågan blev då om kontaktpersonen själv, eller någon annan på enheten, använt 15-metoden i sin helhet (alla tre stegen) under det senaste året och här skedde en ökning över tid.

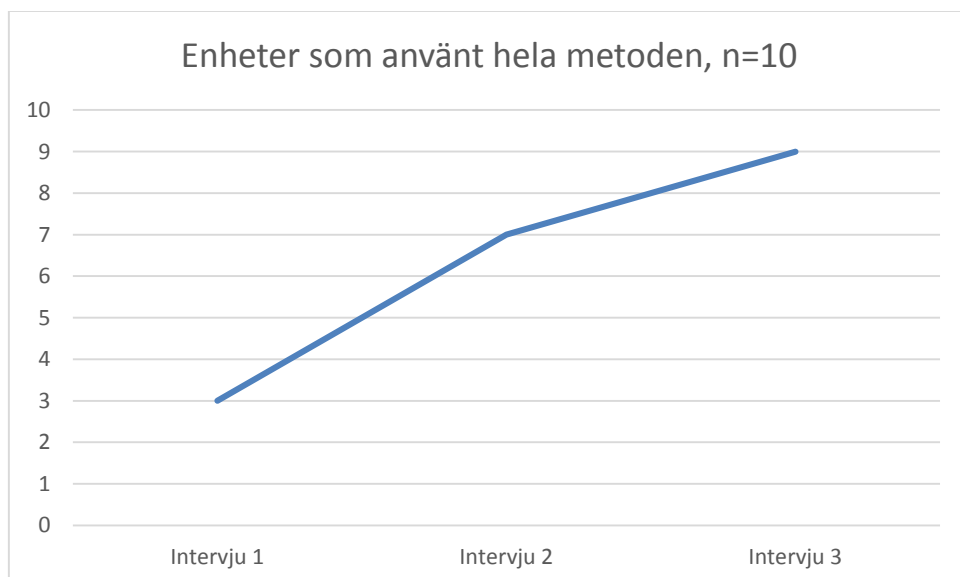


Fig. 2. Diagrammet visar antalet enheter som vid intervju 1-3 svarat "ja" på om de behandlat personer med alkoholproblem med 15-metoden i dess helhet (alla tre stegen) under det senaste året.

## **Kontaktpersonernas erfarenheter, kommentarer och förklaringar**

För att få reda på mer om hur enheterna arbetat med implementeringsprocessen så uppmanades kontaktpersonerna kommentera och förklara vad som låg bakom deras svar.

### Begrundat behov/motiv

Motiven till att implementera 15-metoden var mångfacetterade. I första hand nämndes att man vill kunna motsvara kundernas/beställarnas behov av stöd när det gäller alkoholproblem. Man konstaterade att problemet är vanligt och att efterfrågan på stöd och insatser är stort.

Det fanns också en önskan om att kunna erbjuda beställaren uppdaterade och differentierade preventiva insatser för olika skeden av alkoholproblemet (primär-, sekundär och tertiärpreventivt) samt att kunna erbjuda behandling som är anpassad efter individers olika behov. I jämförelse med annan behandling betraktades 15-metoden som en kostnadseffektiv insats vilket starkt ökade intresset. 15-metoden är inte särskilt kostsam, i jämförelse med viss öppenvård och institutionsbehandling, eftersom den anställda kan vara kvar i arbete medan behandlingen genomförs. Det krävs heller inte några större investeringar av företagshälsan för att kunna tillhandahålla den, alla instrument är fria att använda och utbildningen är förhållandevis kort (två dagar).

Flera nämnde att man strävar efter att kunna göra så mycket som möjligt inom ramen för företagshälsans egen verksamhet för att hjälpa beställaren att identifiera och åtgärda alkoholproblem i tid. Här sades 15-metoden fylla ett tomrum, både som en naturlig fortsättning när den s.k. Riskbruksmodellen (SBI- Screening and Brief Intervention) inte räcker till och som ett alternativ till att remittera individen vidare till specialistvård eller institutionsbehandling.

Flera framhöll fördelarna med att ha samsyn angående alkoholproblem på FHV-enheten och att ha ett gemensamt arbetssätt genom att det säkerställer en likvärdig leverans till beställaren och ger en jämlik vård till de anställda. Att de instrument och verktyg som 15-metoden består av är evidensbaserade lyftes också fram som en klar fördel.

Företagshälsan har behov av 15-metoden för att den:

- svarar mot kundernas efterfrågan, alkoholproblem finns på arbetsplatserna och arbetsgivaren vill ha hjälp
- täpper till en lucka i behandlingsutbudet, efter Riskbruksmodellen och före institutionsbehandling
- går att anpassa; människor har olika behov och beställarna har olika plånböcker
- är kostnadseffektiv och metodiken är evidensbaserad (eg. ”billig och säker”) vilket ökar kundernas/beställarnas intresse
- är strukturerad, vilket möjliggör ett gemensamt arbetssätt som anses ge jämlik vård till de anställda och säkerställer en likvärdig leverans till kunden/beställaren.

### Beslut och stöd från styrning och ledning

Stödet från styrning och ledning uppfattades vara olika. Några upplevde ett stabilt stöd från den närmsta ledningen (både verksamhetsansvarig och medicinskt ansvarig) och kunde också påverka och autonomt driva implementeringen framåt. Andra kände visserligen till att ett beslut om att införa metoden hade fattats högre upp i organisationen men de kände inte att det fanns stöd eller nödvändiga resurser att tillgå lokalt.

För några var tidpunkten att starta en implementeringsprocess illa vald p.g.a. pågående omorganisation, tillfälligt hög arbetsbelastning, plötsliga eller graverande förändringar i personalgruppen eller att enheten hade fokus på andra frågor just då osv. Det visade sig också



finnas andra skäl till att implementeringen kunde fördröjas något, t.ex. att det redan fanns någon på enheten som sedan tidigare ansetts vara ”expert” på alkoholfrågan och som inte var intresserad av att ändra arbetssätt.

Sammanfattningsvis framkom att:

- Ett tydligt beslut på lokal ledningsnivå är viktigt.
- Stödet från ledningen behöver finnas verksamhetsnära.
- Stöd behöver ges från både verksamhetsansvariga och medicinskt ansvariga personer.
- Stödet behöver vara kontinuerligt och långsiktigt.
- Informella ledare är viktiga att ”ha med på tåget”.

### Implementeringsplan

Vi frågade också om man hade gjort en plan för implementeringen i detalj. Ingen enhet hade gjort det vid den första intervjun. En anledning var att man inte hade klart för sig vad som bör ingå i en implementeringsplan och hur man skulle utforma den. Viss planering gjordes förstås utan en direkt implementeringsplan men mer godtyckligt och utan en tydlig struktur. Ett annat skäl till att en plan saknades var att kontaktpersonen själv inte hade mandat att fatta nödvändiga beslut för att genomföra konkreta åtgärder i linje med en planering och uppgiften uppfattades därför inte ligga på kontaktpersonens bord. Några uttryckte att de jobbade självständigt på sin enhet, både med implementeringen och ärendehantering. Dessa saknade någon att rådgöra med och hade inte tänkt på att en plan kunde vara till nytta.

Sammanfattningsvis framkom att:

- Kunskapen om vad en implementeringsplan bör innehålla behöver öka.
- Någon på enheten behöver få uppdraget och mandatet att både utforma en plan och att genomföra det som beskrivs i den.
- Implementeringskunskapen behöver öka generellt.

### Utsedd mottagare

Här frågade vi om man hade utsett en ansvarig person som fått något slags mandat eller ansvar att arbeta med implementeringsprocessen. Nästan alla kontaktpersoner var själva den personen men på tre enheter var detta otydligt. Där det fungerade bäst har det funnits ett par personer eller en grupp som jobbat tillsammans och de har fått ett tydligt stöd och visat intresse från den verksamhetsnära ledningen.

Några av kontaktpersonerna var själva den starkast drivande kraften på enheten och upptäckte i intervjusituationen att de jobbade ganska ensamt vilket gjorde att implementeringen blev svajig och skör trots ett väldigt starkt engagemang. Här gjorde flera en del viktiga förändringar genom att förankra metoden bättre, såväl i ledningen, hos medicinskt ansvarig som hos arbetskamraterna. Att synliggöra sårbarheten med att vara den enda på enheten som jobbar med metoden ledde på flera håll till att fler fick gå utbildning och att man blev ett mer sammansvetsat team kring frågan.

Personal- och verksamhetsförändringar gjorde att det på flera håll uppstod glapp i processen, antingen att den stannade av under en tid eller att den rann ut i sanden och fick starta om. Ett par av enheterna inom de större FHV-företagen arbetade till en början självständigt med implementeringen för att lite senare omfattas av en organisationsövergripande process.

Sammanfattningsvis framkom att:

- Att vara minst två som tillsammans driver implementeringsprocessen är en styrka.
- Att mottagaren har mandat och får stöd från verksamhetsledningen är viktigt.



- Kontinuitet har betydelse, att både mottagaren och de som har inflytande på mottagarens arbetsvardag är samma personer under hela implementeringsprocessen är viktigt.

#### Involvera användarna tidigt

När det gäller hur användarna involverades i implementeringsprocessen så såg det olika ut. På flera håll var mottagaren och användaren samma person/personer. Några på de större enheterna hade tidigt gått strategiskt till väga och lagt sig vinn om att diskutera och utveckla metoden tillsammans med kollegorna medan andra gjorde mindre förändringar under hand. Återigen uppmärksammades att några arbetade ensamt och att de skulle behövt någon att samarbeta och diskutera implementeringen med. På enheterna där det fattats ett tydligt beslut och det fanns ett gott stöd från ledningen var det enklare för kontaktpersonen att få avsätta tid för utvecklingsarbetet, både egen tid och tillsammans med kollegorna.

Kontaktpersonerna använde olika kollegiala forum för att utveckla arbetet på den egna enheten. Planeringsdagar, arbetsplatsträffar och medicinska möten var vanligt, liksom att man arrangerade särskilda temamöten eller temadagar.

#### Informera övriga på enheten

Även när det gällde att ge information till övrig personal på enheten så såg det olika ut. Vid den första intervjun var det för de flesta för tidigt för att man skulle ha något av vikt att informera övriga om. Med en ökad medvetenhet om att detta kunde ha betydelse så ökade dock informationsspridningen underhand. Några avvaktade utveckling av tjänstebeskrivningar, flödesscheman, produktblad m.m. på central nivå och presenterade dessa så snart de tagits fram. Några nyttjade möjligheten att via projektet anlita en sakkunnig föreläsare för att ge en inspirationskick till hela enheten.

#### Utbildning och handledning

Alla enheter lät utbilda personal i 15-metoden, men i olika omfattning. Vissa utbildade hela personalgruppen medan andra endast någon eller några stycken. Fler och fler har dock utbildats över tid. Personalomsättning visade sig vara något att beakta, där det var få, eller kanske bara en, som gått utbildning blev det sårbart om denne slutade, blev sjuk eller bytte arbetsuppgifter.

Handledning och stöd i ärendehantering (det kliniska genomförandet) ordnade några lokalt men de flesta upplevde att de inte hade tillräcklig tillgång till det på hemmaplan. Alla har, under projektiden, haft möjlighet att nyttja projektets resurser för handledning, vilket man också hänvisade till i intervjuerna. På ett par håll började man se om sitt hus och organiserade detta tydligare genom att upprätta forum för erfarenhetsbyte och professionsövergripande diskussioner. Några av enheterna ansåg sig ha alltför få alkoholärenden för att ha resurser att tillgodose handledningsbehovet internt.

Att det finns en engagerad läkare på enheten uppfattades vara särskilt viktigt, i synnerhet om den drivande kraften (mottagaren) inte var läkare själv.

Sammanfattningsvis framkom att:

- Alkoholrehabiliteringsarbetet blir mer stabilt om det är fler på samma enhet som kan använda metoden.
- Stöd från läkare, gärna MAL (medicinskt ansvarig läkare), är till god hjälp.
- Tillgång till handledning och stöd i den kliniska vardagen ökar modet att komma igång.
- Tillgång till handledning och stöd är till viss del en resursfråga.

- Att få tillräckligt med ärenden, särskilt i början, är betydelsefullt för att få rutin och erfarenhet.

#### Material för kliniskt bruk

Material för kliniskt genomförande (bedömningsinstrument och manual) fanns tillgängligt på olika sätt. Till en början höll var och en koll på materialet på egen hand. Under hand tillhandahöll enheterna material mer organiserat via länkar till hemsidor (Sveriges Företagshälsor och Riddargatan1) eller via det egna intranätet.

#### Information till arbetsgivare

Kunskapsförmedlingen om 15-metoden till kunder och beställare skedde oftast på samma sätt som annan informationsspridning, t.ex. via nyhetsbrev, frukostmöten, temadagar eller i samband med chefsutbildningar o.s.v. Flertalet använde materialet som projektet tagit fram, powerpointbilder med talarmanus, broschyr och goda exempel (se bilagor). Några arrangerade föreläsningar där projektets expertföreläsare anlätades för att lägga extra tyngd i budskapet. De större företagshälsorna producerade så småningom företagsspecifikt material till de tjänster som utvecklades kring 15-metoden.

Ett par angav att de arbetar mer kundorienterat och att de informerade om 15-metoden i en kunddialog där arbetsplatsens aktuella och långsiktiga behov diskuteras eller i samband med aktuella rehabiliteringsärenden.

#### Pilotförsök, utvärdering och vidmakthållande

När det gäller att utvärdera hur 15-metoden fungerar lokalt så hade endast ett par enheter gjort det vid den tredje intervjun. Flertalet hade helt enkelt inte tänkt på att göra någon strukturerad utvärdering och det rādde också en ovisshet om hur och vad man skulle utvärdera. En annan stötesten var att man inte redan från börjat funderat över hur man skulle samla in information från ärendehantering, t.ex. via sökord i journalsystemen, protokoll eller på annat sätt, för att ha ett material att utgå ifrån vid utvärderingen. Några uppgav att de korrigerade sitt arbete efter eget huvud men att de inte visste hur (eller vad) kollegorna gjort.

Det var en tydlig skillnad mellan intervju 1 och 3. Att fler hunnit ha ärenden vid de den tredje intervjun var självfallet den främsta orsaken, men även en ökad medvetenhet om att utvärdering och lokal anpassning är en viktig del av implementeringen angavs spela roll. Flera började planera för att så småningom göra en utvärdering.

Ett par av enheterna hade kommit igång med ärendehantering tidigt och kände att de redan hade omprövat metoden och gjort nödvändiga förändringar. Att i denna fas påbörja en utvärdering kändes helt enkelt passé.

Vi frågade om enheterna hade något system för att strukturerat och regelbundet följa upp och kvalitetssäkra verksamheten och om 15-metoden i så fall ingick där. Här var flertalet okunniga om hur det låg till eftersom det inte låg inom kontaktpersonens ansvarsområde men man ansåg att det var både viktigt och nödvändigt. Vid den tredje intervjun kände några få till att 15-metoden ingick i verksamhetens system för kvalitetssäkring (och var själva delaktiga i det arbetet) och inom de stora företagshälsorna angavs detta ske centralt.

Sammanfattningsvis framkom att:

- Man hade inte tänkt på att utvärdering kunde vara ett gott stöd i den lokala anpassningen av metoden.
- Att redan från början ha planerat för att utvärdera metoden visade sig spela roll för att ha tillgång till lämpliga data när utvärderingen väl skulle ske.

## Diskussion

### Kunskapen om implementering kan stärkas

Vi den första intervjun blev det tydligt att erfarenheten av att gå systematiskt och strukturerat tillväga enligt kunskap från nyare implementeringsforskning var begränsad. Att hantera processen systematiskt innebär att alla faktorer som har betydelse för implementeringen uppmärksammas och beaktas vilket understödjer att insatserna (personaltimmar, utbildning, inköp m.m.) får önskad effekt och ger snabbare avkastning. En hel del av det som sker i en strukturerad och genomtänkt implementeringsprocess skedde ändå men i en annan ordning och viktiga steg kunde hoppas över helt och hållet. När projektet erfor detta togs en kortfattad implementeringsguide med tillhörande checklista fram som sedan presenterades i 15-metod-utbildningarna. Här skulle dock ytterligare implementeringsstöd kunna utvecklas, t.ex. genom att ta fram instrument för utvärdering, uppföljning och kvalitetssäkring i samråd med enheter i FHV-branschen. Eftersom stödet från ledningen upplevdes som knapphändigt på några håll så väcktes funderingar om att kunskapen om implementering kanske behöver stärkas på fler nivåer inom företagshälsorna.

### Uppskattning av aktivitetsgraden var komplicerat

Att bedöma omfattningen av den kliniska aktiviteten visade sig vara svårt eftersom man inte hade något systematiskt eller strukturerat sätt att enhetsövergripande sammanställa nödvändiga data (utöver på individnivå i de enskilda fallen). Andra omständigheter än beaktande av implementeringsfaktorerna påverkade också aktivitetsgraden, t.ex. tidsaspekten, storleken på enheten, hur kundunderlaget såg ut (t.ex. om de hade stora eller små arbetsplatser anslutna, typer av verksamheter etc.) samt i vilken omfattning de anställda hade tillgång till företagshälsans tjänster (hur avtalen såg ut) m.m. Dessa omständigheter påverkade också tillströmningen av antalet möjliga ärenden för företagshälsan att hantera med 15-metoden.

### Hinder att komma igång

Något som påtalades hämma användningen av 15-metoden var om det logistiska flödet för ärendehantering var oklart. Av de kompletterande kommentarerna framkom att det kan vara svårt, och ibland även konfliktfyllt, att försöka ändra på gamla rutiner. I några fall handlade det om att personer med stor kunskap och lång erfarenhet av beroendeproblematik (som sedan tidigare ansetts som enhetens "alkoholexpert" men som inte utbildats i 15-metoden) fortsatte att hantera uppdrag (alkoholproblem) som tidigare vilket resulterade i att de som utbildats i 15-metoden inte gavs möjlighet att erbjuda 15-metoden som ett möjligt behandlingsalternativ. Även övriga på enheten fortsatte att hänvisa individer med möjliga alkoholproblem till "alkoholexperten", man ville inte stöta sig med eller minska expertens auktoritet på området. Med begränsad erfarenhet av det nya arbetssättet blev det helt enkelt enklare att fortsätta som tidigare.

### FHV som sakkunnig expert till den anställdes arbetsgivare, en balansgång

En helt annan fråga som kom fram under samtalen var att man funderar på vilken information som bör/kan lämnas till den anställdes arbetsgivare om hur alkoholbehandlingen fortskrider och när sådan information bör/inte bör delges. Det fanns även funderingar på hur en beställning av 15-metoden bör se ut och vilka krav som det är rimligt att ställa på de olika parterna (den anställda, arbetsgivaren och behandlaren inom FHV) i ett alkoholrehabiliteringsärende. Det framkom också att det finns en osäkerhet kring var gränserna går för FHV:s expertroll, t.ex. angående vilka arbetsrättsliga konsekvenser ett alkoholrehabiliteringsärende kan leda till och om/hur FHV kan vägleda arbetsgivaren i dessa frågor.

## **Brister och utvecklingspotential**

Antalet respondenter var inte särskilt stort och de selekterades utifrån ett redan befintligt intresse vilket självfallet påverkat resultatet. Hade projektet pågått under en längre tid hade det varit önskvärt med ett slumpmässigt urval och fler respondenter. Tiden mellan första och tredje intervjun var alldeles för kort (en snabb implementering beräknas ta ca 3 år) för att kunna dra några säkra slutsatser av implementeringsprocessen i sin helhet. Resultatet från dessa intervjuer får därför ses som ett utforskande och vägledande stöd för utvecklingen av projektets support till FHV vilket också var syftet.

Några saker som genom intervjuerna har antytts spela roll för implementeringen skulle kunna adderas till frågebatteriet om ytterligare uppföljningar skulle göras:

- När startade implementeringen? (hur lång tid har man hållit på?)
- Är logistiken för patienthanteringen klargjord?
- Är det klargjort när och hur kommunikationen med den anställdes arbetsgivare ska ske, och vad den ska (och inte ska) innehålla?
- Vilket ytterligare stöd skulle kunna underlätta implementeringen ännu mer?

Även stödet för implementeringsprocessen skulle kunna utvecklas vidare genom att ta fram stöd för utvärdering och kvalitetssäkring.

## **Nya frågor**

Frageställningen om relationen mellan tillgodosedda implementeringsfaktorer och enhetens aktivitetsgrad skulle det vara intressant att undersöka närmare. Spelar vissa faktorer större roll än andra? För att få veta mer om det behövs ett utvecklat sätt att mäta aktivitetsgraden på, undersökningsgruppen behöver vara större och en tydligare studiedesign skulle behöva tas fram för detta specifika syfte. Sannolikt behöver också någon typ av instrument utvecklas där enheterna kan föra in aktuella data angående sina alkoholärenden. Ett sådant instrument skulle kunna vara till hjälp både för att mäta aktivitetsgraden och för att utvärdera själva metoden och användningen av den som ett led i implementeringsprocessen.

## **Tack!**

Projektet vill rikta ett varmt tack till de enheter och kontaktpersoner som har bidragit med att öppenhjärtigt berätta om sin implementeringsprocess så att stödet till företagshälsorna har kunnat vidareutvecklas. Detta har bl.a. medfört implementeringsguiden med checklista tagit fram och att frågan om implementering tas upp i 15-metodutbildningen.

## **Referenser:**

Guldbrandsson, K (2007). *Från nyhet till vardagsnytta*. Om implementeringens mödosamma konst. (Rapport 2001:20). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.  
Socialstyrelsen (2013). *Om implementering*. Västerås.  
[www.riddargatan1.se/fhv](http://www.riddargatan1.se/fhv), material för att arbeta med 15-metoden.  
[www.foretagshalsor.se/utbildning-kompetens/kunskapsbank/metoder/tidiga-insatser-i-arbetslivet-mot-alkoholberoende/material](http://www.foretagshalsor.se/utbildning-kompetens/kunskapsbank/metoder/tidiga-insatser-i-arbetslivet-mot-alkoholberoende/material), material för att arbeta med 15-metoden.

## **Bilagor:**

Bilaga 1: Frågeunderlaget  
Bilaga 2: Guide för implementering av 15-metoden  
Bilaga 3: Checklista  
Bilaga 4: Broschyr om 15-metoden  
Bilaga 5: Åhörarkopior av bildspel

## Uppföljning pilotenheter

Enhet:

Datum:

Pratat med (namn + roll):

Fått pilotbeskrivning:

### Bakgrundsdata om enheten

Antal anställda totalt:

Hur många av olika yrkeskategorier (antal och %):

- Företagsläkare:
- Företagssköterskor:
- Beteendevetare:
- Ergonomer:
- AM-ingenjörer:
- Hälsoutvecklare (el. motsvarande):
- Säljare:
- Övriga:

Driftsform:

☐ Inbyggd   ☐ Extern   ☐ Annan form (beskriv):

Övrig information om enheten:

### Bakgrundsdata om kundunderlaget

Antal anställda som omfattas av FHV:

Vilka/antal företag/organisationer:

Övrig information om kundunderlaget:

### Implementeringsstatus

”Behovet” är formulerat: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Beslut om att 15-metoden ska implementeras är fattat på ledningsnivå (lokalt):

Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

”Mottagare” är utsedd (person som driver implementeringen internt och har mandat från styrning och ledning): Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

## Bilaga 1

Stöd av styrning och ledning finns (förankring + resurser tryggade): Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Plan för implementering av 15-metoden finns: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Användarna är involverade i tidigt skede: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Övriga berörda är informerade (om 15-metoden och införandet): Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Användarna är utbildade: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Material för genomförande är framtaget och finns tillgängligt: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Flödesschema är framtaget: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Användarna har tillgång till handledning och uppdatering: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

”Produkt” är framtagen: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Strategier för informationsspridning till kunder/beställare finns: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Material för informationsspridning är framtaget och finns tillgängligt: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Pilotförsök är genomfört: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

Utvärdering av pilotförsök är gjort och ev. justeringar i ”produkten” är gjorda: Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

15-metoden finns i enhetens system för systematisk uppföljning (säkrad fortsatt kompetensutveckling och produktutveckling): Ja ☐ Delvis ☐ Nej ☐

### Klinisk användning av 15-metoden

Har ni använt hela metoden (avslutat ärenden): Ja ☐ Nej ☐

Om ja:

Hur många under det senaste året (uppskatta närmaste tiotal):

Hur många av dessa har använt läkemedel:

Hur många av dessa har använt samtalsbehandling:

Hur många av dessa har använt både läkemedel och samtalsbehandling:

## Bilaga 1

Har ni avslutat ärenden inom ramen för 15-metoden innan de genomgått behandling (pat. som inte behövt el. önskat behandling):

Ja ☐ Nej ☐

Hur många:

Har ni använt delar av metoden (utöver de som angetts ovan): Ja ☐ Nej ☐

Om ja:

Har ni använt screening (AUDIT) med kort rådgivning: Ja ☐ Nej ☐

Hur många under det senaste året (uppskatta närmaste tiotal):

Har ni använt fördjupad bedömning (Hälsokoll alkohol, självtest): Ja ☐ Nej ☐

Hur många under det senaste året (uppskatta närmaste tiotal):

Har ni använt den psykosociala behandlingen: Ja ☐ Nej ☐

Hur många under det senaste året (uppskatta närmaste tiotal):

Har ni använt läkemedelsbehandling (Naltrexon/Selincro, Campral/Aotal, Antabus): Ja ☐ Nej ☐

Hur många under det senaste året (uppskatta närmaste tiotal):

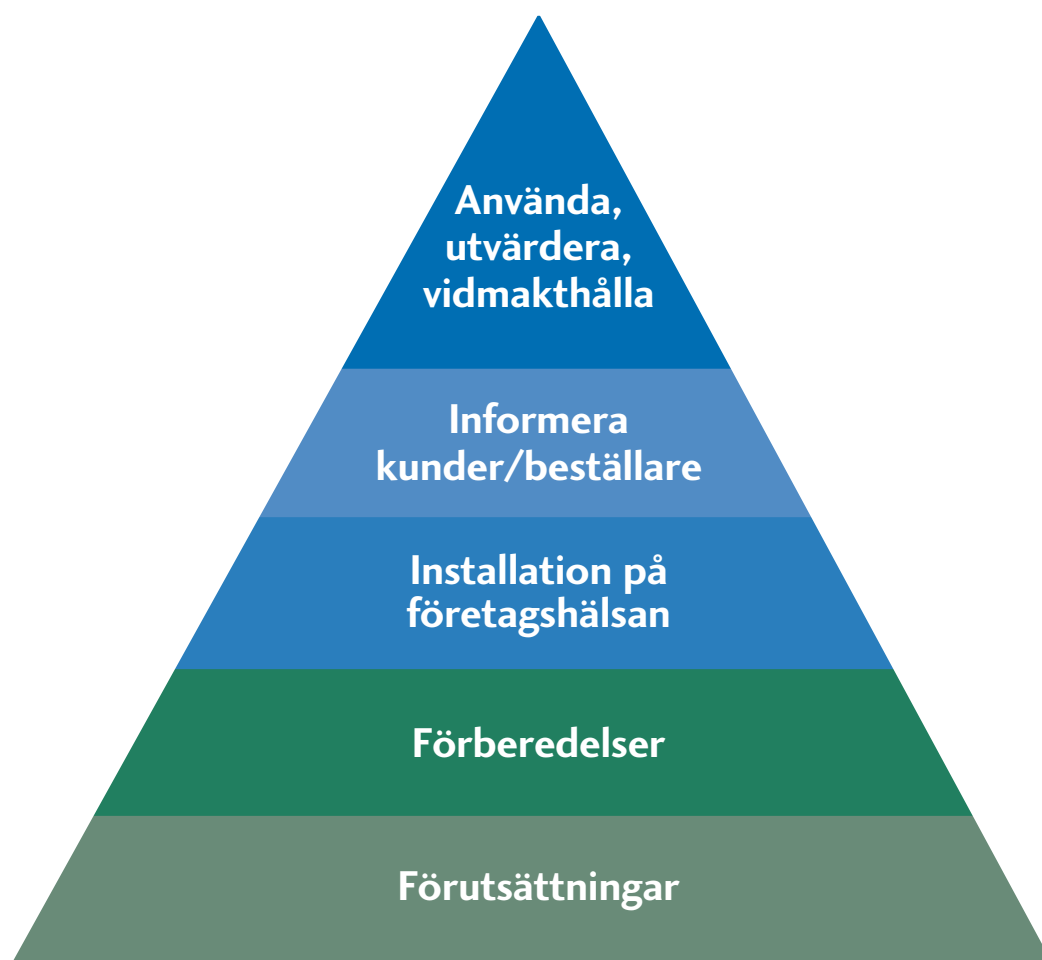
Övrigt om implementeringen:

Sammanfattning av enhetens behov just nu:



# GUIDE

## FÖR IMPLEMENTERING AV 15-METODEN



*"Implementering avser de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används så som det var avsett och med varaktighet."*

OM IMPLEMENTERING, SOCIALSTYRELSEN 2012

## Bilaga 2

Implementering kan definieras på olika sätt och en vanlig beskrivning enligt bl.a. Dean Fixsen och medarbetare är att implementering är en samsättning av specifika aktiviteter som har till syfte att få en ny metod eller ett nytt program med kända aspekter att bedrivas i ordinarie verksamhet.

För att en implementering ska bli så lyckad som möjligt behövs både god kunskap om det nya arbetssättet (här 15-metoden) och om hur själva införandet ska gå till (implementeringsprocessen).

### Metodens implementeringsbarhet

En metod som uppfyller nedanstående kriterier har goda förutsättningar att implementeras med ett gott resultat.

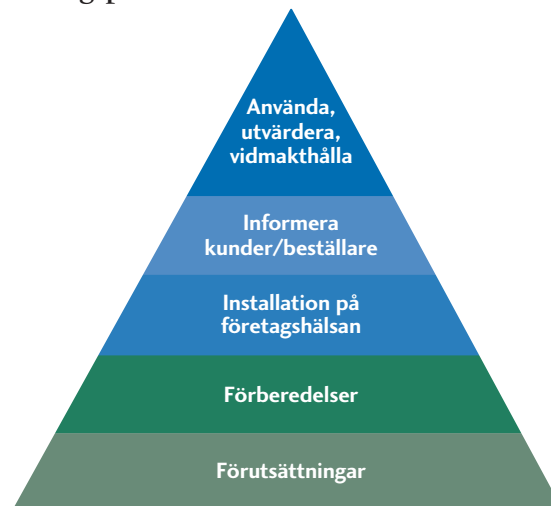
Utgångspunkten i den här guiden är införandet och den praktiska tillämpningen av just 15-metoden. Reflektera gärna över om du bedömer att 15-metoden uppfyller kriterierna!

#### METODKRITERIER

- Är metoden relevant?
- Är metoden bättre än rådande metoder?
- Är metoden effektiv (evidensbaserad)?
- Är metoden kostnadseffektiv?
- Är metoden förenlig med rådande värderingar?
- Är metoden lätt att använda?
- Är metoden möjlig att testa i liten skala?
- Är metoden möjlig att anpassa till de lokala förhållandena utan att de centrala komponenterna förändras?

### Struktur på processen

Att ha en struktur för implementeringsprocessen underlättar att komma ihåg det som behöver göras. Det mesta är ganska självklart och enkelt. Mycket skulle troligtvis bli gjort även utan check-listor och guider men man kan effektivisera och kvalitetssäkra processen genom att strukturera den. I pyramiden (se figur) framgår i vilka huvudområden (byggstenar) man kan dela in implementeringsprocessen.



### Pyramidens byggstenar:

- Skapa förutsättningar.
- Göra förberedelser.
- Installera metoden.
- Informera kunder/beställare.
- Använda metoden.
- Utvärdera hur det går och göra justeringar.
- Vidmakthålla och kvalitetssäkra användandet.

### Att skapa förutsättningar

Att skapa förutsättningar handlar om att

- klargöra behovet av 15-metoden och formulera det i klartext
- fatta beslut på ledningsnivå om att metoden ska införas.

När det finns ett tydligt uttryckt behov av den nya metoden så ökar möjligheterna att implementeringen ska lyckas. Att gemensamt fundera över och skapa konsensus kring varför 15-metoden ska implementeras kan vara till god hjälp.

Det är viktigt att införandeprocessen har stöd av organisationen och får ett ekonomiskt stöd. Här har ett tydligt beslut på ledningsnivå och ett fortsatt intresse från ledningen avgörande betydelse. Det kan t.ex. handla om att de som ansvarar för implementeringen får tid och resurser att planera och organisera metodens införande i praktiken, eller att utrymme ges för utbildning och handledning och att ledningen följer upp hur det går. Resurserna (ekonomiska, materiella och personella) som avsatts behöver både vara tillräckligt omfattande och sträcka sig över tillräckligt lång tid för att implementeringsprocessen ska kunna fullföljas.

### Förberedelser

Inom ramen för förberedelser ligger att

- utse en implementeringsansvarig person/grupp
- göra en plan
- tidigt involvera dem som ska använda 15-metoden
- informera övriga på företagshälsan.

På företagshälsan behöver det finnas en ansvarig person eller grupp som har mandat och resurser att arbeta med införandet av metoden. Att utarbeta en konkret plan där det framgår vem som ska göra vad och när underlättar att processen sker systematiskt. Med en plan blir det också tydligt vilka insatser och resurser som faktiskt behövs för att de ska vara "tillräckligt omfattande" (se ovan).

När de som kliniskt ska jobba med 15-metoden involveras tidigt i processen kan fördelar och nackdelar med metoden diskuteras och hanteras på ett konstruktivt sätt redan från början. De som eventuellt är skeptiska till det nya kan få information innan ett eventuellt motstånd hinner växa sig starkt. Det är extra viktigt att de som har särskild kompetens i frågan är med på "förändringståget" redan från början. Det har också betydelse att övriga på företagshälsan känner till 15-metoden och att den ska implementeras.

### Installera 15-metoden på företagshälsan

Att installera 15-metoden kliniskt handlar om att

- de som ska använda 15-metoden får utbildning
- de som ska använda 15-metoden har tillgång till handledning och stöd
- materialet som behövs för det kliniska genomförandet är tillgängligt och lätt att hitta
- det finns en struktur för hur 15-metoden ska genomföras, dokumenteras och avrapporteras.

Att de som ska använda 15-metoden får utbildning, träning och tillgång till fortlöpande hand-

ledning är viktigt och ju fler och mer av dessa insatser som erbjuds desto bättre är det.

### Informera kunder och beställare

För att 15-metoden ska komma till användning så behöver kunder och beställare informeras så att de känner till att den finns. Om det inte redan finns en generell strategi eller kommunikationsplan för hur företagshälsan ska nå ut till sina kunder och beställare med information så kan spridningen av 15-metoden behöva sin egen planering. Här är några tips:

- Ta fram ett koncept eller en produkt (eller beskriv kundvärdet).
- Ta fram lämpligt presentationsmaterial (ex. broschyr, produktblad, bildspel ...).
- Gör en plan för hur och när informationen ska nå ut och vem som ska göra det.

### Pilotförsök, utvärdering och vidmakthållande

Att pröva det nya arbetssättet i liten skala och sedan utvärdera hur det går i syfte att modifiera metoden till de lokala förhållandena har betydelse för att göra den lätt- och rättanvänd i sitt sammanhang. Kom ihåg att tillgången på handledning och stöd för dem som ska arbeta med 15-metoden är särskilt viktigt i början! När eventuella modifieringar gjorts (med en ny utvärdering) så införs 15-metoden som en del i den ordinarie verksamheten. Liksom övrig verksamhet bör den sedan omfattas av regelbunden översyn, t.ex. genom att kontrollera att det finns tillräckligt med personer som har utbildning, att materialet är aktuellt, att metoden är uppdaterad osv.

När mer än hälften av dem som är tänkta att använda den nya metoden verkligen gör det kan man säga att den är implementerad. Sedan tar det ofta ytterligare ett till två år innan det nya arbetssättet har blivit rutin.

*"Vi behöver evidensbaserade metoder för implementering av evidensbaserade metoder."*

KARIN GULDBRANDSSON, RISKBRUKSKONFERENS 2010

## Bilaga 2

### Till sist

Tipsen och råden som tas upp här är fritt tolkade ur Karin Guldbrandssons forskningssammanställning "Från nyhet till vardagsnytta" och Socialstyrelsens broschyr "Om implementering". Viktiga och branscspecifika erfarenheter har även hämtats från uppföljningar av ett tiotal företagshälsors införande av 15-metoden.

TIA-projektet (Tidiga insatser i arbetslivet mot alkoholberoende) som tagit fram den här guiden har även gjort en checklista som man kan utgå

ifrån när man arbetar med implementeringen av 15-metoden i praktiken. Det finns även specifikt informationsmaterial (broshyr och bildspel) om 15-metoden för informationsspridning till arbetslivet. Besök <http://www.foretagshalsor.se/utbildning-kompetens/kunskapsbank/metoder/tidiga-insatser-i-arbetslivet-mot-alkoholberoende> för mer information.

### Läs mer

Båda skrifterna som nämns ovan finns att ladda ner på Folkhälsomyndighetens respektive Socialstyrelsens hemsida.

Från nyhet till vardagsnytta, Karin Guldbrandsson, Statens folkhälsoinstitut, 2007: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer-och-informationsmaterial/Fran-nyhet-till-vardagsnytta/>

Om implementering, Socialstyrelsen, 2012:  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-12>

*"Med kunskap om implementering genomförs i genomsnitt 80 procent av det planerade förändringsarbetet efter tre år. Utan sådan kunskap genomförs 14 procent av förändringsarbetet efter i genomsnitt 17 år."*

OM IMPLEMENTERING, SOCIALSTYRELSEN 2012

# CHECKLISTA

## – IMPLEMENTERINGSPLAN, 15-METODEN

ENHET: \_\_\_\_\_

DATUM: \_\_\_\_\_

### Har vi tänkt på detta?

1. Vi har klart för oss varför 15-metoden ska implementeras hos oss

☐ Ja ☐ Delvis ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

2. Beslut om att 15-metoden ska implementeras hos oss är fattat på ledningsnivå

☐ Ja ☐ Delvis ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

3. Implementeringsansvarig person/grupp för 15-metoden är utsedd

☐ Ja ☐ Delvis ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

4. Stöd och intresse från ledningen finns

☐ Ja ☐ Delvis ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

5. Implementeringsplan är framtagen

☐ Ja ☐ Delvis ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

6. De som ska utföra 15-metoden har involverats i implementeringsprocessen i tidigt skede

☐ Ja ☐ Delvis ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**7. Övrig personal på enheten har blivit informerade om 15-metoden och dess implementering**

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**8. De som ska utföra 15-metoden har utbildats**

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**9. De som ska utföra 15-metoden har tillgång till handledning och stöd**

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**10. Kliniskt material är tillgängligt**

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**11. Rutiner kring ärendehantering är klargjorda**

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**12. Pilotförsök är genomfört**

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**13. Lokal utvärdering av 15-metoden är utförd**

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**14. Eventuella lokala justeringar av 15-metoden är gjorda**

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**15.** "Produkt"/"tjänst" där 15-metoden ingår är framtagen och beskriven

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**16.** Strategi för informationsspridning om att företagshälsan kan tillhandahålla 15-metoden finns

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**17.** Presentationsmaterial om 15-metoden är framtaget och finns tillgängligt

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**18.** Rutiner kring beställningsförfarande och avrapportering till kunden/beställaren är klargjorda

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**19.** 15-metoden ingår i enhetens system för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

**20.** Övrigt

☐ Ja      ☐ Delvis      ☐ Nej

Beskrivning/Åtgärd \_\_\_\_\_

När ska åtgärd vara utförd \_\_\_\_\_ Vem ansvarar \_\_\_\_\_

## Nästa möte

När \_\_\_\_\_ Var \_\_\_\_\_

Vilka ska delta eller bjudas in \_\_\_\_\_

Vem ansvarar \_\_\_\_\_

Vad ska ha gjorts till dess \_\_\_\_\_

(sammanfatta gärna vad ni kommit fram till på sista sidan)

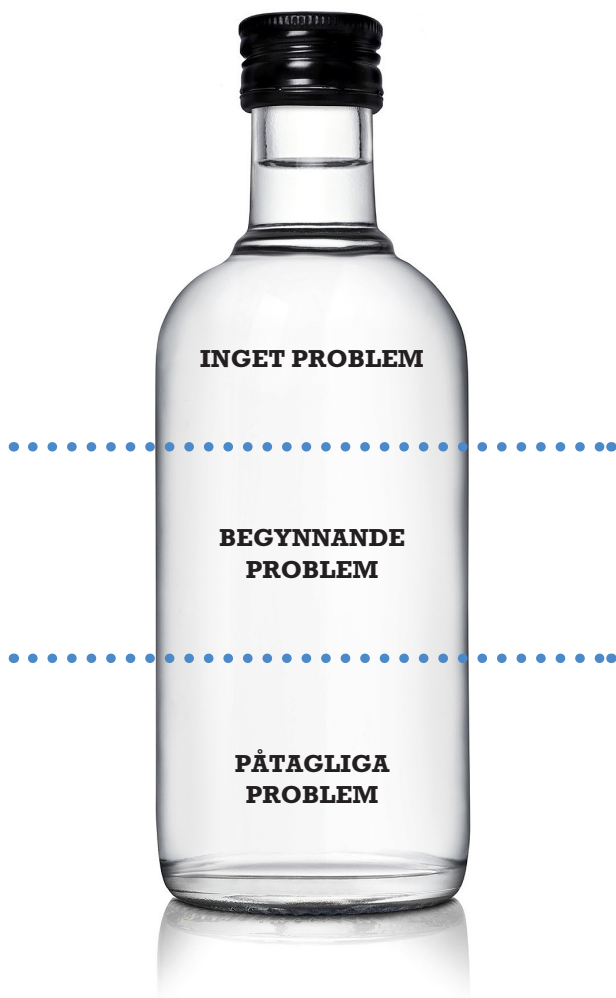
## Anteckningar

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



# 15-METODEN

ETT NYTT SÄTT ATT UPPMÄRKSAMMA OCH  
BEHANDLA ALKOHOLPROBLEM



**En metod för arbetsliv och företagshälsovård**

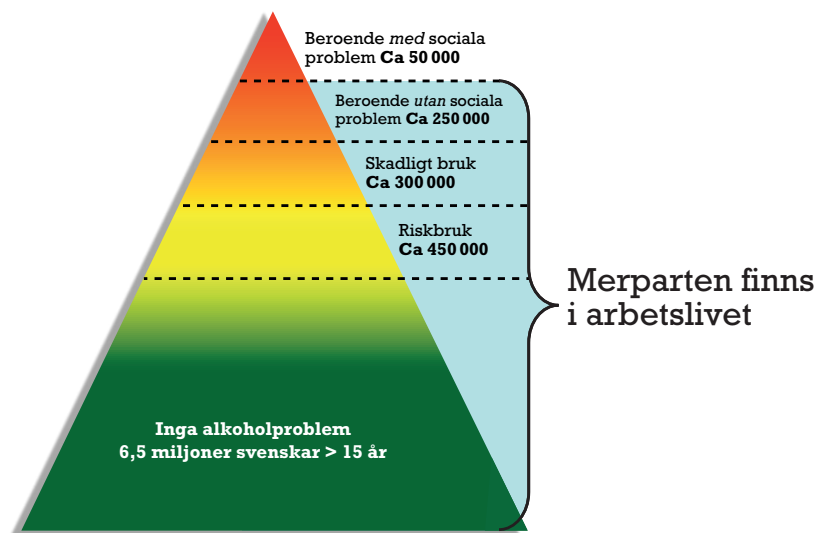


# Att dricka för mycket

## ETT PROBLEM SOM PÅVERKAR PRODUKTIVITETEN

Arbetslivet är en möjlig arena för både preventions- och behandlingsinsatser av alkoholproblem. Studier genomförda på svenska arbetsplatser har visat att upp till 20 procent av de anställda har en riskkonsumtion av alkohol och befolkningsstudier har visat att av dem som har ett måttligt alkoholberoende så är de flesta socialt stabila personer som har ett arbete. Det är i dessa grupper som problemen och kostnaderna sammantaget är som störst eftersom det handlar om så många individer. Flertalet som har alkoholproblem söker inte hjälp inom den befintliga beroendevården då de inte identifierar sig med dem som vanligtvis söker hjälp där. Konsekvenserna blir negativa för såväl den individ som inte får den hjälp han eller hon behöver, som för arbetslivet och samhället i stort. Och behandlingsbehoven bara växer. Under de senaste tio åren har antalet personer med alkoholberoende ökat.

## Alkoholproblem i Sverige



## Motiv för arbetslivet

Motiven för en arbetsgivare att engagera sig i sina anställdas alkoholproblem är flera. Alkoholproblem kan leda till ökad ohälsa och frånvaro samt ökad risk för olyckor och arbetsrelaterade skador på arbetsplatsen. Sammantaget kan detta medföra ökade kostnader för såväl arbetsgivaren som den enskilde. Kostnaderna för förlorad produktivitet relaterade till alkoholproblem inom EU skattades till 59 miljarder euro år 2003 och i Sverige till 28 miljarder kronor år 2008.

---

### Motiv för arbetslivet

- **Ohälsa**
- **Säkerhetsrisker**
- **Frånvaro**
- **Produktivitet**
- **Förhindra beroende**

---

Arbetslivet är en naturlig arena för tidiga behandlingsinsatser vid alkoholproblem eftersom flertalet med problem finns på arbetsplatserna. Arbetsgivaren har även ett långtgående ansvar för arbetsanpassning och rehabilitering vilket även gäller vid alkoholproblem.

## Företagshälsovårdens roll

Företagshälsovården (FHV) har goda förutsättningar att erbjuda anställda behandling för alkoholproblem. Det beror bland annat på att det finns effektiva metoder att erbjuda och att hälso- och sjukvårdspersonal har ett stort förtroende hos allmänheten. Att företagshälsan tar upp hälsorelaterade frågor, t.ex. alkoholvanor, är därför både självklart och behäftat med hög trovärdighet. Företagshälsovården har också särskild kompetens i arbetsmiljöfrågor vilket kan vara till god nytta vid alkoholrehabilitering i arbetslivet.

Kontakta företagshälsan för att få mer information om stöd och hjälp vid prevention och behandling av alkoholproblem.

## Kort och effektiv behandling

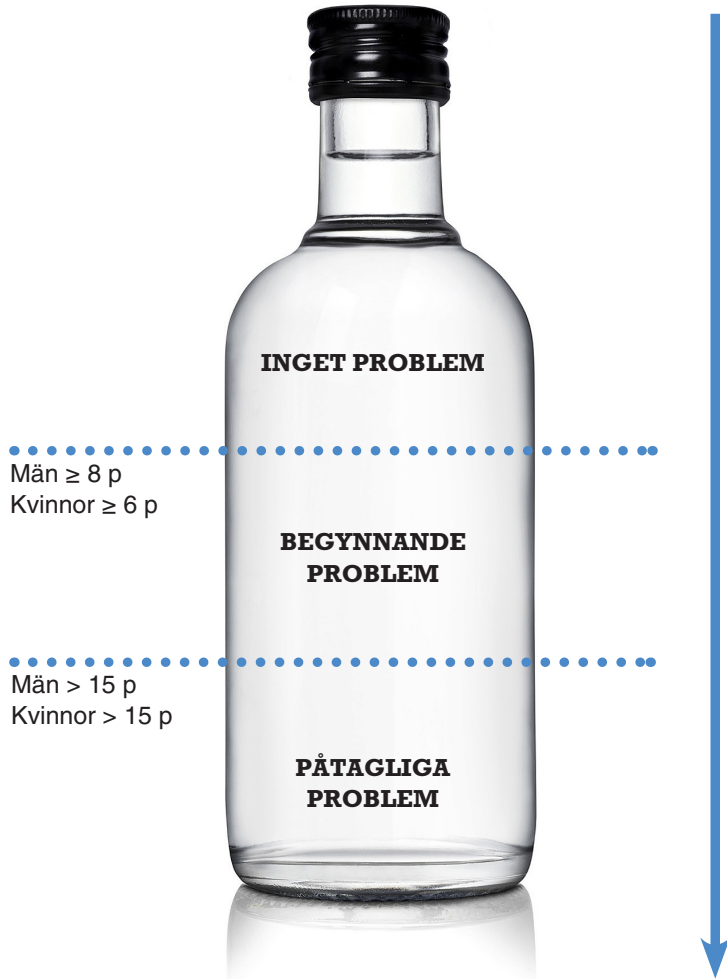
Forskning visar att kortare behandlingsprogram vid lätta till måttliga alkoholproblem har samma effekt som mer omfattande behandling. Kortare behandlingsprogram kan genomföras av vårdpersonal utan specialistkompetens i beroendevård, exempelvis företagshälsovårdspersonal.

SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) har till uppgift att sammanställa kunskapsläget för olika medicinska behandlingsmetoder och har bland annat kommit fram till att:

- Det finns flera effektiva behandlingsmetoder för alkoholproblem
- Korta insatser är lika bra som mer omfattande vid måttligt beroende
- Läkemedelsbehandling är effektiv och underutnyttjad

Utifrån denna kunskap har 15-metoden utvecklats.



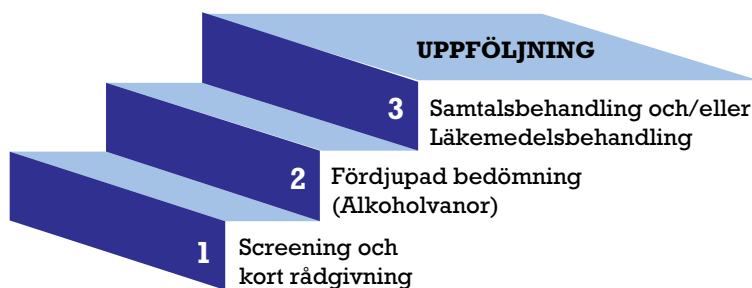


*AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett alkoholvaneformulär som har tagits fram inom WHO och är utprovat i flera länder. I 15-metoden används 6 poäng för kvinnor och 8 poäng för män som gränsvärde för riskkonsumtion och över 15 poäng för både män och kvinnor som gränsvärde för att erbjuda en fördjupad bedömning av alkoholvanorna.*

# 15-METODEN

Syftet med metoden är att så många som möjligt med alkoholproblem ska kunna erbjudas behandling via till exempel företagshälsovården. Målgruppen är personer med måttliga till svåra alkoholproblem, motsvarande mer än 15 poäng i AUDIT-testet (ett alkoholformulär), därav namnet 15-metoden. Senare års forskning visar att motiverande samtalsbehandling är en effektiv behandlingsåtgärd för personer med alkoholproblem vilken med fördel kan kombineras med läkemedelsbehandling.

15-metoden omfattar tre steg. Hur många steg i trappan som varje individ tar beror på hur mycket stöd individen önskar och behöver för att komma till rätta med sina problem. Behovet av hjälp varierar mellan olika individer.



# 1. Screening och kort rådgivning

## SCREENING

Genom att företagshälsan vid lämpliga tillfällen systematiskt tar upp frågan om alkohol med stöd av AUDIT-formuläret skapas en högre medvetenhet om alkoholvanornas eventuella risker. Exempelvis kan AUDIT-formuläret i kombination med blodprover erbjudas i samband med livs tills undersökningar, hälsokontroller och rehabiliteringsutredningar eller när en anställd söker hjälp för ett hälsoproblem där alkohol kan vara en bidragande orsak. Det tar endast ett par minuter att fylla i AUDIT-formuläret och det finns adekvata blodprover som specifikt identifierar högkonsumtion av alkohol.

## KORT RÅDGIVNING

Om AUDIT-formulär eller blodprov identifierar riskkonsumtion erbjuds den anställda ett kort rådgivningssamtal som syftar till att öka självreflektionen och motivationen att minska alkoholvanorna. Om den anställda själv önskar eller om AUDIT-formuläret visar på mer än 15 poäng erbjuds en fördjupad bedömning av alkoholvanorna.



*Rådgivningen syftar till att öka självreflektionen och motivationen att minska alkoholvanorna.*



## 2. Fördjupad bedömning: Alkoholvanor

Den fördjupade bedömningen av alkoholvanorna görs med hjälp av flera frågeformulär och blodprover. Frågeformulären, som fylls i av individen själv, syftar till att ge en bild av konsumtionsmönster, bedöma graden av alkoholproblem och planera fortsatt behandling.

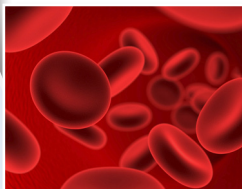
När formulären är ifyllda förs ett samtal där blodprovsvaren och eventuella hälsoproblem som kan ha samband med alkoholvanorna går igenom. Något av följande alternativ, eller både och, föreslås som nästa steg:

- Motiverande samtalsbehandling med ett fåtal samtal (här ingår hemuppgifter med material som personen kan arbeta med på egen hand)
- Läkemedelsbehandling

### 1. Frågeformulär



### 2. Blodprover



### 3. Återkoppling – samtal



### 3. Behandling

#### MOTIVERANDE SAMTALSBEHANDLING

För den stora gruppen med lågt till måttligt alkoholberoende är motivationsprogram ofta tillräckligt för att komma till rätta med alkoholproblemen. För personer med svårare alkoholproblem kan det vara ett första steg i behandlingen. Motivationsprogrammet består av 3–4 strukturerade KBT-inriktade samtal med tillhörande hemuppgifter. Har personen en partner eller annan närstående är denne välkommen att delta. Programmet kan gärna kombineras med den läkemedelsbehandling som beskrivs nedan.

#### SJÄLVHJÄLPSMATERIAL

Med hjälp av enkla självhjälpsmaterial förändrar många sina alkoholvanor på egen hand. Självhjälpsmaterial ingår i motivationsprogrammet och består bland annat av alkoholfakta, tips på strategier för att förändra vanorna och olika övningar.

#### LÄKEMEDELSBEHANDLING

Läkemedelsbehandlingen stödjer nykterhet och hjälper individen att kontrollera sitt drickande. Det finns flera läkemedel att välja bland, t.ex. Campral/Aotal, Naltrexon, Selincro eller Antabus. De nyare läkemedlen minskar alkoholsuget och återfallsrisken. Medicineringen ordinerar av läkare och pågår vanligtvis under sex månader men kan ibland behöva förlängas. Uppföljning sker med regelbundna blodprovstagningar och korta motiverande samtal. Läkemedelsbehandlingen kan gärna kombineras med den motivationsbehandling som beskrivs ovan.

#### UPPFÖLJNING

Cirka tre månader efter avslutad behandling kontaktas personen för en uppföljning. Vid uppföljningen stämmer behandlaren och personen av om behandlingen fungerat tillfredsställande eller om ytterligare insatser behövs.



# 15-METODEN

är framtagen av forskare och experter vid



sveriges  
företags  
hälsor

Sveriges Företagshälsor  
Box 55545, 102 04 Stockholm  
e-post: [info@foretagshalsor.se](mailto:info@foretagshalsor.se)  
Telefon: 08-762 67 46  
[www.foretagshalsor.se](http://www.foretagshalsor.se)

15-metoden

ETT NYTT SÄTT ATT UPPMÄRKSAMMA OCH BEHANDLA ALKOHOLPROBLEM

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

0-10g  
0-10g  
10-15g  
15-20g

© U. Hämmerlin, A. Hämmerlin, Sveriges Företags Hälsoförhållanden, 2015

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

Problemets omfattning

© U. Hämmerlin, A. Hämmerlin, Sveriges Företags Hälsoförhållanden, 2015

Den svenska  
alkoholkonsumtionen (100 % alkohol)

- 2001 8,8 liter
- 2004 10,6 liter
- 2014 9,4 liter

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

9,4 liter

50%

50%

© U. Hämmerlin, A. Hämmerlin, Sveriges Företags Hälsoförhållanden, 2015

Utvecklingen av alkohol-  
konsumtionen i Sverige  
2001–2014

(liter ren alkohol per invånare 15 år och över)

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

| Dryck                        | 2001 | 2004 | 2007 | 2010 | 2012 | 2014 | Förändring<br>2001-2014 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------------------------|
| Sprit                        | 2,4  | 2,9  | 2,5  | 2,2  | 2,0  | 2,1  | -0,3 lit                |
| Vin                          | 3,0  | 3,6  | 3,6  | 3,8  | 3,8  | 3,9  | 0,9 lit                 |
| Starköl                      | 2,5  | 3,3  | 3,1  | 2,8  | 2,7  | 2,9  | 0,4 lit                 |
| Folköl                       | 0,9  | 0,7  | 0,7  | 0,6  | 0,6  | 0,5  | -4 lit                  |
| Total alkohol-<br>konsumtion | 8,8  | 10,6 | 9,9  | 9,4  | 9,1  | 9,4  | 0,6                     |

Ref: CAN Rapport 142, Lästman och Trulsson (2014).

© U. Hämmerlin, A. Hämmerlin, Sveriges Företags Hälsoförhållanden, 2015

Alkoholproblem  
i Sverige

Beroende med sociala problem  
Ca 50 000

Beroende utan sociala problem  
Ca 250 000

Skadligt bruk  
Ca 300 000

Riskbruk  
Ca 450 000

Inga alkoholproblem  
6,5 miljoner svenskar > 15 års ålder

Finns i  
arbetslivet

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

Ref: Andréasson et al., 2011; Berglund et al., 2010; Thakker et al., 2004

© U. Hämmerlin, A. Hämmerlin, Sveriges Företags Hälsoförhållanden, 2015

Riskbruk

Alkoholkonsumtion som ökar risken för skadliga fysiska, psykiska eller sociala konsekvenser

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

Liten risk

Begyynnande problem

Påtagliga problem

© U. Hämmerlin, A. Hämmerlin, Sveriges Företags Hälsoförhållanden, 2015

Riskbruksdefinition

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

Med standardglas menas:



Högonkonsumtion

Kvinnor: > 9 standardglas/vecka  
Män: > 14 standardglas/vecka

Intensivkonsumtion

Kvinnor: > 3 standardglas vid samma tillfälle  
Män: > 4 standardglas vid samma tillfälle

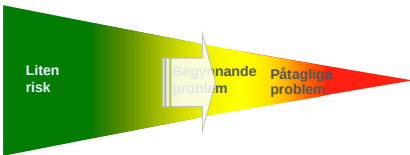
Vid vissa tillstånd är all alkoholkonsumtion riskabel;  
bl.a. vid leversjukdom, depression, graviditet

© U Herlitzson, A Herlitzson, Sveriges Företags Hälso, 2015

Skadligt bruk (diagnostik ICD-10)

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

- Bruk av alkohol på ett sätt som skadar hälsan
- Skadan kan vara fysisk, psykisk eller social/juridisk



© U Herlitzson, A Herlitzson, Sveriges Företags Hälso, 2015

Beroende (diagnostik ICD-10)

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

3 av följande kriterier uppfylla (senaste 12 mån)

- ✓ Stark längtan eller känsla av tvång att ta substansen
- ✓ Svårigheter att kontrollera intaget
- ✓ Fysiska abstinenssymtom
- ✓ Ökad tolerans
- ✓ Prioritering av substansanvändning högre än andra aktiviteter och förpliktelser
- ✓ Fortsatt användning trots skadliga effekter

© U Herlitzson, A Herlitzson, Sveriges Företags Hälso, 2015

Motiv för arbetslivet

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

© U Herlitzson, A Herlitzson, Sveriges Företags Hälso, 2015

Hälsorisk

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

Alkohol – "den stora sjukdomsimitatören"

- ✓ Hjärnskador och nervskador
- ✓ Magkatarr
- ✓ Högt blodtryck
- ✓ Hormonpåverkan
- ✓ Muskelskador
- ✓ Vitaminbrist
- ✓ Hjärtpåverkan
- ✓ Påverkan på skelettet
- ✓ Leverskador
- ✓ Gikt
- ✓ Akut/Kronisk bukspottkörtel-inflammation
- ✓ Hudsjukdomar
- ✓ Ökad cancerrisk
- ✓ Psykiska sjukdomar
- ✓ Blodbrist
- ✓ Fosterskador
- ✓ ...

>60 medicinska tillstånd

Rehm et al (2003)

© U Herlitzson, A Herlitzson, Sveriges Företags Hälso, 2015

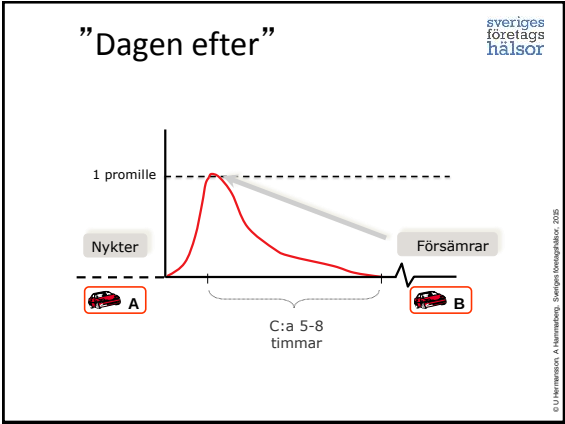
Olyckor och skador

sv  
eriges  
företags  
häl  
sör

– alkohelpåverkan



© U Herlitzson, A Herlitzson, Sveriges Företags Hälso, 2015



### Alkohol och produktivitet

**Frågeställning:** Kan alkohol försämra produktivitet?

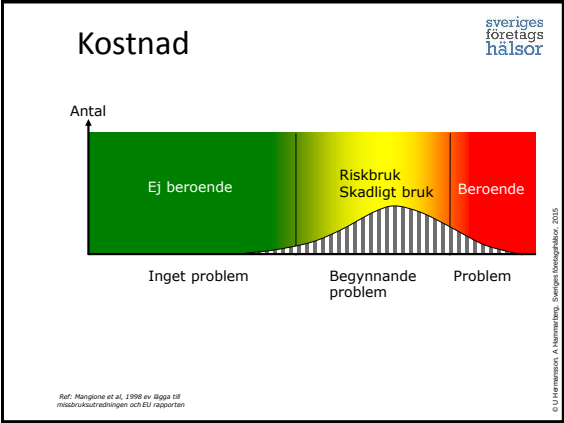
**Svar: JA**

**Några förklaringar:**

- Alkohol största riskfaktorer för ohälsa och för tidig död (25-59 år)
- Hög alkoholkonsumtion – fem gånger ökad risk för arbetslöshet jmf med låg konsumtion
- Hög alkoholkonsumtion – tre gånger ökad risk för sjukfrånvaro jmf med låg konsumtion
- Hög konsumtion inverkar på medarbetare (minskad produktivitet, extra arbete, ökad sjukfrånvaro, etc.)

Ref: Science Group of the European Alcohol and Health Forum (2011)

© U Hermansson, A Hermansson, Sveriges Företags Hälsoor, 2015



### Sammanfattning

motiv för arbetslivet

- Ohälsa
- Säkerhet
- Frånvaro
- Produktivitet
- Förhindra beroende

© U Hermansson, A Hermansson, Sveriges Företags Hälsoor, 2015

### Vilka motiv är (o)viktiga för oss?

Ohälsa

Förhindra beroende

Produktivitet

Säkerhet

Frånvaro

© U Hermansson, A Hermansson, Sveriges Företags Hälsoor, 2015

# Exempel på signaler – ”alkoholproblem”

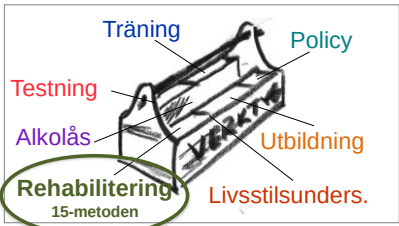
Förändringar i beteendet

- ✓ Korttidsfrånvaro
- ✓ Sena ankomster
- ✓ Snabbt sjunkande intresse för arbetet
- ✓ Kraftigt förändrad arbetsprestation
- ✓ Koncentrationsproblem och ökad trötthet
- ✓ Likgiltighet
- ✓ Instabilt humör
- ✓ Småljug och ”dribbel”
- ✓ Ekonomiska problem
- ✓ Glömska
- ✓ Med flera ...

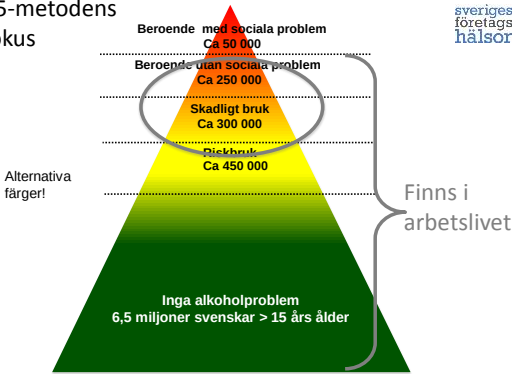
Ospecifika och sena

# Våra erfarenheter och behov

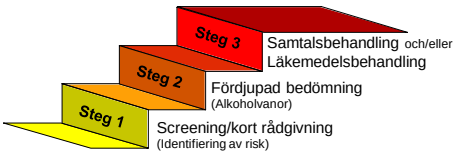
# Möjliga åtgärder



# 15-metodens fokus



# 15-metoden \* - FHV



\* Mottagningen för alkohol och hälsa, Riddargatan 1

# Forskning kring korta interventioner

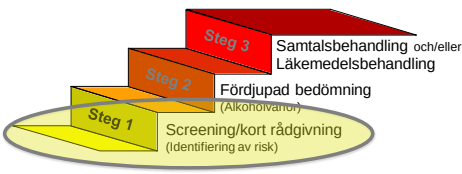
Flera översiktsartiklar (screening och kort rådgivning)

- God effekt jämfört med andra behandlingsformer
- Minskad sjukvårdskonsumtion
- Minskad sjukskrivning
- Minskad dödlighet
- Kostnadseffektiv
- Behandlingseffekt - som annan medicinsk behandling

(Hester & Miller, 1995;SRU, 2001; Kaner et al., 2007)



15-metoden\* - Steg 1



sv

eriges

företags

hålsor

© U Herremansson, A Herremansson, Sveriges Företags Hålsor, 2015

\* Mottagningen för alkohol och hälsa, Riddargatan 1

Screening och rådgivning

sv

eriges

företags

hålsor

© U Herremansson, A Herremansson, Sveriges Företags Hålsor, 2015

Screening

✓ Formulär

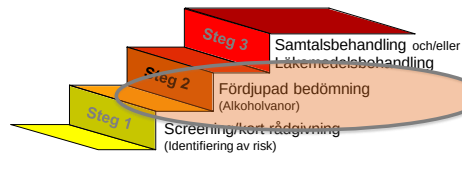
✓ Blodprov

Rådgivning



15-metoden\* - Steg 2

Anpassad för personer > 15 poäng på AUDIT-formuläret



sv

eriges

företags

hålsor

© U Herremansson, A Herremansson, Sveriges Företags Hålsor, 2015

\* Mottagningen för alkohol och hälsa, Riddargatan 1

Fördjupad bedömning Alkoholvanor

sv

eriges

företags

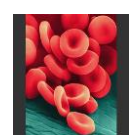
hålsor

© U Herremansson, A Herremansson, Sveriges Företags Hålsor, 2015

1. Frågeformulär



2. Blodprover



3. Återkoppling – samtal



Evidensen

sv

eriges

företags

hålsor

© U Herremansson, A Herremansson, Sveriges Företags Hålsor, 2015



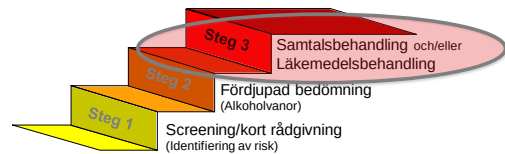
Finns flera effektiva behandlingsmetoder för alkoholproblem

Korta insatser lika bra som mer omfattande vid måttligt beroende

Läkemedelsbehandling effektiv och underutnyttjad

15-metoden\* - Steg 3

Anpassad för personer > 15 poäng på AUDIT-formuläret



sv

eriges

företags

hålsor

© U Herremansson, A Herremansson, Sveriges Företags Hålsor, 2015

\* Mottagningen för alkohol och hälsa, Riddargatan 1

# 15-metodens behandlings- innehåll

sveriges  
företags  
hälsor

- ✓ Provtagning (alkoholmarkörer) med återkoppling och rådgivning
- ✓ 3-4 samtal med motivationsinriktning + uppföljningar
- ✓ Ev. läkemedelsbehandling (minskar risk för alkoholbegär och återfall samt minskar alkoholkonsumtion)
- ✓ Självhjälp/Biblioterapi: hemuppgifter och faktainformation

© U. Hämmerlin, A. Hämmerlin, Sveriges Företagshälsor, 2015

# En tänkt modell

sveriges  
företags  
hälsor

| Vecka | 1                  | 3-4                        | 8                                                     | 12                                                         | 24               |
|-------|--------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
|       | Samtal 1<br>Nuläge | Samtal 2<br>Målformulering | Samtal 3<br>Risksituationer och<br>utlösande faktorer | Samtal 4<br>Alternativ, handlingsplaner och<br>utvärdering | Upp-<br>följning |

© U. Hämmerlin, A. Hämmerlin, Sveriges Företagshälsor, 2015

Är 15-metoden  
(o)intressant för oss?

sveriges  
företags  
hälsor

© U. Hämmerlin, A. Hämmerlin, Sveriges Företagshälsor, 2015