

report
Leading Health Care nr 3 2012

Vem vill ha *rökavvänjning?*

Att styra motivationen eller låta motivationen styra

*Maria Nilsson
Linus Johansson Krafvé &
Claes-Fredrik Helgesson*



Vem vill ha *rökavvänjning?*

Att styra motivationen eller låta motivationen styra

*Maria Nilsson
Linus Johansson Krafve &
Claes-Fredrik Helgesson*





Förord

Ersättningsmodeller har stor betydelse för vilka åtgärder som genomförs i vården. Ofta säger vi att ekonomiska incitament är det som saknas för att vissa åtgärder ska utföras. Men en peng på en åtgärd som är svår att definiera innebär inte nödvändigtvis att vi uppnår önskade resultat.

Stiftelsen Leading Health Care har fått ett forskningsuppdrag av Pfizer att studera rökavvänjning i Landstinget Östergötland (LiÖ) och Västra Götalandsregionen (VGR). För modet att låta oss med ett öppet mandat att vända på angreppssättet och börja i verksamheten istället för ersättningsystemen tackar vi våra beställare Kerstin Falck och Johan Brun!

I denna rapport går vi på upptäcktsfärd i rökavvänjningens vardag. I både VGR och LiÖ har man infört det obligatoriska vårdvalet i primärvården. Men när det gäller ersättningsmodellen har LiÖ satt en peng på rökavvänjning, en summa vid initiering/inledning, och mer vid framgångsrikt genomförande efter ett år. I VGR finns ingen sådan ersättning specificerad. Skillnaderna i beteende som de olika ersättningsmodellerna leder till visar sig inte vara de vi kanske kan vänta. Vanor, yrkesroller och samarbetsformer över gränser gör snarare att likheterna kommer att överväga. I den här rapporten lyfts en mångfacetterad och mångbottnad vardagskamp med rökavvänjning fram som exempel på detta.

Leading Health Cares fokusgrupp för styrning av vård var med och definierade utgångspunkten för de problemställningar som rapporten behandlar. Studien har genomförts tack vare finansiellt stöd från Pfizer. Arbetet har utförts av Linus Johansson-Krafve och Maria Nilsson, under ledning av professor Claes-Fredrik Helgesson, alla vid Linköpings Universitet. Ek Lic Hans Winberg och Ek Dr Jon Rognes har deltagit från LHCs sida. Ek Dr Anna Krohwinkel Karlsson, Handelshögskolan i Stockholm, numera även LHC, har hjälpt till att granska den färdiga rapporten och kommit med värdefulla synpunkter.

Jag hoppas att detta bidrag till det angelägna arbetet med hälsofrämjande och preventiva åtgärder i vården ska ge läsaren lön för mödan att ta del av!

Stockholm i februari 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Innehåll

Vem vill ha rökavvänjning?	6
<i>Studiens inriktning och upplägg: En verksamhetsnära design</i>	6
<i>Observationer utifrån verksamhetens perspektiv</i>	7
<i>Rapportens disposition</i>	8
Styrning avläst utifrån vårdens vardag	8
<i>Styrning via nationella riktlinjer</i>	9
<i>Styrning i LiÖ: Centrala aspekter enligt rökavvänjarna</i>	10
<i>Styrning i VGR: Centrala aspekter enligt rökavvänjarna</i>	11
Rökavvänjning i praktiken: Tre resor genom vården	12
<i>De tre typpatienter som använts i undersökningen</i>	13
<i>Lenas resa</i>	13
<i>Samirs resa</i>	16
<i>Birgittas resa</i>	18
Rökavvänjningens organisering och praktik	20
<i>Vilka är rökavvänjarna?</i>	20
<i>Hur kommer en rökare i kontakt med erbjudandet om rökavvänjning?</i>	21
<i>Hur går rökavvänjning från erbjudande till ett faktum?</i>	22
<i>Hur går rökavvänjningen till?</i>	22
<i>Hur mäts och utvärderas rökavvänjning idag?</i>	23
<i>Vem ser till att vården erbjuder rökavvänjning?</i>	25
Slutsatser	26
En avslutande reflektion	28
<i>Att styra motivationen eller låta motivationen styra</i>	28
Referenser	30
Appendix	31
<i>Studiens metod och material</i>	31
Om Leading Health Care	33
<i>Kvalitetskriterier för en LHC-rapport</i>	33
<i>Vill du veta mer om LHC?</i>	33
LHC:s publikationer	34

Vem vill ha rökavvänjning?

Det finns en mängd system för att styra vad som sker i hälso- och sjukvården. Till dessa kan exempelvis räknas ersättningssystem för hur verksamhet ska ersättas för olika aktiviteter; behandlingsriktlinjer inom olika terapiområden; och föreskrifter om vilka yrkesgrupper som får göra vad. En heltäckande lista över vilka styrsystem som är verksamma för ens ett litet specialistområde finns knappt, än mindre för sjukvården som helhet. Majoriteten av forskningen om styrning och implementering i sjukvården fokuserar också på ett enskilt styrsystems genomslag (eller bristande dito).

Den här rapporten är ett uttryck för insikten att det behövs kunskap också om hur styrning ter sig sett utifrån vårdens vardag. Utifrån det perspektivet kan vi också öka vår kunskap om hur, och på vilka sätt, olika styr- och ersättningssystem interagerar i sjukvårdens praktik. Det är välbekant att styrning inte alltid har avsedda effekter. Genom att betrakta hur en mångfaldig styrning söker påverka enskilda aktiviteter kan vi få en rikare förståelse för detta vanliga problem. Det som ur ett enskilt styrsystems perspektiv inte kan framstå som annat än att styrningen inte fungerar kan i själva verket vara ett uttryck för att vårdens vardag har att förhålla sig till flera, sinsemellan motstridiga, försök till styrning. Till detta tillkommer dessutom att varje konkret verksamhet har att förhålla sig till en mängd situationsspecifika aspekter. Det är givet detta ofta omöjligt att i vårdens vardag vara alltigenom följsam till all styrning. Genom att studera hur beslut fattas i vården givet all styrning den utsätts för, kan vi få en bättre förståelse för vilka konsekvenser olika försök till styrning faktiskt får och hur vi bättre kan utforma olika försök till styrning och andra former av stöd för utveckling av vårdens verksamhet.

Studiens inriktning och upplägg: En verksamhetsnära design

Området rökavvänjning är det konkreta föremålet för denna studie. Genom stöd från Pfizer AB har vi riktat intresset mot hur rökavvänjning genomförs i vårdens vardag. Vi har ställt oss frågorna vad det är som avgör när och hur rökavvänjning sker. Vi utgår således ifrån att det finns en rad faktorer som påverkar när och hur rökavvänjning sätts in för en enskild patient. Genom ett flertal intervjuer och besök hos olika parter involverade i rökavvänjning i två landsting har vi kunnat skapa bilder över vad som påverkar när och hur rökavvänjning sker. Undersökningen har varit medvetet explorativ. Genom att i intervjuerna använda beskrivningar av tre typpatienter har vi ytterligare sökt kartlägga bredden av bevekelsegrunderna för när olika aktiviteter utförs (eller ej) inom området rökavvänjning.

Studien har lagts upp som en jämförande fallstudie där organiseringen av rökavvänjningsaktiviteter inom Landstinget i Östergötland (LiÖ) har jämförts med motsvarande organisering inom Västra Götalandsregionen (VGR). De två områdena valdes framförallt eftersom de skiljer sig avseende ersättningsmodeller för rökavvänjning till primärvården. Det finns en rörlig ersättning kopplad till genomförd rökavvänjning som utbetalas till vårdcentraler i LiÖ. Motsvarande ersättning finns inte i VGR. Även om studien inte är upplagd för att vara representativ för alla landsting, så illustrerar resultatet viktig variation avseende rökavvänjningens praktik och lokal styrning inom den svenska sjukvården.

Studien visar att rökavvänjning på ett sätt är väldigt lika i de båda regionerna; samma läkemedel erbjuds och samma typ av motivationsverktyg används i mötet med den person som ska sluta röka. Men det finns också uppenbara skillnader, bland annat vad gäller rökavvänjningens roll och betydelse inom de båda landstingen. Studien visar vidare att dessa skillnader inte på något enkelt sätt kan kopplas till styrningen som finns i LiÖ respektive VGR.

Observationer utifrån verksamhetens perspektiv

Det är, givet studiens upplägg, knappast förvånande att den övergripande bild vi tecknar är en där många företeelser påverkar när och hur rökavvänjning genomförs. Bortom detta ligger dock några viktigare observationer:

- Ekonomiska ersättningssystem förefaller ge såväl önskvärda som mindre önskvärda effekter när det gäller styrning av rökavvänjning. Motivation av icke-ekonomisk natur är en viktig faktor inom rökavvänjning och den kan komma i konflikt med den ekonomiska styrningen.
- Rökavvänjning kan ofta involvera parter på flera olika enheter. Det finns flera former av styrning och organisering som kan försvåra en sådan samverkan. Vårdvalet inom primärvården är ett tydligt sådant exempel.
- Det finns en betydande variation i hur rökavvänjning registreras och följs upp. Det försvårar naturligtvis kunskapsbildningen om utfallet. Samtidigt är det knappast förvånande och ytterligare ett uttryck för den variation i praxis som uppstår i vårdens vardag just eftersom den har att hantera situationsspecifika företeelser jämte en mångfald av olika försök till styrning.
- Det förekommer en informell samverkan mellan rökavvänjare. Samtidigt förefaller de inte i någon större utsträckning vara involverade i utformningen av olika former av styrning och uppföljning av deras verksamhet.

Var och en av dessa observationer har sin grund i att vår undersökning ser på styrningen utifrån verksamhetens perspektiv snarare än att betrakta en förment svårstyrd verksamhet utifrån styrningens perspektiv. Det är vår fasta övertygelse att ett sådant perspektivskifte är nödvändigt för att komma bortom en förtvivlad betraktelse över att styrning inte verkar fungera som den ska. Olika styrsystems elfenbenstorn är med nödvändighet enögda och ser i verksamheterna ofta inget annat än en misströstande låg följsamhet. Det här förordade perspektivskiftet ger en mer komplicerad bild. En blottlagd komplexitet leder i och för sig lätt till sin alldeles egna form av misströstan. (Allt ”beror på” och ger inga enkla besked om vad som bör göras.) Samtidigt visar denna mer verksamhetsnära och komplexa bild att det finns en mängd punkter/situationer där olika försök till styrning kan modifieras eller där nya kan utvecklas.

I fallet rökavvänjning handlar perspektivskiftet om att komma bortom en uppgivenhet över att rökavvänjning sker i mindre utsträckning än vad som är samhällsekonomiskt motiverat. Vi har i denna explorativa studie identifierat en mängd faktorer som påverkar när och hur rökavvänjning sätts in. Den identifierar därmed flera potentiellt viktiga områden för dem som är intresserade av att utveckla verksamhet relaterad till rökavvänjning, oavsett om detta skulle ske med styrning eller med andra medel.

Rapportens disposition

Innan vi kan närma oss rökavvänjningens praktik behöver vi en översiktlig bild över vilka försök till styrning som finns. Rapporten inleds därför med en presentation av den relevanta styrningen i LiÖ respektive VGR när det gäller rökavvänjning. Därefter följer den viktigaste delen av studien där resultaten från undersökningen av den kliniska vardagen för rökavvänjning i LiÖ och VGR presenteras.

Materialet baseras på intervjuer genomförda med medicinsk personal som arbetar med rökavvänjning inom både primär- och specialistvård. I undersökningen presenterade vi tre ”typpatienter” för att kunna kartlägga olika bevekelsegrunder och sannolika händelseförlopp. En central poäng med denna metod med olika idealiserade patientfall är att undersöka olika sätt som patienter kommer i kontakt med rökavvänjning inom vården och olika sannolika efterföljande förlopp. Detta resulterade i att vi har kunnat skapa tre sammanfattande berättelser för var och en av dessa ”typpatienter”. Deras respektive ”resor” genom vården illustrerar vilka kritiska moment som finns och vilka beslut som tas i rökavvänjningens praktik, och hur detta är relaterat till styrningen på området (se vidare bilaga med metodbeskrivning).

Rapporten avslutas med en jämförande analys rörande två typer av viktiga spänningar och konflikter som identifierats i studien. För det första så handlar det om motsättningar mellan olika former av styrning, och för det andra om hur olika försök till styrning i sig kan skapa spänningar i förhållande till det konkreta kliniska arbetet.

Slutligen görs en koppling till andra liknande projekt inom LHC, samt en kommentar kring området av redaktörerna.

Styrning avläst utifrån vårdens vardag

Formell styrning uppmärksammas och diskuteras oftast i ett ”top-down”-perspektiv. Med det menas att den formella styrningen sätts i centrum i förhållande till den verksamhet som styrningen är avsedd för. När en kartläggning av aktuell styrning på ett område görs med en sådan utgångspunkt erhålls i regel städade (om än långa) sammanställningar av de styrmedel, riktlinjer och policyer som är tänkta att vara verksamma på området.

Ett väsentligt problem med ett sådant tillvägagångssätt är att det inte bara ger en förenklad bild av vad styrningen betyder för vårdens faktiska verksamhet. Det ger också en vilseledande bild eftersom den inte tar fasta på i vilken grad, och hur, olika former av styrning är verksamma i vårdens vardag. I den faktiska verksamheten kan olika försök till styrning mycket väl ha motsäggelsefulla implikationer, vilket kan leda till att den måste avvägas, eller till och med negligeras, i det praktiska arbetet. Sådana aspekter förblir helt osynliga eller framstår som ett entydigt styrningsmisslyckande om undersökningen görs med en utgångspunkt i ett ”top-down”-perspektiv.

Utgångspunkten för denna studie av styrning av rökavvänjning har därför varit att försöka avläsa och förstå styrningen utifrån vårdens vardag. Det innebär bland annat att vi inte på förhand antagit vilken styrning som spelar roll för den kliniska verksamheten som undersöks. Vi har i stället sett styrning som ”aktiv” när den används eller refereras till i den kliniska vardagen. Det innebär att olika former av styrning betyder olika mycket för vårdpersonalen som genomför rökavvänjning, och viss styrning kanske inte syns alls i det praktiska arbetet.

Metodmässigt har vi bland annat använt oss av beskrivningar av tre fiktiva ”typpatienter” i samtal med respondenterna. I våra intervjuer har dessa patientbeskrivningar fungerat som exempel på konkreta fall och där respondenterna utifrån dessa hjälpt kartlägga vilka ”resor” genom vården som kan vara typiska för sådana olika typer av patienter. Genom att följa dessa patientresor genom vården har vi kunnat teckna mer verksamhetsförankrade bilder av vilken styrning som är aktiv i vårdens vardag och hur den i så fall påverkar hur och när rökavvänjning utförs. Styrningens relevans och inverkan har alltså inte bedömts på förhand, utan har närmats genom intervjuerna.

Den styrning som här redogörs för har på ett eller annat sätt blivit refererad till i intervjuerna. Efter intervjuerna har den formella styrning som befinner sig bakom dessa referenser undersökts. Det är detta som redovisas nedan.

Vad som framkommit som relevant styrning har inte sett likadant ut i intervjuerna, varken mellan regionerna eller inom dem. Variationen av olika styrande instrument som syns i vardagen är betydande. Det finns instrument som är medicinska, ekonomiska eller av policykaraktär och som inriktar sig mot olika delar av själva processen och organisationen kring rökavvänjning. Alla instrument verkar inte heller betyda samma sak för dem som arbetar med rökavvänjning.

Respondenterna i denna studie är alla utbildade i rökavvänjning, dock på lite olika sätt. En del har tillgodogjort sig den professionella kunskapen via landstingets olika utbildningar, medan andra har utbildats av Pfizers representanter. Flera är ”diplomerade” och alla refererar till sig själva som ”rökavvänjare”. Ofta använder de inte samma terminologi som SBU och Socialstyrelsen i relation till rökavvänjning. De refererar oftare till de förhållningssätt de fått lära sig i sin utbildning och genom praktiska erfarenheter. I VGR är t ex flera respondenter särskilt inspirerade av Agneta Hjalmarsons handledning och utbildningsmaterial (Hjalmarson 2006). Detta talar för att det krävs en förståelse som går bortom de officiella dokumenten för att kunna skaffa kunskap om rökavvänjnings organisering och hur den utförs i praktiken. Det bör i sammanhanget också nämnas att respondenterna har uppvisat ett starkt engagemang. De har villigt deltagit i vår undersökning och de anser det viktigt att nå ut och visa hur de bedriver sitt arbete.

Styrning via nationella riktlinjer

Rökavvänjning har funnits länge som begrepp inom sjukvården. Inom litteraturen återfinns flera olika metoder och behandlingar kopplade till rökavvänjning. Det kan handla om rådgivning, behandling med nikotinersättningsmedel, kognitiv beteendeterapi, hypnos, akupunktur samt annan läkemedelsterapi än nikotin. Enligt SBUs forskningsöversikt från 2003 är den mest framgångsrika och kostnadseffektiva metoden för rökavvänjning kort, personlig och strukturerad rådgivning med uppföljning vid återbesök. Längre rådgivning tycks ge högre andel som slutar röka, oavsett om det sker individuellt eller i grupp (SBU 2003). Är inte den senare metoden då mer framgångsrik?

Socialstyrelsen har tagit fasta på just rådgivning och menar i sina preliminära nationella riktlinjer för rökavvänjning att rådgivning ska vara grunden för alla åtgärder och behandlingar. De har systematiserat olika former av rådgivning i tre nivåer – kort rådgivning,

rådgivning och kvalificerad rådgivning, vilka skiljer sig en del i struktur, innehåll och omfattning. I bedömningen om vilken rådgivning som är lämpligast resonerar Socialstyrelsen annorlunda än SBU när de skriver: ”Socialstyrelsen rekommenderar generellt rådgivning eller kvalificerad rådgivning framför kort rådgivning” (Socialstyrelsen 2010a, s. 7).

När det gäller medicinering för hjälp till rökstopp förordar Socialstyrelsen i första hand nikotinersättning, och i andra hand olika receptbelagda läkemedel. Samtidigt lämnar Socialstyrelsen tillvägagångssättet och metoderna för det patientnära, praktiska arbetet ganska öppna. De skriver angående kvalificerad rådgivning, den högsta nivån av rådgivning: ”Socialstyrelsen har inte tagit ställning till specifika teoretiska modeller eller metoder inom kvalificerad rådgivning. Kvalificerad rådgivning förutsätter att personalen som utför åtgärden är utbildad i metoden” (Socialstyrelsen 2010a, s. 19).

Sammanfattningsvis lämnar styrningen via nationella riktlinjer alltså ett visst utrymme för lokal variation i rökavvänjningsmetoder. Som vi ska se nedan uppstår sådan variation dock även genom att den lokala tolkningen och tillämpningen av riktlinjerna skiljer sig åt, samt genom interaktionen mellan den nationella styrningen och andra typer av styrimpulser som påverkar vårdpersonalen som arbetar med rökavvänjning.

Styrning i LiÖ: Centrala aspekter enligt rökavvänjarna

Den viktigaste formella styrningen för primärvården i LiÖ är regelboken för auktorisation av vårdcentraler med tillhörande mål- och måttpengar. Regelboken har funnits sedan vårdvalet introducerades i Östergötland 2009 och en ny version för 2011 finns. Här är det dock relevant att presentera båda versionerna. Den gamla versionen har fortfarande viss bäring på vad rökavvänjning är idag eftersom respondenterna använt båda versionerna och i studien resonerar och reflekterar en del kring skillnaden dem emellan.

Den första versionen av regelboken (LiÖ 2009) talade om hälsofrämjande arbete som en allmän utgångspunkt. Det fanns dock inte några speciella indikatorer eller skall-satser kopplade till detta. Det fanns en skyldighet att registrera andelen av listade som påbörjat tobaksavvänjning, men det förklarades inte närmare vad det innebar. Det nämndes i dokumentet att uppföljningen av vårdcentralernas hälso- och sjukdomsförebyggande arbete (i vilket rökavvänjning ingår) successivt skulle komma att byggas upp. Den huvudsakliga ersättningen för vårdcentralerna utgick som en fastställd ersättning per listad patient (s.k. kapiteringsersättning) och vårdcentralerna bar själva kostnadsansvar för de läkemedel som förskrevs.

Den andra versionen (LiÖ 2010d) bygger vidare på den första och där anges att arbetet på vårdcentralerna ska präglas av ett hälsofrämjande förhållningssätt, vilket bland annat innebär att delta i det befolkningsinriktade hälso- och sjukdomsförebyggande arbetet i närområdet. Diagnostisering av nikotinberoende genererar numera ersättning och ska registreras vid besök på vårdcentral. Vårdcentralerna har fortfarande kostnadsansvar för de läkemedel som förskrivs, och ersättningen till vårdcentralerna för detta utgår som kapiteringsersättning.

Det finns i LiÖ en ersättningsmodell kopplad till rökavvänjning på vårdcentralerna. Tidigare var det endast antalet ordinationer till rökavvänjning som låg till grund för utbetalning av mål- och måttpengar. Numera ersätts vårdcentralerna med 4 000 kronor för varje listad patient som påbörjat rökavvänjning. Med rökavvänjning avses då ”stöd i form av läkemedel, deltagande i avvänjning, enskilt eller i grupp, telefonrådgivning eller på egen hand” och resultat måste märkas genom ”avsevärd minskning av tobakskonsumtionen, riktvärde 50 % minskning av tobakskonsumtionen under de senaste 7 dagarna” (LiÖ 2010a, s. 6). Vårdcentralen får ytterligare 6 000 kronor om patienten har varit helt rökfri i minst sex månader vid uppföljningen efter 12 månader. För att summan ska utbetalas måste en ordination skrivas. (Det görs i form av ett speciellt PDF-dokument kopplat till journalsystemet Cosmic.) Under 2011 kommer det dessutom utbetalas sammanlagt 5 miljoner kronor i rörlig målrelaterad ersättning till registrering av tobaksbruk hos astma- och allergipatienter. Vårdgivarens resultat av dessa mått följs upp i kvalitetsrapporter och auktoriseringsuppföljningar.

Det finns en Tobakspolicy i LiÖ som anger att landstinget ska vara tobaksfritt (LiÖ 2010b). Det innebär bland annat att varje patient ska tillfrågas om rökvanor och att rökvanorna ska journalföras med diagnoskod i Cosmic. Vidare ska alla rökande patienter motiveras till rökstopp och erbjudas avvänjningsstöd som följs upp. Vid sjukhusvård ska nikotinersättning erbjudas kostnadsfritt.

Mellan 2007 och 2010 genomfördes Operation rökfri i Östergötland. Det var ett projekt för att förebygga tobaksbruk hos patienter som väntade på operation. Utvärderingen av projektet pekade på att genomförandet av projektet visserligen upplevdes som otydligt, men ändå bidrog till ett generellt synliggörande av frågan om tobaksprevention och rökavvänjning i landstinget (LiÖ 2010c).

LiÖs REK-lista för läkemedel anger att nikotinersättning är förstahandsalternativet före receptbelagda läkemedel för medicinsk behandling vid rökavvänjning. Valet mellan olika preparat bör baseras på bedömd risk för biverkningar (LiÖ 2011b).

Styrning i VGR: Centrala aspekter enligt rökavvänjarna

I VGR är det Krav- och kvalitetsboken (VGR 2011) som utgör den viktigaste styrningen av primärvården. Boken anger att vårdcentralerna ska medverka i befolkningsinriktat hälsofrämjande arbete inom närområdet. Särskilt understryks att vårdcentralerna ska arbeta med ”hälsofrämjande och förebyggande åtgärder, ge råd om egenvård samt arbeta för tidig upptäckt av hälsorisker”, och nytt för den senaste versionen av Krav- och kvalitetsboken är att insatserna särskilt ska riktas mot ”tobaksanvändning, ohälsosam alkoholkonsumtion och övervikt/fetma. Insatser ska följas upp och rutiner och metoder ska dokumenteras” (VGR 2011, s. 9f). Det är inte formaliserat exakt hur detta ska gå till.

I VGRs REK-lista för 2011 (VGR 2011b) finns en utförlig beskrivning av hur själva rökavvänjningen ska gå till, med råd till vårdpersonalen om avvänjningsstöd, samtal och medicinsk behandling. Det nämns att vårdpersonal i alla kontakter med patienter ska fråga om tobaksvanor, uppmana patienten att sluta röka, stärka patientens tro på att det faktiskt går

att sluta, samt erbjuda och hänvisa patienten till behandling eller stöd. Nikotinersättning förordas som medicinering i första hand, medan valet av andrahandspreparat av görs av biverkningar och kontraindikationer. Det anges också att: ”De bästa rökavvänjningsresultaten har man om man genomför ett rådgivande samtal på ca 10-20 minuter med uppföljande stöd i form av telefonsamtal eller återbesök under några månaders tid” (VGR 2011b, s. 7).

I VGR finns det några kvalitetsindikatorer som handlar om att rökvanor ska registreras för vissa patienttyper, t ex astma-, hypertoni-, diabetes- och KOL-patienter. För vissa av dessa utgår speciell ersättning, men då kan inte rökningen registreras hur som helst, utan måste dokumenteras på ”ett sätt som kan läsas av uttagsprogram” (VGR 2011, s. 69).

VGR har särskilda nätverkssamarbeten mellan rökavvänjare i regionen. Ett exempel på ett sådant nätverk finns inom primärvårdsområde (PVO) Centrum och Väster (VGR 2010). Där har Hälso- och sjukvårdsnämnd 5 skjutit till pengar för att bedriva centrala rökavvänjningsgrupper. Personal verksam inom rökavvänjning har där själva utvecklat egna modeller för behandling och uppföljning som nätverkets medlemmar deltar i.

Rökavvänjning i praktiken: Tre resor genom vården

I förra avsnittet redovisades några grundläggande uppgifter om den styrning som påverkar den kliniska vardagen i LiÖ respektive VGR. Vi kan redan utifrån den beskrivningen se att situationen delvis skiljer sig åt mellan LiÖ och VGR. Det gäller exempelvis hur rökavvänjningen är organiserad och hur den ersätts. Vi ska fördjupa diskussionen om dessa likheter och skillnader längre fram, men för att kunna göra det behöver vi först utveckla bilden över hur rökavvänjning kan gå till i praktiken.

I det här avsnittet riktar vi därför intresset mot rökavvänjningens vardag. För att kunna skapa en bild över hur rökavvänjning kan gå till i praktiken och vilka resor patienter gör genom vården har vi använt de tre ovan nämnda typpatienterna. I våra intervjuer med rökavvänjare i LiÖ och VGR har vi diskuterat vad som vanligen händer dessa typer av patienter. Vi har strävat efter att fånga vad som kan komma att påverka förloppet och då inte minst vilka roller som olika typer av styrning kan ha. Vi har också undersökt i vilken mån de vi intervjuat känner igen de typpatienter vi konstruerat och därvidlag fått en bred bekräftelse på att de tre typpatienterna är representativa för deras vardag. (Det betyder med andra ord att typpatienterna inte är unika särfall och därmed att utsagorna om deras ”öden” liknar vad rökavvänjare ser i vårdens vardag.)

För att få en detaljerad bild av rökavvänjningens vardag och inte minst patienternas resa genom vården har vi i detta avsnitt valt att sammanfatta vad respondenterna berättat i tre fallberättelser, en för varje typpatient. Dessa tre fallberättelser är således en syntes av vad våra olika respondenter, i såväl LiÖ som VGR, har berättat med utgångspunkt i beskrivningarna av de tre typpatienterna. Syftet med dessa fallberättelser är att belysa rökavvänjning ur ett verksamhets- och patientperspektiv. Samtliga fallberättelser visar att rökavvänjning är en lång och skör process och att det är många faktorer som avgör om en rökavvänjning överhuvudtaget blir av och hur den i så fall kan gestalta sig. Det är inte bara

olika former av styrning, såsom ersättningar och krav på journalföring, som griper in. Fallberättelserna visar även hur dessa finns i ett sammanhang där även personliga erfarenheter och egenskaper hos både rökare och personal spelar in.

Efter de tre skildringarna följer ett analyserande avsnitt där vi behandlar ett antal frågor och faktorer som vi identifierat som viktiga att lyfta fram för att förstå när och hur rökavvänjning sker i den kliniska vardagen. I detta avsnitt återkommer vi också till, och fördjupar, diskussionen om viktiga skillnader mellan LiÖ och VGR.

De tre typpatienter som använts i undersökningen

Respondenterna har fått läsa beskrivningar av respektive typpatient och reflekterat kring dessa. I korthet är de tre typpatienterna:

Lena (19 år) arbetar sedan något år som receptionist. Hon började röka sporadiskt i nionde klass. Under de senaste åren har hon rökt dagligen men försöker hålla det under 10 cigaretter per dag. Hon har mycket sällan haft kontakt med hälso- och sjukvården. Lena har sökt kontakt med primärvården eftersom hon har varit förkyld i fyra veckor utan att det gått över av sig själv.

Samir (55 år) är gymnasielärare. Han har en längre tid haft högt blodtryck, motionerar väldigt lite och är lätt överviktig (BMI \approx 27). Han har rökt i många år, men höll upp i mer än ett år för sex år sedan efter att ha drabbats av en mild hjärtattack. Han trillade dit igen i samband med att hans mamma gick bort. Han har sedan hjärtattacken fått behandling för sitt höga blodtryck och kommer några gånger per år till primärvården för att förnya sitt recept på läkemedel för behandling av detsamma. Han brukar då också få förmaningar om att röra sig mer liksom att sluta röka igen. Denna kontakt med primärvården har kommit till stånd för att han ska förnya sitt recept på läkemedel mot hans höga blodtryck.

Birgitta (73 år) är pensionerad sjuksköterska. Det senaste halvåret har hon drabbats av en alltmer ihållande och besvärlig slemhosta. För tre månader sedan diagnostiserades hon med KOL. Birgitta har rökt hela sitt vuxna liv. Trots ihärdiga uppmaningar har hon ännu inte slutat röka. Det aktuella besöket är ett besök till KOL-/lungmottagningen.

Lenas resa

Lena är 19 år och arbetar sedan något år som receptionist. Hon började röka sporadiskt i nionde klass och har under de senaste åren rökt dagligen. Hon försöker ändå begränsa det till under tio cigaretter per dag.

Vanligtvis brukar Lena hålla sig frisk och är ingen van besökare på vårdcentralen. Nu har hon drabbats av en ihärdig förkylning och har beslutat sig för att besöka en läkare. På den privat drivna vårdcentralen får hon en kölapp och tittar sig omkring när hon satt sig i väntrummet. På väggen ser hon affischer med allmänna tips om hur man ska ta hand om sin hälsa. Hennes blick sveper över väggen och fastnar på en särskild affisch:

”Har du funderat på att sluta röka? I vår startar grupper för rökavvänjning, hör av dig till Diana, distriktsköterska, för mer information.”

Som de flesta i hennes ålder har Lena bra koll på hur rökning på lång sikt påverkar hälsan. På senare tid har hon i samband med förkylningen vid flera tillfällen vaknat upp med hostattacker mitt i natten. Hon blir rädd när hon associerar sin egen rökning till vad som hänt hennes mor-mor som har KOL och som hostat ideligen så länge Lena kan minnas. Lena ryser till och skakar av sig tanken på att även hon en gång kommer att bli gammal. ”Jag måste sluta någon gång, ju förr desto bättre” hinner hon fundera innan hon ropas upp av en sköterska.

Lena visas in i ett tomt mottagningsrum. Hon känner sig osäker på om hon ska sätta sig. Hon väljer att stå. Efter en stund kommer läkare Lisbeth in. Lisbeth slår sig ner framför datorskärmen vid skrivbordet, knappar, läser, hostar till och vänder sig mot Lena. ”Så du är här med en förkylning? Var så god att sitt ner”, hon pekar på stolen mitt emot handfatet just innanför dörren.

Lisbeth och Lena går igenom Lenas förkylningsmönster och kommer överens om att det skulle kunna vara bra att ta några prover. Lisbeth, som har känt att Lena luktar rök, frågar om Lena röker. Lena känner sig lite generad, ser ner i golvet och svarar att det händer: ”men jag har tänkt försöka sluta ganska snart.” Lisbeth skriver en anteckning i journalen. Hon har alltså uppfyllt det formella kravet att registrera rökvanor i möte med patienten, och svarar att: ”det är bra det.” Lena får en lapp att ta med till sjuksköterskan för provtagning.

Lena, som för ett ögonblick väntat sig att hon kanske skulle bli erbjuden hjälp att sluta röka av vårdcentralen, tar mod till sig och frågar om lappen hon sett i väntrummet. Lisbeth, som var på väg att resa sig, sätter sig ner igen, stryker sig över hakan och överväger vad hon ska svara. Lena tycker att läkaren ser besvärad ut och känner sig plötsligt lite olustig, dum för att hon frågade. Och Lena har rätt, Lisbeth är besvärad. Hon har tänkt ganska mycket på erbjudandet om rökavvänjning som Diana skyltar med i väntrummet. Lisbeth är nämligen inte säker på att hon tycker att det är en så bra idé att göra det. Det är självklart inte så att hon är för rökning – inte alls. Däremot anser hon dels att rökavvänjningsarbetet är förenat med en stor kostnad för vårdcentralen. Dels eftersom rådgivning tar mycket värdefull tid från distriktssköterskorna, och dels för att det kan bli dyrt att skriva ut läkemedel. Dessutom är hon lite tveksam till om det över huvud taget tillhör vårdens uppgifter att hjälpa folk att ändra beteende i förebyggande syfte. Hon är läkare och arbetar med medicinska frågor och problem som redan uppstått. Och Lena är ju dessutom så ung att hon kommer hinna börja och sluta igen minst fem gånger innan trettio. Blir hon dessutom gravid kommer det att vara skäl nog för henne att ta tag i sin rökning då. Nej, rökavvänjning i vården är nog inte riktigt rätta vägen för Lena, tänker Lisbeth. ”Ja, det stämmer”, börjar hon därför och söker Lenas blick, ”vi har stöd för rökavvänjning här på vårdcentralen, men den är nog i första hand tänkt för dem som länge har haft svårt att sluta, eller som redan fått allvarliga hälsoproblem. Känner du till att det finns receptfria nikotinläkemedel på apoteket? Det är jättebra att du bestämt dig för att sluta. Jag skulle rekommendera att du går ner på apoteket och pratar med personalen där om vilka alternativ det finns. Sen får du komma tillbaka om du har några fler frågor.” Lisbeth ger Lena lappen till provtagningen och instruerar henne om åt vilket håll hon ska gå. ”Lycka till nu då”, ler hon mot Lena som försvinner bort i korridoren.

Lena sätter sig och väntar igen, men blir snart inkallad i provtagningsrummet. Sköterskan som tar provet har en namnskyld på bröstet: Diana. ”Är det du som jobbar med rökavvänjning här?”, frågar Lena medan hon kavlar upp ärmen och lägger armen till rätta. Det är det.

Diana berättar att hon jobbat med rökavvänjning på vårdcentralen fyra timmar i veckan i flera år. ”Lena är så ung”, tänker hon. Ungdomar är så medvetna om rökning och dess risker idag – även de som själva röker. Om det bara vore fler som kunde vara det. I tidningen står det visserligen om hur politikerna diskuterar om rökning och alla är överens om att något måste göras. Men de som verkligen gör något är kollegorna i nätverket. Tillsammans har de hjälpts åt att dela på patienterna som vill ha rökavvänjning. De har också kämpat för att vårdcentralerna i länsdelen ska ha en rökavvänjare minst fyra timmar i veckan. Det föll visserligen inte i god jord hos alla verksamhetschefer, och nätverket har ingen makt att tvinga någon att ha en rökavvänjare, men hon vet också att kollegorna på just de svåraste vårdcentralerna kan disponera en del av sin egen tid. De ser själva till att det erbjuds rökavvänjning för den som vill, trots att ingen särskild tid är avsatt för det.

Diana känner att Lena luktar rök och frågar om hon funderar på att sluta. ”Ja, jo, det gör jag, det har bara inte blivit av än.” Utan att riktigt förstå varför lägger Lena till: ”Min mormor har KOL.” Diana frågar om hon har lust att komma in till henne för ett längre samtal, men är nog med att påpeka att samtalet i sig inte förpliktigar Lena till något.

Diana vet att unga människor trots sin kunskap ofta inte är helt lättmotiverade och har tilltro till att sluta röka. Det krävs att hon jobbar aktivt med metoderna för motiverande samtal och funderar på de tips som Agneta Hjalmarson tar upp i sin bok. Diana lyssnar omsorgsfullt på Lenas berättelse om de svåra åren som tonåring och om mormoderns sviktande hälsa. Hon anförtror sedan Lena: ”Jag jobbade med patienter med KOL under många år. Jag förstår att det är jobbigt för dig att se din mormor må dåligt.” Vidare berättar Diana för Lena att det finns rökavvänjningsgrupper som man kan gå i och få stöd och hjälp av varandra för att sluta röka: ”Vi har en grupp som startar om två veckor, onsdagskvällar klockan sex till halv åtta. Det kanske skulle kunna vara ett alternativ för dig?” När Lena, upprymd över möjligheten att få den hjälp hon nyligen nekats, tackar ja bestämmer de att Diana ska kontakta Lena per telefon under veckan.

Diana känner sig alltid upprymd när hon fångar en ung människas intresse av att sluta röka. Visserligen är det många unga som slutar komma och höra av sig efter första eller andra gången. ”Men kan man bara odla ett frö”, brukar Diana tänka.

Nu kommer en besvärlig uppgift: att fylla i journalen. Diana har hört från nätverket att för att det formellt ska fungera med all registrering av rökavvänjning så måste ordination, bakgrundsmall och besöksmall i journalsystemet vara korrekt ifyllda. Men vad betyder det egentligen? Hon trodde hon hade fått kläm på det, ända till hon såg hur en rökavvänjare på en annan vårdcentral hade gjort. Det såg inte alls likadant ut! ”Jag måste ta tag i det där”, hinner hon tänka innan nästa patient knackar på dörren.

Lena får gå i grupp. Hon har trevligt, börjar träna och lyckas. I alla fall nästan. Hon feströker fortfarande och det kan hända att hon tar en cigarett när hon känner sig riktigt nedstämd eller stressad.

Samirs resa

Siv, en astma/KOL-sköterska som arbetar med rökavvänjning på den landstingsdrivna vårdcentralen, blir glad när hon får in en remiss för rökavvänjning från hjärtkliniken på det lokala sjukhuset. Hon känner till att den sköterska som arbetar som rökavvänjare på hjärtkliniken har varit sjukskriven under en tid. Hon har därför vid flera tillfällen ringt mottagningen och legat på för att läkarna där ska komma ihåg att de kan skicka motiverade rökare till henne så länge. Det är tur att de känner till varandras verksamheter.

Samir, mannen som remitterats, är i femtioårsåldern. Det betyder att både han själv och samhället i stort fortfarande har god chans att dra nytta av ett eventuellt rökstopp. Han har dessutom haft hjärtproblem, varför Siv bedömer att det är stor chans att han ska lyckas sluta. Den chock och den fruktan inför döden som en hjärtattack för med sig brukar vara en väldigt stark drivkraft för att lyckas med ett rökstopp. Det är en av anledningarna till att Siv arbetat så hårt för att se till att rökande hjärtpatienter fortsätter att följas upp även när avdelningens egen rökavvänjare tillfälligt är borta.

Siv ringer upp Samir och de bestämmer tid för ett första samtal. Samir låter ganska positiv och motiverad på telefon. Det visar sig dock snabbt att de har lite svårt att förstå varandra fullt ut. Samir talar med en kraftig brytning och Siv får be honom upprepa sina svar flera gånger för att hon ska vara säker på att de förstått varandra. Kommunikationen blir lite lättare när Samir kommer på besök och de ser varandra i ögonen.

Många gånger upplever Siv att de som kommer till henne för rökavvänjning är väldigt angelägna om att få berätta om sin livssituation och ge förklaringar till varför man röker, fast man vet att det är dåligt. Samir berättar för Siv att han skäms över att han hade slutat röka, men började igen. Siv tänker att denna man framförallt behöver känna trygghet och bli sedd. Peppinnar finns det inget behov av, utan Sivs erfarenhet är att det är bättre att bilda en ”allians” med patienten.

Efter att ha gått igenom de obligatoriska procedurerna för att mäta patientens motivation och konstaterat att Samir är väldigt motiverad och att han starkt tror på sina chanser att lyckas, så frågar Siv om Samir funderat något över vilken typ av medicin han vill ha. Samir är först tydlig med att han inte vill ha någon medicin alls. Han är misstänksam mot nikotinersättningar – det är ju nikotinberoendet hans ska bli av med, menar han – och den andra medicinen tycker han låter ohälsosam. Siv lyckas ändå övertyga honom om att det vore dumt att försöka sluta utan någon form av hjälpmedel. Endast två procent av dem som försöker sluta utan medicin lyckas, menar hon.

De diskuterar även vilken typ av behandlingsform, grupp eller individuellt, som skulle fungera bäst i Samirs fall. Siv kan erbjuda Samir individuell rökavvänjning, men hon ingår även i ett samarbete mellan ett antal vårdcentraler som turas om att hålla i rökavvänjning i grupp. I vanliga fall skulle Siv ha låtit sin besökare välja mellan dessa två behandlingsformer, men i Samirs fall är hon lite osäker eftersom hon är rädd att hans svårigheter med språket ska komma att påverka gruppdynamiken. Å andra sidan framstår Samir som en väldigt social person som just nu tycks oerhört motiverad inför sitt rökstopp. Hans entusiasm skulle kunna vara en tillgång för gruppen, språksvårigheterna till trots. Siv frågar Samir hur han känner,

om han tycker att det skulle vara roligt att delta i den grupp som kommer att börja nästa tisdag och träffas ungefär en timme åt gången de sju kommande tisdagskvällarna. Samir tackar ja. Han arbetar visserligen ofta kvällar, men han har inga problem att frånvara en timme eller två om det bara handlar om en kväll i veckan. Med överenskommelsen att Siv ska boka in Samir i tisdagsgruppen och att Siv ska förse Samir med ett recept på nikotinersättningsmedel avslutar de sitt möte.

Medan Samir sätter på sig sin jacka försvinner Siv ut i korridoren för att få tag i en läkare som kan skriva ett recept. Nikotinersättningsmedel finns visserligen receptfritt på apoteket, men Sivs erfarenhet är att ett recept ger rekommendationen lite mer tyngd. Det kan behövas, eftersom hon fortfarande är lite osäker på om Samir kommer att låta sig övertalas att ta medicinen.

När hon skickat iväg Samir med ett recept i handen återvänder hon till hans journal. Vårdcentralerna som ingår i samarbetet kring rökavvänjning i grupp har egentligen kommit överens om att kursdeltagarna registreras för rökavvänjning vid den vårdcentral där de är skrivna oavsett vem som för tillfället håller i kursen och vem som skickar dem dit. Men hur fungerar det när hon är inloggad på sin egen profil och gör ändringar i journalen? Siv känner sig inte helt säker på hur det ekonomiska systemet som reglerar ersättningar för besökare till vårdcentralerna i regionen fungerar, men som hon uppfattat det hela skulle de vårdcentraler som inte aktivt höll i gruppen fått ”böta” till den vårdcentral som höll i gruppen om aktiviteten registrerades där. Eftersom de turas om att hålla i grupperna har de beslutat att det är enklast om alla själva registrerar deltagandet för sina egna listade. Det jämnar ut sig bäst så i längden anser de.

Men frågan kvarstår ändå i Samirs fall; han kom ju faktiskt från hjärtkliniken. Siv glömde fråga var han är listad i primärvården. Hon känner sig lite osäker, men för säkerhets skull registrerar hon Samir och hans rökvanor i de färdiga mallarna för rökvanor som finns i journalsystemet, precis som hon gör med sina egna astma/KOL-patienter.

Inför gruppmöte nummer två har Samir, liksom de andra gruppdeltagarna, haft sitt rökstopp. Han valde trots allt att följa Sivs råd att ta hjälp av nikotinersättningsmedlen. Även om han tycker att rökstoppet påverkat hans humör en aning, så anser han inte att det varit särskilt svårt att sluta. ”Ger man sig bara fan på det, går det vägen” menar han.

När Siv följer upp Samirs ärende per telefon tre månader senare berättar han att han hade en dålig period för två veckor sedan: ”Jag rökte några cigaretter om dagen i två dagar” erkänner han. Siv förklarar att hon inte är särskilt bekymrad över det, och det borde inte heller han vara: ”Du slutade ju sen igen, eller hur? Vi kallar det ett litet bakslag, men det är absolut inget regelrätt återfall.” Samir känner sig stärkt av uppmuntran och Sivs avslappnade men bestämda ton.

Vid de båda kommande uppföljningarna, sex och tolv månader efter Samirs rökstopp, är han fortfarande rökfri. ”Men jag tuggar fortfarande ett par nikotintuggummin om dagen”, förklarar han för Siv. Siv är stolt över att Samir lyckats, berömmar hans insats och önskar honom lycka till i framtiden. När hon lagt på för hon in en notering om Samirs lyckade rökavvänjning i journalsystemet.

Samir lyckas hålla sig rökfri i flera år efter den lyckade rökavvänjningen. Siv har ju berättat för honom att han kan betrakta sig som ”nykter nikotinst” nu. Det gäller att han inte börjar igen, för då är det lätt att falla dit. Han är dock fortfarande lite orolig för hur hans hälsa utvecklar sig. Och vad skulle hända om han drabbades av en kris till i livet, skulle han kunna stå emot den tröst och det lugn som bara en cigarett kan ge? Suget finns alljämt kvar.

Birgittas resa

Birgitta är pensionerad sjuksköterska och har rökt i hela sitt vuxna liv. Det senaste halvåret har hon drabbats av en alltmer ihållande och besvärlig slemhosta. För tre månader sedan diagnostiserades hon med KOL. Trots ihärdiga uppmaningar från sina anhöriga har hon ännu inte slutat röka.

I samband med ett besök på lungmottagningen på det lokala sjukhuset får Birgitta hjälp vid spirometriundersökningen av sjuksköterskan Sara som åter igen för Birgittas rökning på tal. Sara, som arbetat som sjuksköterska på lungmottagningen i tio år, är diplomerad rökavvänjare och har en dag i veckan avsatt för arbete med rökavvänjning. (Detta är ett exempel på budgetstyrning!)

Sara erbjuder Birgitta att boka in en tid då de tillsammans kan diskutera om, och hur, sjukvården kan erbjuda Birgitta hjälp och stöd när hon bestämmer sig för att det är dags att sluta röka. Eftersom Sara känner till att Birgitta själv arbetat i vården väljer hon att lägga vikt vid detta för att hjälpa Birgitta att fatta beslutet att det är dags att så snart som möjligt lägga av med sin rökning. Med en medkännande, aningen bedrövad, blick pekar Sara uppåt mot våningen ovanför. Där är de riktigt sjuka lungpatienterna inlagda. ”Jag ser varje dag vad rökningen får för konsekvenser för människor”, förklarar Sara med fingret i vädret. ”Det är aldrig för sent att sluta.” Birgitta går med på att träffa Sara för vidare samtal om rökavvänjning.

Sara försvinner iväg till läkare Leif för att få till en ordination om rökavvänjning. Leif har ganska mycket att göra, men lovar att skriva remissen i eftermiddag. Av erfarenhet anar Sara att Birgitta behöver all övertalning och stöd hon möjligen kan få för att ha en chans att kunna sluta röka. Därför frågar hon också Leif om han inte skulle kunna tänka sig att ringa upp Birgitta för att prata särskilt om rökningen. Läkarens ord väger såklart tungt, och ett samtal om bara rökningen skulle säkert få önskad effekt.

Tio dagar senare är Birgitta tillbaka hos Sara för ett bedömningsamtal. Sara är van att träffa patienter i Birgittas situation. Som kvinna över femtio är Birgitta typisk för de personer som Sara brukar möta i sitt arbete med rökavvänjning – även om hon som pensionär ligger i det övre spannet. Eftersom Birgitta är pensionär misstänker Sara att hon, liksom de flesta rökare som Sara möter, är hemma under dagarna och spenderar mycket tid för sig själv. Saras erfarenhet är att den sjukdom Birgitta nyligen diagnostiserats med, KOL, kan leda till social isolering och ett liv vid köksbordet där rökningen i stort sett blir det enda sällskapet. Detta kan göra patienten mycket svårmotiverad.

På ett sätt tycker Sara att det nästan känns elakt att ta ifrån Birgitta vad som skulle kunna vara hennes största behållning i livet. Att sluta röka kan under den första tiden av abstinens

upplevas som att man förlorar en nära vän. Sara misstänker att den kroppsliga stress hon vet att ett rökstopp medför kan få negativa konsekvenser för hälsotillståndet för en person i Birgittas ålder. Särskilt om det skulle visa sig att utmaningen blir för stor och Birgitta inte lyckas sluta.

Å andra sidan ser Sara de positiva effekter ett lyckat rökstopp skulle kunna innebära för Birgitta, dels när det gäller den fysiska hälsan, dels vad gäller självkänsla och självförtroende. Sara har sett hur människor som lyckats sluta röka vuxit som personer, hur deras självkänsla ökat och hur de fått en helt ny lust till livet. Det är sådana upplevelser som får Sara att orka med den besvikelse det innebär att se hur personer, trots ambitiösa försök och stor vilja, faller tillbaka till sin rökning efter ett antal veckors eller månaders uppehåll. Men det skulle ju ändå vara bra om Birgitta kunde kunna skära ner på antalet cigaretter lite grann! Det skulle åtminstone vara en delvinst.

Sara och Birgitta bär båda två med sig olika erfarenheter av vad rökning kan fylla för funktion i en människas liv och vad det innebär att leva med ett beroende. För att hitta en gemensam strategi för hur de ska ta sig an Birgittas rökning inleder Sara bedömnings-samtalet med att leta efter ett gemensamt sätt att tala om Birgittas beroende, Birgittas motivation att sluta och Birgittas tro på sin egen förmåga att lyckas.

De börjar med att mäta Birgittas beroende med hjälp av Fagerströms beroendeskala, ett av de verktyg en rökavvänjare kan använda för att få rökaren att fundera över sitt rök-beteende i termer av när, var och varför de röker och vad de cigaretter de röker fyller för funktion. Därefter går samtalet in på Birgittas motivation till ett rökstopp. Sara ber Birgitta att ange hur motiverad hon är att sluta röka på en skala mellan ett och tio. Som många andra lägger sig Birgitta på en sexa. Utifrån samma skala får Birgitta också ange hur hon bedömer sin egen chans att lyckas sluta röka från ett till tio. Här lägger sig Birgitta på en femma.

När Birgitta fastställt sina svar frågar Sara varför Birgitta valt att svara sex på motivationsskalan och inte exempelvis åtta. Vad är det som saknas för att hon ska vara riktigt motiverad? Genom att diskutera Birgittas motivation fram och tillbaka hittar Sara och Birgitta tillsammans de sätt att tänka som får ett rökstopp att framstå som mest motiverat. I Birgittas fall är det hälsan som är det viktigaste skälet, men i diskussionen kommer det även fram att Birgitta nyss blivit farmor. Oviljan mot att föregå med dåligt exempel framför sonsonen visar sig beröra Birgitta starkt och hon talar om detta som ett av de starkaste skälen hon kan se för att sluta röka. Sara frågar om Birgitta fortfarande anser att motivationen är en sexa varpå Birgitta frågar om man kan få höja den. En åtta vore nog mer riktig, eller till och med en nia. ”Jag vill ju verkligen, verkligen sluta”, säger hon med eftertryck och får något blankt i blicken. Sara ser Birgitta i ögonen, nickar eftertänksamt och förstående och ändrar i sina papper. En sexa har blivit en nia.

Samtalet går över på vad Birgitta tror om sina chanser att lyckas. Birgitta säger genast att hon vill höja sitt svar på skalan på den frågan också. Nu när de diskuterat hennes motivation har hon insett att hon är mer motiverad än vad hon tidigare trott och känner att hennes chans att lyckas nog snarare är en sju än en femma. Sara undrar då varför Birgitta ändå väljer att lägga sig på en sju och inte en nia. Genom att ställa frågor om vad det är Birgitta tror kan komma att sätta käppar i hjulen för ett rökstopp får Sara en bild av Birgittas sociala liv,

vilka sociala relationer hon ingår i och vilken roll rökningen spelar i dessa relationer. Birgitta får också chans att i förväg fundera på vilka tillfällen som kan komma att bli extra svåra att hantera som rökfri och därför kunna förbereda sig mentalt inför dessa. Beslutet angående behandling blir att Birgitta går in med ett receptbelagt preparat i individuell rökavvänjning.

Vanligtvis brukar Sara vara väldigt noga med att sätta ett rökstoppsdatum ganska snart efter första träffen. Allt eftersom behandlingen fortskrider blir det dock tydligt att Birgitta är en riktigt inbiten rökare, precis som Sara misstänkte. Det där med att stoppa helt visar sig vara mycket svårt. Birgitta säger att hon än slutar, än börjar igen. Rent medmänskligt förstår Sara att det Birgitta behöver framförallt är någon att prata med. Hon ser till att ringa Birgitta något oftare än övriga patienter. Ibland tänker Sara att det just är denna del av rökavvänjningsjobbet som är det viktigaste – trots att det inte syns utåt. Om det bara inte vore så svårt att veta hur man ska registrera resultaten när patienten inte passar in i mallen!

Det går så småningom bra för Birgitta. Hon växer och är stolt över sin bedrift. Även rökavvänjaren är stolt. Vid 12 månaders uppföljning får Sara ändå veta att Birgitta börjat röka igen. Sonen har skilt sig från sin fru och har väldigt begränsad vårdnad av barnbarnet. Hon är nedslagen och bedrövad för sonens, barnbarnet och sin egen skull. Cigaretterna ger lite tröst.

Rökavvänjningens organisering och praktik

Fallberättelserna om ”Lena”, ”Samir” och ”Birgitta” illustrerar på flera olika sätt hur mångfacetterad en rökavvänjningssituation kan vara i praktiken. I detta avsnitt ger vi en mer tematisk sammanställning över rökavvänjningens praktik och organisering liksom över när och hur olika former av styrning påverkar och när och hur rökavvänjning genomförs. Framställningen bygger liksom föregående avsnitt på de intervjuer som genomförts med rökavvänjare i LiÖ och VGR. Den tematiska strukturen som valts följer delvis en tidsmässig logik där vi bland annat undersöker hur rökavvänjning initieras, genomförs och utvärderas. På så sätt ger avsnittet en mer generaliserad beskrivning av de typer av vårdprocesser som gestaltades i de ovan presenterade fallberättelserna. Vi lyfter här vidare fram viktiga skillnader mellan LiÖ och VGR som observerats, liksom viktiga variationer i arbetsätt eller synsätt mellan olika respondenter inom samma landsting.

Vilka är rökavvänjarna?

Det finns många aktörer som agerar för att minska antalet rökare i Sverige. Det tas många initiativ och genomförs en mängd aktiviteter för att minska rökningen, såväl nationellt som regionalt och lokalt. På en övergripande nivå finns det initiativ till styrning på området som omfattar allt ifrån skatter och riktlinjer för sjukvårdspersonal till folkhälsoinriktade informationskampanjer. Drivkraften bakom dessa initiativ är ofta kombinationen av att de dels ger positiva resultat för individen att sluta röka utifrån en medicinsk synvinkel, dels är det hälsoekonomiskt motiverat för samhället i stort (Socialstyrelsen 2010b).

Rökavvänjning finns att tillgå på flera ställen i den offentligt finansierade vården. De flesta rökavvänjarna återfinns i primärvården. Många vårdcentraler har en egen rökavvänjare

eller kontakt med rökavvänjare vid andra vårdcentraler i närområdet. De återfinns även på sjukhusavdelningar och tandläkarmottagningar.

Organiseringen och genomförandet av rökavvänjning kan dock se väldigt olika ut. Det sker väldigt mycket beroende på motivationen hos sjuksköterskorna. De rökavvänjare som vi talat med drivs ofta av att de sett rökningens hälsoeffekter på nära håll, samt att varje rökare som lyckas sluta, eller åtminstone lyckats skära ner betydligt på antal cigaretter, ger en stor mänsklig och professionell tillfredsställelse.

Enligt vad vi har observerat kan rökavvänjning beskrivas som en drygt ett år lång process i vilken en erfaren sjuksköterska använder sig av praktisk och teoretisk kunskap och olika verktyg för att stötta, motivera och bilda allians med en rökare i dennes egen önskan att sluta röka. Flera av respondenterna menar att ”att sluta röka är att byta identitet” och ”att växa som människa.”

Hur kommer en rökare i kontakt med erbjudandet om rökavvänjning?

En rökare kan komma i kontakt med en rökavvänjare på flera sätt. Den formella vägen, där läkare remitterar eller ordinerar patienter, är långt ifrån den enda aktivitet som leder till en rökavvänjning.

Den viktigaste förutsättningen för att rökavvänjning överhuvudtaget ska äga rum är att frågan tas upp i mötet med patienten. Rökavvänjare jobbar ofta själva som astma/KOL-sköterskor eller distriktssköterskor och i deras möten med patienter i vardagen ligger det naturligt till hands att ta upp rökningen som en fråga. Huruvida det förekommer i samma utsträckning vid andra möten är oklart, men enligt respondenterna finns det på många håll brister i detta.

I den mån de har resurser för detta, är rökavvänjarna själva ute och gör reklam för sitt arbete. De sätter upp lappar, lådor för intresseanmälning och de annonserar i lokaltidningar. Att röra sig i samma hus och lokaler som patienterna är viktigt. Det finns många tillfällen då patienter kan ”haffas” i korridoren, särskilt då rökavvänjarna råkar känna till att en viss patient som man tror kan motiveras till rökstopp befinner sig på något annat besök i huset. Dessa patienter kan då närmas på olika sätt. Det är heller inte ovanligt att ordet sprids genom bekanta och anhöriga till personer som genomgått rökavvänjning vilket leder till att fler människor vågar ta steget och själva söka hjälp.

Respondenterna menar att styrmedlen för rökavvänjning i LiÖ bidrar till att rökavvänjarna överbelastas, ofta utan att någon rökavvänjning överhuvudtaget kommer till stånd. Orsaken är, menar de, att läkare av ersättningsmodellen ibland motiveras att bli för snabba att skicka en remiss till rökavvänjarna. Resultatet blir att de får hantera onödiga ordinationer. Det är betungande för dem att ringa runt till ordinerade patienter som egentligen inte är tillräckligt motiverade för att påbörja rökavvänjning.

Det är emellertid en stor variation på hur remisser och uppfångandet av patienter går till och vilka effekter det får. Remisser används långt ifrån alltid. I flera fall tycks rökavvänjarnas egna motiverande arbete på den egna arbetsplatsen vara mer styrande än något annat. Det handlar då om att få läkarna och verksamhetschefen att prioritera frågan.

Fallberättelserna ovan illustrerar att infångandet av patienter inte är någon enkel sak, och är något som styrning har väldigt svårt att påverka. Fallberättelsen om Lena illustrerar vidare den konflikt som kan förekomma i hur rökavvänjningen ska prioriteras i förhållande till andra insatser. Detta beslut togs av läkaren.

Hur går rökavvänjning från erbjudande till ett faktum?

Att en läkare skriver en remiss, att en nära anhörig ger ett tips eller att man råkar på en rökavvänjare som håller kampanj utanför affären kan vara en av de faktorer som i förlängningen bidrar till att en person som rökt i många år slutligen lyckas sluta röka. Vägen från initiativ till mål är emellertid lång och ofta är den både krokig, motig och full av fallgropar. I slutändan är det den person som, med hjälp av vården, slutar röka som själv drar det tyngsta lasset. Det är också han eller hon som själv fattar beslutet att gå in i rökavvänjning eller inte – oavsett vilka möjligheter som erbjuds och vilken styrning som finns på området.

Givet att möjligheten till rökavvänjning väckts till en fråga ser procedurerna för att besluta att rökavvänjningsarbetet verkligen ska bli av och hur det ska utformas lite olikautberoende på omständigheterna. Blir det fråga om ett remissförfarande är rökavvänjaren skyldig att följa upp rökavvänjningen. Det görs naturligtvis, men även inlämnade intresselappar eller andra initiativ leder ofta till ett telefonsamtal till patienten. Detta är ett kritiskt moment. Det händer att den väckta frågan dör här, d.v.s. att telefonsamtalet inte leder till ett första möte. Respondenterna menar att de flesta av dessa fall nästan alltid beror på att läkaren som remitterat patienten varit auktoritär och pockat på en ordination, vilket patienten inte vågat säga emot. Det kan mycket väl också vara någon familjemedlem som har tjatat. Ändå, beskriver respondenterna, väger läkarens ord ofta väldigt tungt för patienterna.

Om rökavvänjaren anser att hon, tillsammans med rökaren, lyckats få rökaren tillräckligt motiverad går rökavvänjningen från en fråga och möjlighet till ett faktum. Det beslutas att rökaren ska få hjälp av vården att sluta. Beslutet är helt beroende av patientens motivation. Hur motiverad rökaren måste vara är dock en bedömningsfråga för rökavvänjaren själv. Våra intervjuer har visat att rökavvänjare resonerar lite olika kring detta.

Medan vissa anser att alla som själva säger att de vill sluta röka bör ges chansen anser andra att det är dumt att låta rökaren gå in i behandlingen om det finns väldigt starka skäl att tro att den kommer att misslyckas. Vissa respondenter menar att det trots allt är en kostsam behandling, med läkemedel och sköterskans tid. Tiden kan användas till mer meningsfulla saker än att genomföra en behandling som från början upplevs vara dömd att misslyckas. Ibland ifrågasätts behandlingar av hänsyn till rökarens personliga skäl. Rökavvänjarna i studien har berättat om personer som har haft en vilja att sluta röka, men där personliga omständigheter, som ofta har med social och ekonomisk situation att göra, talat mot att rökavvänjning bör inledas. Fallberättelsen om Birgitta illustrerar ett sådant resonemang.

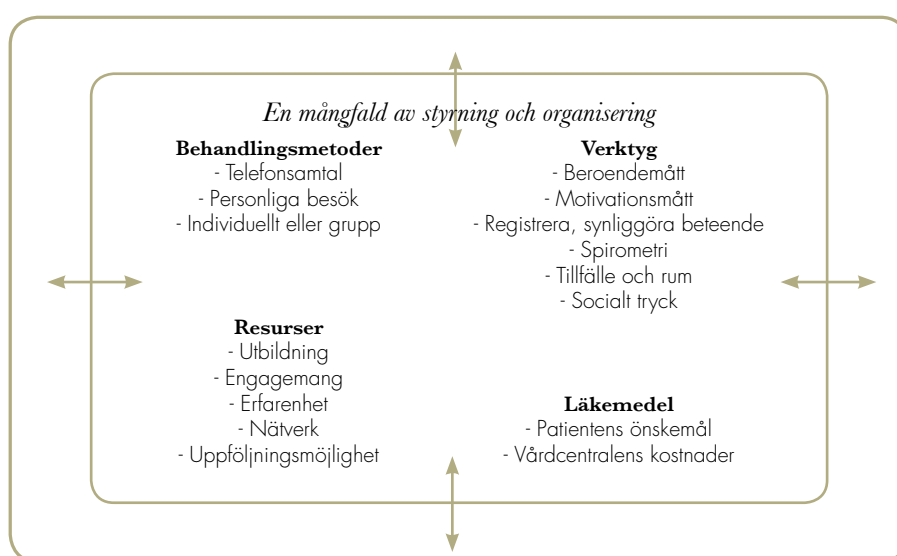
Hur går rökavvänjningen till?

För att en rökare ska anses ha slutat röka krävs att han eller hon gått från att ha rökt minst en cigarett om dagen till att ha varit rökfri i ett års tid. Vad är det för typ av behandling som krävs för att komma dit?

De som arbetar med rökavvänjning menar att det finns väl etablerade metoder för rökavvänjning. Dessa är baserade på utbildning, lång erfarenhet, lärande genom nätverk, informationsspridning över internet och träffar i seminarieform. Alla samtal och rökavvänjningar ser olika ut, och det är en övningssak att lära sig att använda de motiverande metoderna och verktygen på rätt sätt. Rökavvänjning är inte någon ”exakt vetenskap” i den bemärkelsen att rökavvänjare arbetar efter en entydigt och evidensbaserat vårdprogram i traditionell bemärkelse. Också Socialstyrelsen medger detta i de nya riktlinjerna.

Det finns ett antal kritiska punkter i själva behandlingen. Denna studie har samlat kunskap om vilka dessa punkter är. Bilden, sammanställd av oss, samlar denna kunskap och illustrerar exempel på vilka faktorer som spelar roll i varje enskild rökavvänjning.

Figur 1. Viktiga aspekter i rökavvänjning och hur de är inbäddade i en mångfald av styrning och organisering



Det är i detta sammanhang viktigt att tydliggöra och lyfta betydelsen av helheten. Med det menas här betydelsen av alla de olika aktiviteter som tillsammans utgör själva rökavvänjningen. Vår studie visar tydligt hur styrningen av rökavvänjning inte nödvändigtvis är relaterad till dessa olika aktiviteter på ett sätt som underlättar det vardagliga arbetet med rökavvänjning. För den som är intresserad av att påverka hur aktiviteter för rökavvänjning ska gå till är detta fundamentalt att känna till.

Hur mäts och utvärderas rökavvänjning idag?

Det finns styrning för hur rökavvänjning ska mätas och registreras när rökavvänjning inleds. Vår undersökning visar flera tecken på att denna styrning upplevs som problematisk i rökavvänjningens vardag.

I LiÖ upplever rökavvänjarna att dagens system för remiss och ordination krånglar till deras arbete. En pdf-fil med ordination måste skrivas i journalsystemet Cosmic för att mål- och mått pengar ska kunna betalas ut. Det har emellertid visat sig att denna ordination är

långt ifrån enkel att använda på avsett sätt. I LiÖ finns det runt 2 000 Cosmic-användare, och dessa har tenderat att utveckla olika sätt att fylla i ordinationen, bakgrundsmallen och besöksmallen i journalen. Detta problem har, på eget initiativ, uppmärksammats av en av respondenterna, varför denne fått i uppdrag att skriva ett förtydligande för hur arbetet med dessa formulär ska standardiseras.

Fallbeskrivningen om Samir illustrerar att det inte finns något enkelt sätt för rökavvänjarna att varken hantera eller dokumentera patienternas rörelser mellan olika vårdenheter. Särskilt i VGR finns det problem med ersättningsmodellen för vårdvalet relaterat till hur personal och patienter inom rökavvänjning reser och rör sig i vardagen. Problemet uppkommer eftersom rökavvänjarna i nätverket delar på patienter och arbetsuppgifter i sitt praktiska arbete. Det finns ett nätverkssamarbete vars formella gränser för journalföring inte matchar den verklighet där rökavvänjarna bedriver sin verksamhet.

Vårdvalets intåg i både LiÖ och VGR har ur en ekonomisk synvinkel betytt att det är mycket viktigt att patienter som går in i en behandling registreras på rätt enhet, så att ersättningen hamnar rätt. Det är viktigt att en rökande patient inte registreras på den vårdcentral där denne endast ska delta i rökavvänjning. Patienten kommer förmodligen att gå till en annan vårdcentral i andra vårdärenden, i vilket fall vårdcentralen där patienten är listad får böta om listningen gjorts på basis av var rökavvänjningen sker. Det är således inte så lätt att få detta att fungera i praktiken. Det finns rökavvänjare i VGR som upplever att det inte är helt klart för dem hur och var patienters diagnoser och resultat ska journalföras. Detta är ett tydligt exempel på hur en organisatorisk och ekonomisk styrning för andra syften än rökavvänjning griper in och påverkar rökavvänjningens praktik.

När det gäller resultaten av rökavvänjningarna är mätningarna från LiÖ och VGR inte jämförbara. Detta beror på att det finns olika praktiker för vilken typ av data som registreras och samlas in och när det görs. LiÖ har en mer enhetlig praktik för datainsamling, vilket gör att data inom LiÖ i viss mån kan jämföras. I VGR finns en mer sporadisk insamling, och i vissa fall görs ingen uppföljning alls. Det har varit mycket upp till de olika nätverken och de enskilda rökavvänjarna inom regionen att registrera sina egna resultat, vilket trots allt gör att data finns på vissa ställen. Respondenterna upplever emellertid, i såväl LiÖ som VGR, att den uppföljning som genomförs inte speglar vad rökavvänjning är och hur behandlingen egentligen går till. Ett exempel på hur mätningen inte riktigt speglar behandlingen har att göra med hur rökavvänjning avslutas.

Rökavvänjning är en typ av behandling där det egentligen är rökaren och dennes motivation som avgör hur det går. Denna motivation är inte statisk. Rökavvänjning kan på olika sätt upphöra, göra uppehåll, förlängas eller skjutas upp. Att vara rökavvänjare innebär att utveckla en känslighet för hur man ska hantera att en patient t ex har tagit en cigarett på en fest, eller inte riktigt har lyckats bli rökfri till den andra veckan på gruppmötet. Sådant som ofta händer under en rökavvänjningsprocess, som till exempel återfall eller depressioner, behandlas av rökavvänjare och patient gemensamt från fall till fall. Fallbeskrivningen om Birgitta är en illustration av detta. Det innebär inte att det entydigt kan betraktas som en misslyckad rökavvänjning. Processen kan i ett fall som hennes förmodligen pågå under många år, med varierade och temporära framgångar.

En strategi som rökavvänjarna använder är att skilja på bakslag och återfall. Det första innebär att patienten gjort ett misstag som inte påverkar behandlingen, där det gäller att motivera till att ”inte hänga upp sig på det.” Återfall är å andra sidan allvarligare, men är också en bedömningsfråga. Det skulle kunna leda till att en behandling avslutas, men inte nödvändigtvis. Det som påverkar den typen av bedömningar är rökarens motivation, sociala situation, och hur rökavvänjaren med olika argument och stöd kan vända misslyckandet till en fortsatt möjlighet. Det fick Samir erfara.

LiÖs uppföljningskrav orsakar ibland en del problem, även i fall där rökavvänjning inte ens blir av. En rökavvänjare kan i vissa fall redan tidigt i processen veta att en rökavvänjning inte kommer att fungera. Man måste ändå följa upp det, vilket upplevs som arbetsamt. I VGR å andra sidan, där inte samma typ av regler finns, vill många ändå kunna följa upp sitt arbete för att utvärdera sig själva och visa vad det är de håller på med. Därför finns ändå spridda exempel på ansträngningar att samla in egen data.

Vem ser till att vården erbjuder rökavvänjning?

De som arbetar med rökavvänjning är utbildade och kunniga i sina metoder, men har inte tillträde till de långsiktigt ekonomiska och strategiska besluten om rökavvänjning. Respondenterna upplever att de har svårt att bli sedda. Det finns två orsaker till detta. Det första är att reglerna och de ekonomiska styrmedlen inte utformas utifrån rökavvänjningens verklighet. Det andra är att rökavvänjningens verklighet inte utformas på det sätt styrningen ämnar.

I LiÖ angav samtliga rökavvänjare vi talade med att det initialt var de själva som kom i kontakt med konceptet rökavvänjning. De har känt sympati för idén och tagit initiativ till att få utrymme för denna typ av arbete på deras egen respektive vårdcentral eller sjukhusavdelning. Initiativtagarna var samtliga sjuksköterskor eller distriktssköterskor som hade erfarenhet av att jobba med patienter med KOL och som ”sett rökningens baksidor.” I samtliga fall hade verksamheten dragit igång för ett par år sedan och mängden tid som lades ner på detta arbete (ofta en eller en halv dag i veckan per rökavvänjare) upplevdes som ganska fast och det var inget man funderade så mycket på. Respondenterna trodde generellt sett inte att det fanns några planer på att försöka öka den tid som idag läggs på detta. De kände sig ändå inte hotade av att framöver behöva dra ner på denna verksamhet.

Drivkraften på vårdcentralerna att ägna sig åt rökavvänjning tycks i sig inte vara särskilt påverkad av styrningen på området. Styrningen påverkar ändå respondenternas upplevelse av den miljö de verkar i. Flera av rökavvänjarna i LiÖ refererar explicit till att LiÖs Tobakspolicy, Operation rökfri, det generella hälsofrämjande arbete och den ekonomiska ersättning bidrar till en ”anda” i vilken rökavvänjning upplevs som en prioriterad aktivitet.

I VGR är läget något annorlunda eftersom den generella ”andan” inte tycks vara lika etablerad som i LiÖ. Drivkraften till att få rökavvänjning till stånd tycks ändå vara precis densamma hos den enskilda rökavvänjaren. Sjuksköterskorna som arbetat inom vården har erfarenhet av att arbeta med de personer som råkat allra mest illa ut på grund av sin rökning. Det ger vilja, styrka och mod att bedriva sin rökavvänjningsverksamhet.

Läget för dem som jobbar för att rökavvänjning ska organiseras och finnas som en resurs som erbjuds patienterna i VGR är oklar. När två av respondenterna för ett par år sedan på eget initiativ försökte ta reda på vem i VGR de skulle kontakta för att kunna påverka arbetet med rökavvänjning stötte de på detta problem. Organisationen var oklar och de fick ”ringa säkert hundra samtal” för att få reda på var och av vem som beslut av denna karaktär fattas. Arbetet på både övergripande regionnivå och på stadsdelsnivå har därför kommit att präglas av ett driv att skapa nätverk och samarbeten vårdcentraler emellan. Det finns tecken på att det är drivna personer, själva rökavvänjare, som på eget initiativ förvandlat rökavvänjning från en ickefråga till en fråga.

Förutsättningarna för rökavvänjning i VGR tycks dock vara på väg att ändras. Två förutsättningar är särskilt viktiga. Det ena är den nya Krav- och kvalitetsboken som är mer inriktad på hälsoförebyggande arbete än tidigare. Den andra förutsättningen är utvecklingen av vårdvalet som introducerades för ett drygt år sedan. Respondenterna är oroliga för att vårdvalet på allvar ska utmana relationerna i de etablerade nätverken och i de upparbetade arbetsätten för rökavvänjning. På vilket sätt är svårt att sja om, men rökavvänjarna fruktar för sin verksamhet.

Variationen inom regionerna och mellan olika enheter är lika viktig som den mellan regionerna. Respondenterna hänvisar ofta till kontakten med den närmaste chefen, ofta chefen för vårdcentralen, som en viktig parameter för om rökavvänjare finns och vilka förutsättningar denne har att arbeta under. Det beskrivs till exempel att kontakten med chefen spelar roll, ”att han tycker att rökning är en viktig fråga.” Det ser lite olika ut huruvida rökavvänjaren själv har möjlighet att fördela sin tid och styra sina dagar.

När vi frågar respondenterna om styrningen och den ekonomiska ersättningen hänvisar de ofta till ”ekonomerna”, eftersom ”sådant där har inte vi koll på.” De ekonomiska ersättningsystemen och övrig styrning har visserligen kopplingar till rökavvänjningens vardag, men det är tveksamt om den direkt bidrar till att det över huvud taget blir av. Att rökavvänjning kommer till stånd är snarare en fråga om att rätt personer råkar vara på rätt plats.

Slutsatser

I den här studien har vi ställt oss frågorna vad det är som avgör när och hur rökavvänjning sker i vårdens vardag. Vi har tagit utgångspunkten att det finns en rad faktorer som påverkar när och hur rökavvänjning sätts in för en enskild patient. Undersökningen har även intresserat sig för styrningens effekter på hur och när rökavvänjning sker. I motsats till flertalet undersökningar om styrning så har vi emellertid undersökt styrningen utifrån verksamhetens perspektiv snarare än betraktat verksamheten utifrån någon enskild styrforms perspektiv.

Undersökningen har varit medvetet explorativ och har byggt på ett antal intervjuer med rökavvänjare i LiÖ och VGR. Studiens upplägg leder till en knappast förvånande övergripande bild där det är många företeelser som påverkar när och hur rökavvänjning genomförs. Samtidigt som undersökningens utformning omöjliggör en bedömning av hur pass omfattande problemen med remittering av omotiverade patienter är, så lyfter den fram ett

flertal konkreta aspekter kring rökavvänjning sett ur ett verksamhetsperspektiv som inte skulle fångats med en mer traditionellt genomförd studie om en enskild styrnings bristande genomslag. Nedan följer våra viktigaste slutsatser.

Hur rökavvänjningen går till, vilka verktyg som tas i bruk och hur de används, beror både på vedertagna arbetsmetoder, på rökavvänjarens egna erfarenheter och på rökarens historia, sociala situation, motiv och personliga styrkor och svagheter. Om en rökavvänjning lyckas beror på en lång kedja av händelser och tillfällen. Vissa av dessa kan rökavvänjaren påverka medan andra ligger helt utanför dennes kontroll. På vårdcentraler i LiÖ regleras tidsramar för uppföljning och registrering av styrning och riktlinjer och därför följs alla påbörjade rökavvänjningsprocesser upp under drygt ett år oavsett om de i praktiken avbrutits långt tidigare. I VGR är det upp till den enskilda rökavvänjaren att besluta om och när en påbörjad rökavvänjning avslutats vilket leder till en större varians i uppföljningsarbetet.

En tydlig skillnad mellan LiÖ och VGR var att rökavvänjarna i LiÖ upplevde det som ett större problem att läkare remitterade patienter som när det kom till kritan inte varit motiverade att gå in i rökavvänjningen. För rökavvänjare vid vårdcentraler i LiÖ innebär detta administrativt merjobb eftersom systemet kräver att de följer upp alla patienter som remitterats till rökavvänjning vid flera tillfällen, oavsett om de går in i rökavvänjningen eller ej. Riktlinjerna för vad rökavvänjning är och hur det belönas är mer explicita i LiÖ än i VGR. Det leder i vissa hänseenden till en mer enhetlig praxis i LiÖ, men tycks inte vara avgörande för hur rökavvänjning går till i praktiken.

Betydelsen av ekonomiska ersättningar, i såväl positiv som mindre positiv bemärkelse, står vidare i viss kontrast till den betydelse som en annan form av motivation som rökavvänjarna regelmässigt lyfte fram som viktigt för sitt arbete. Rökavvänjning framstår som ett känslomässigt tungt arbete, både för rökavvänjaren och för den som ska sluta röka. De rökavvänjare vi talat med har i princip uteslutande valt att arbeta med rökavvänjning på grund av att de sett rökningens baksidor. De fortsätter att arbeta med rökavvänjning för att det ger så mycket kraft att se de personer som lyckas växa. Arbetet med att hitta de sätt att tänka som gör ett rökstopp så attraktivt som möjligt är en kreativ process som sker i samarbete mellan rökavvänjare och rökare. Det tar tid att lära sig konsten att föra sådana samtal och rökavvänjarna som vi har träffat menar att övning och erfarenhet spelar stor roll.

Generellt sett upplever de allra flesta rökavvänjare som arbetar på vårdcentraler att vårdvalet försvårat förutsättningarna för den verksamhet som de bedriver, både i LiÖ och i VGR. Reglerna för registrering, rapportering och ersättning upplevs som besvärande i det vardagliga arbetet. Särskilt i LiÖ upplevs den valda modellen generera administrativt merarbete. I VGR har personalen något större frihet att prioritera och registrera uppgifter.

Rökavvänjarna uttrycker en ambivalens till den ekonomiska styrning som innebär att det måste vara lönsamt för vårdcentralen att genomföra rökavvänjning. Pengarna måste komma dem till del som utfört arbetet med att få en rökare att sluta. Samtidigt önskar de ett system som skiljer sig från det som de har idag. Medan vissa i VGR betraktar ett system som liknar det som finns i LiÖ som en dröm, anser många av de vi talat med i LiÖ att dagens styrning krånglar till deras vardag. Arbetet hade underlättats markant om styrningen var mer anpassad till det vardagliga arbetet och om systemet var enklare att förstå och använda.

Initiativet till att rökavvänjning finns tillgänglig kan oftast tillskrivas personer som har egna erfarenheter av att arbeta med rökningens baksidor. I LiÖ angav alla de rökavvänjare vi talat med att det initialt var de själva som kom i kontakt med konceptet rökavvänjning. I VGR är drivkrafterna desamma även om de praktiska förutsättningarna för att få till stånd och bedriva rökavvänjning ser något annorlunda ut jämfört med i LiÖ. Rökavvänjningens roll tycks generellt sett vara mer etablerad och fastlagd i LiÖ än i VGR. I VGR arbetar rökavvänjarna således inte enbart mot sin chef för att få tillstånd att lägga tid på rökavvänjning, de arbetar också med att försöka få politiker och andra beslutsfattare att uppmärksamma rökavvänjning som en resurs värd att prioritera.

En avslutande reflektion

Upplevelsen av vad rökavvänjning är beror på varifrån man tittar. Syftet med den här studien har varit att skapa kunskap om rökavvänjningens vardagliga organisering och praktik. De iakttagelser vi gjort pekar på nyttan av att då och då byta perspektiv.

De som arbetar med styrning av rökavvänjning är eniga om att rökning är ett problem som genererar stora samhällsliga kostnader. Man menar att rökavvänjning är en relativt billig metod och därmed en samhällsekonomiskt väldigt lönsam sådan. Samtidigt känner de som arbetar i rökavvänjningens vardag att de har svårt att bli sedda. De upplever att arbetet med hälsofrämjande metoder av tradition har låg status inom vården och att många fortfarande anser att sjukvården inte ska ägna sig åt denna typ av arbete.

På samma sätt finns det flera försök till styrning som på olika sätt söker minska rökningen i samhället. Det finns således flera krafter som till synes arbetar åt samma håll. Denna studie ger ett bidrag till vår förståelse av under vilka betingelser konkret vårdverksamhet bedrivs och där styrning avsedd till stöd inte alltid har avsedd verkan. Här finns också en viktig uppgift i att utifrån sådana iakttagelser utveckla stöd för verksamhetsförankrad verksamhetsutveckling.

Att styra motivationen eller låta motivationen styra

Avslutningsvis vill vi skicka med några lärdomar till dem som är intresserade av att förbättra förutsättningarna för rökavvänjning i vården genom styrning.

Rökavvänjning handlar om motivation. Ett erbjudande om rökavvänjning är en möjlighet för en rökare att bli motiverad/ att sluta och att få stöd med att hålla sin egen motivation vid liv när det blir tungt. Vill man mäta hur bra de olika medicinska preparat som erbjuds rökare verkar är det naturligtvis möjligt, men det är otroligt viktigt att förstå exakt vad det är man mäter, och hur det påverkar dem som arbetar med rökavvänjning.

Vi har sett att rökavvänjning ser helt olika ut beroende på varifrån det studeras. Vi har också sett styrning som orsakar onödigt merarbete i LiÖ, eftersom den fortfarande ser för dålig skillnad mellan på att frågan om rökavvänjning väcks och att rökavvänjning inleds. Merarbete som upplevs som onödigt kostar inte bara tid som hade kunnat användas bättre, det riskerar att sänka motivationen i attityden till arbetet som helhet.

Det finns också en risk med att sätta ett pris på hur mycket en vårdcentral ska tilldelas för att motivera en rökare att sluta. Man kan hamna i en situation där de rökare som lyckas sluta röka blir mer lönsamma än de som inte lyckas. Vårdcentraler skulle då kunna komma att straffas för att de erbjuder de personer som har det allra tyngsta beroendet en möjlighet att försöka sluta. Intervjuerna visar att man i vissa fall, just så som den ekonomiska styrning ämnar, aktivt kalkylerar de ekonomiska effekterna för vårdcentralen att erbjuda patienter en viss typ av vård, snarare än att göra en bedömning där man erbjuder vård efter behov. Att sätta en vårdgivare i en situation där den är tvungen att välja mellan att värna vårdcentralens egna ekonomiska situation och att tillgodose patientens behov är att placera vårdgivaren i ett svårt dilemma.

Vi föreslår istället att man bjuder in personer som idag aktivt arbetar för att bygga nätverk och för att frigöra resurser för arbete med rökavvänjning. De behöver stöttning i sitt arbete med att bibehålla de värden som finns idag. Dessa värden tycks till viss del motarbetas av styrningen idag. Det som byggts upp riskerar att förstöras för gott av de omfattande regelförändringar, organisationsförändringar och motsägelsefulla försök till styrning som förändrat förutsättningarna för det dagliga arbetet i vården under de senaste åren.

Referenser

Hjalmarsen, Agneta 2006: En handledning för tobaksavvänjning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

LiÖ 2009: Vårdval Östergötland. Regelbok för auktorisation Version 3.0.

LiÖ 2010a: Mål och mått 2011.

LiÖ 2010b: Tobakspolicy. Tobaksfritt Landsting i Östergötland.

LiÖ 2010c: Utvärderingsrapport: Tobaksfri inför operation.

LiÖ 2010d: Vårdval Östergötland: Regelbok för auktorisation (Reviderad 2010-04-28 giltig från 2011-01-01).

LiÖ 2011a: Komplement till regelbok för auktorisation – Ersättning år 2011.

LiÖ 2011b: REK-lista: Rekommenderade läkemedel i Östergötland 2011.

Socialstyrelsen. 2010a. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor. Preliminär version.

Socialstyrelsen. 2010b. Hälsöekonomiskt vetenskapligt underlag. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2010 – preliminär version.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2003: Metoder för rökavvänjning – sammanfattning och slutsatser.

VGR 2010: Modell för tobaksavvänjning. Ett utvecklingsarbete inom det hälsofrämjande arbetet i PVO Centrum och PVO Väster.

VGR 2011a: Krav och kvalitetsbok. Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG primärvård.

VGR 2011b: REK-listan 2011. Rekommenderade läkemedel och terapiråd i Västra Götalandsregionen.



Appendix

Studiens metod och material

Studien undersöker och analyserar hur rökavvänjning ser ut i klinisk vardag. För att ta reda på detta har sju intervjuer genomförts med vårdpersonal som arbetar med rökavvänjning i vardagen – de kallar sig själva ”rökavvänjare.” Samtliga respondenter är distrikts- eller sjuksköterskor. De flesta, men inte alla, är verksamma som astma/KOL-sköterskor, där rökavvänjning ingår som en del av tjänsten.

Vi har intervjuat fem rökavvänjare vid tre tillfällen i LiÖ: två rökavvänjare på en specialistklinik på ett sjukhus; två rökavvänjare på en landstingsdriven vårdcentral; en rökavvänjare verksam på en landstingsdriven vårdcentral och med ett samordningsansvar på Folkhälsovetenskapligt centrum. I VGR har vi genomfört intervjuer med fem rökavvänjare vid fyra tillfällen: en rökavvänjare på en specialistklinik på ett sjukhus och med ett samordningsansvar på Forum för tobaksavvänjning; två rökavvänjare på en landstingsdriven vårdcentral och med samordningsansvar för rökavvänjning inom sin länsdel; en rökavvänjare på en privat vårdcentral; en rökavvänjare på en landstingsdriven vårdcentral. Samtliga intervjuer genomfördes på respondenternas kliniska arbetsplats, utom intervjuerna med de samordnande rökavvänjarna som genomfördes på Folkhälsovetenskapligt centrum, Linköping respektive Forum för tobaksavvänjning, Göteborg.

I intervjuerna har en särskild metod använts. Intervjuerna har centrerats runt tre ”typpatienter.” Syftet med typpatienterna är för det första att de hjälper till att åskådliggöra och teckna en trovärdig bild över hur rökavvänjning kan gå till för olika typer av patienter. För det andra fungerar typpatienterna som instrument eller ”spårlyd” för att synliggöra om, och i så fall hur, olika typer av styrning griper in inom olika delar av respektive landstings/regions aktiviteter för rökavvänjning. Innan studien startade validerades typpatienterna av medicinsk expertis från Pfizer. I mötet med rökavvänjarna bekräftades typpatienterna som trovärdiga, men i varierande grad representativa beroende på vårdenhet. Typpatienterna genererade diskussioner med respondenterna om vad som spelar roll mellan rökavvänjare och rökare, t ex vilka ingångar det finns samt hur rökavvänjningen avslutas. Primärvården har varit mest central för studien, men har inte begränsats till den.

Intervjuerna har varit semistrukturerade. Respondenterna har fått läsa respektive beskrivning av typpatienterna och reflekterat kring dem. Syftet har varit att kunna ge respondenten möjlighet att ge sin bild av:

- Vad skulle vara ett vanligt förlopp i mötet med respektive typpatient?
- Vilka beslut fattas i detta möte avseende respektive typpatient och dess eventuella rökavvänjning? Vad är det som påverkar vad och hur besluten tas?
- Vilka policys, ersättningsmodeller och annan styrning synes vara aktiv att påverka denna handläggning?
- Vilka andra viktiga faktorer (andra än formell styrning explicit kopplat till rökavvänjning) är aktiva i det konkreta arbetet med rökavvänjning? På vilket sätt samverkar dessa med rådande styrning? På vilka sätt motverkar dessa implementeringen av rådande styrning?

Studien är kvalitativ och baserad på nedslag på ett par antal punkter i vårdssystemet. Vi gör inte anspråk på att kunna förklara hur rökavvänjning fungerar i någon universell bemärkelse. Studien är inte designad för att tillåta några sådana generaliseringar. Istället är den designad för att betrakta rökavvänjning som något som ”verkligen händer.” Målet har varit att förstå rökavvänjning där den tar plats i tid och rum i konkreta möten mellan läkare, rökavvänjare och rökare. Det är faktorer som erfarenhet, motivation, tillfälle och plats som spelar stor roll för om rökavvänjningen påbörjas och om den lyckas eller ej. Vår studie ger exempel på vad rökavvänjning kan vara. De faktorer av rökavvänjning som rapporten lyfter fram är sådant som ansetts betydelsefullt av dem som själva arbetar med rökavvänjning.



Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makro- nivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forsknings-sed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författares ev. jävsintressen måste deklarerars i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du läsa alla våra rapporter och utredningar på skärm.

www.leadinghealthcare.se

LHC:s publikationer

2012

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra.* LHC Report Nr 3 2012.

Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar.* LHC Report Nr 2 2012.

Delrapporter:

- Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*
- Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*
- Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*
- Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel-Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre.* LHC Report Nr 1 2012.

Delrapporter:

- Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas?*
- Bowin, Rolf och Dag Norén: *De ”mest sjuka äldre”: Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg*
- Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*
- Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*
- Larsson, Ida och Jon Rognes: *Lean i äldrevården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*
- Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*
- Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Care Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: *Lika vård för alla? En studie av vårdkedjan för prostatacancer.* LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen.* LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värde- rar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa!* LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket med. Leading Health Care Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value.* Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: *Heart Center Varde.* Undervisningscase.

Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång.* Rapport för Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om.* Stockholm: IFL och EFI.

